

TOMÁŠ ŘIHÁČEK  
IVO ČERMÁK  
ROMAN HYTYCH A KOLEKTIV

# **Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy**

MASARYKOVA UNIVERZITA  
BRNO 2013

Tato publikace vznikla s podporou projektu OPVK CZ.1.07/2.2.00/15.0200. Inovace výuky na katedře psychologie (IKAPSY), realizovaného Katedrou psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Lektoroval: Prof. PhDr. Michal Mioviský, PhD.

© 2013 Ivo Čermák, Tomáš Řiháček, Roman Hytych a kolektiv  
© 2013 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-6382-2

## Obsah

<b>Úvod</b>	
<i>Tomáš Řiháček, Ivo Čermák a Roman Hytych</i> . . . . .	5
<b>Interpretativní fenomenologická analýza</b>	
<i>Jana Koutná Kostínková a Ivo Čermák</i> . . . . .	9
<b>Metoda zakotvené teorie</b>	
<i>Tomáš Řiháček a Roman Hytych</i> . . . . .	44
<b>Narativní analýza</b>	
<i>Ivo Čermák, Lenka Chalupníčková, Vladimír Chrz a Veronika Plachá</i> . . .	75
<b>Metody diskurzivní analýzy</b>	
<i>Kateřina Zábrodská a Magda Petrjánošová</i> . . . . .	105
<b>Závěr</b>	
<i>Roman Hytych, Tomáš Řiháček a Ivo Čermák</i> . . . . .	139
<b>Přílohy</b> . . . . .	143
<b>Literatura</b> . . . . .	170
<b>Souhrn</b>	
<i>Summary</i> . . . . .	183
<b>O autorech</b> . . . . .	184
<b>Jmenný a věcný rejstřík</b> . . . . .	187



## Úvod

*Tomáš Řiháček, Ivo Čermák a Roman Hytych*

Na našem trhu existuje již poměrně široká nabídka učebnic kvalitativní metodologie v oblasti psychologie (Hendl, 2005; Miovský, 2006), sociologie (Disman, 2007; Silverman, 2005) či pedagogických věd (Gavora, 2006; Švaříček, Šedová et al., 2007). Tyto knihy jsou pro studenty, ale i zkušené vědce neocenitelnými průvodci krajinou kvalitativních přístupů a metod; popisují základní principy „kvalitativního myšlení“ a zprostředkovávají čtenářům pestrost a pluralitu různých perspektiv, někdy i s drobnými ukázkami konkrétních analýz. Poskytují základní orientaci a pomohou výzkumníkům zvolit metodu, která nejlépe vyhovuje jejich potřebám. Zájemci o metodu zakotvené teorie mohou také sáhnout po českém překladu knihy Straussa a Corbinové (1999), možnostem narativního přístupu se ve své práci věnuje Chrz (2007), diskurzivní analýzu a její různé podoby představuje Zábrodská (2009). Řada původních českých prací, v nichž je více či méně akcentován metodologický aspekt, tak postupně narůstá a nabízí studentům i badatelům více, než mohou nabídnout obecné učebnice – odkrývá zákoutí a variace zmiňovaných metod a ukazuje jejich konkrétní aplikace. V této situaci jsme nemohli zformulovat náš záměr jinak, než že vytvoříme monografii, která by zaplnila mezeru v nabídce metodologické literatury v oblasti kvalitativního výzkumu.

Jako učitelé předmětů věnovaných (nejen kvalitativní) metodologii a jako vedoucí diplomových prací se však stále znovu přesvědčujeme, že k ovládnutí výzkumnického „řemesla“ je zapotřebí ještě více. Kvalitativní analýza vyžaduje nejen dobrou znalost metodologických principů, ale také řadu praktických (a praxí osvojených) dovedností. Tak jako se ševcovský učedník učí pozorováním práce mistra ševce, tak se i student nejlépe naučí provádět výzkum tím, že bude mít možnost krok za krokem sledovat myšlenkový postup zkušenějšího výzkumníka a bude si moci na stejném materiálu sám daný postup vyzkoušet.

Máme zde na mysli dovednosti, které si nelze osvojit dokonce ani studiem publikovaných empirických studií, neboť ty představují až výsledný

produkt analýzy, opracovaný a uhlazený do podoby koherentního a přesvědčivého výzkumného sdělení. Pro podrobný popis všeho, co se odehrálo mezi formulací výzkumné otázky a výsledným sdělením, však zbývá jen velmi málo prostoru. Zjednodušený popis výzkumného procesu pak může dát vzniknout dojmu, že kvalitativní analýza je přímočarým a nekomplikovaným procesem. Student, který se pak při své vlastní analýze setkává s pocitem nejistoty, tápání, bezradnosti, neohrabanosti či neschopnosti vystihnout podstatu, pak snadno dospěje k závěru, že „něco je špatně.“

K vytvoření této publikace nás motivovala snaha nechat čtenáře nahlédnout do samotné „kuchyně“ kvalitativní analýzy a nabídnout jim možnost sledovat krok za krokem aplikaci nejznámějších analytických přístupů na konkrétních datech. Byli jsme vedeni snahou ukázat kvalitativní analýzu nikoliv jako autoritativní mapu, ale spíše jako stezku, která se klikatí, někdy vede trnitou houštinou, čas od času nás přivede na rozcestí, kde se musíme rozhodovat a volit, někdy se stává nezřetelnou a občas se nám úplně ztratí z očí. Stezku, která nás leckdy po lopotném bloudění přivede zpátky na začátek jen proto, abychom to zkusili znovu a jinudy.

Druhým motivem, který stál u zrodu této publikace, je nabídnout čtenáři možnost porovnat různé přístupy ke kvalitativní analýze a zvolit si z nich ten nejvhodnější pro svůj vlastní výzkum. Čtenáři se dozvědí, jakým způsobem různé přístupy formulují výzkumné otázky, jak vytvářejí data, jak s nimi v průběhu analýzy zacházejí a také jak vypadá jejich konečný výstup. Kritický čtenář se také bude moci zamyslet nad tím, jakým způsobem jednotlivé přístupy svým vlastním zaměřením, epistemologickými východiskami i konkrétními analytickými procedurami a technikami *předurčují* podobu svých výsledků.

Text knihy je tvořen čtyřmi kapitolami, věnovanými interpretativní fenomenologické analýze, metodě zakotvené teorie, narativně orientovanému výzkumu a diskurzivní analýze. Tyto přístupy byly vybrány z toho důvodu, že reprezentují čtyři nejčastěji používané perspektivy v kvalitativním výzkumu. Každá z kapitol stručně představuje východiska daného přístupu, způsob formulace výzkumné otázky, obecné principy tvorby dat a jejich analýzy a také návrh kritérií pro hodnocení výzkumných zpráv a diplomových prací. Důraz je ale kladen na podrobně komentovanou ukázkou konkrétní analýzy, která tvoří jádro každé kapitoly a je hlavním didaktickým záměrem této monografie.

Aby vynikla možnost porovnat mezi sebou proces i výsledek analýzy prováděné z perspektivy různých přístupů, byl pro všechny analýzy použit stejný soubor dat. Jedná se o tři narativně vedené rozhovory se ženami, které podstoupily léčbu rakoviny prsu. Rozhovory byly vedeny V. Plachou začátkem třetího tisíciletí a jejich analýza, provedená v rámci narativní perspektivy, byla již dříve publikována (Chrz, Čermák a Plachá, 2006a,b). Přepisy celých rozhovorů jsou uvedeny v příloze – čtenář tak má možnost provést svou vlastní analýzu a porovnat ji s některou ze zde předkládaných analýz.

Rozhodnutí použít již existující soubor dat s sebou nese některá omezení, na něž je potřeba upozornit. Data byla vytvářena v narativním modu: rozhovory jsou prakticky souvislým vyprávěním respondentek, s minimem tazatelčiny vstupů. To představuje omezení pro ostatní přístupy (zejm. diskurzivní analýzu a metodu zakotvené teorie), které vyžadují aktivnější směřování rozhovoru ze strany výzkumníka. Data, která jsou bohatá pro narativní analýzu, se mohou v některých ohledech ukázat jako chudá pro jiné přístupy. Dále, vzhledem k tomu, že datový soubor je předem dán, není možné využít některé principy, jako je např. teoretické vzorkování a teoretická saturace u metody zakotvené teorie. Ukázky v jednotlivých kapitolách jsou tak omezeny pouze na samotnou analýzu a nepředstavují aplikaci daných přístupů v jejich úplnosti. Ostatní aspekty výzkumného procesu jsou v textech kapitol pouze stručně zmíněny. Tato kniha by tedy měla být chápána jako doplněk k existujícím metodologickým publikacím, které v mnohem větším rozsahu vysvětlují racionálně jednotlivých přístupů, jejich historické a epistemologické pozadí, principy metodologických postupů a technik a další varianty těchto přístupů, které zde nezmiňujeme.

Abychom dostáli akademickým zvyklostem, nemůžeme opomenout zmínku o knize *Five ways of doing qualitative analysis* (Wertz et al., 2011), která nedávno vyšla v nakladatelství *The Guilford Press* a která je svým charakterem velmi podobná té naší: její autoři v ní také porovnávají analýzu konkrétního empirického materiálu prováděnou z perspektivy různých přístupů (konkrétně se jedná o fenomenologickou psychologii, zakotvenou teorii, diskurzivní analýzu, narativní výzkum a intuitivní přístup). Náš záměr ovšem vznikl ještě před vydáním této knihy. Rozhodli jsme se proto naši publikaci s knihou Wertz et al. nijak neporovnávat, nýbrž uskutečnit svůj záměr nezávisle v jeho původní podobě. Domníváme se, že ani případný

překlad této knihy do češtiny nemůže plně nahradit význam originální práce, mající kořeny v českém a slovenském kulturním kontextu. Naopak považujeme za užitečné mít možnost porovnat různé způsoby aplikace zmíněných přístupů a ceníme si pestrosti a plurality perspektiv jako hodnoty, která je vlastní kvalitativnímu výzkumu.



# Interpretativní fenomenologická analýza

*Jana Koutná Kostínková a Ivo Čermák*

Výzkumným fokusem interpretativní fenomenologické analýzy (*interpretative phenomenological analysis*, dále jen IPA) je porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá nám detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

IPA představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem. Její počátky byly spojeny s psychologií zdraví (a stále jde o „živou“ součást výzkumu v této perspektivě), v současné době je však také aplikována na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie atd. (Smith, 2011). Podnětem pro vznik IPA byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filozofické znalosti (Willig, 2001). V protikladu k tradičním kvantitativním výzkumným perspektivám v psychologii vede IPA k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu.

IPA je považována za přístup, který poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu než jiné kvalitativní přístupy (Willig, 2001). Jeví se jako vhodná perspektiva, z níž můžeme pohlížet na kvalitativní data, jestliže chceme popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, která nás zajímá, přisuzuje této zkušenosti význam. Osvědčuje se také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat (např. zkušenost pečujících o nemocné po mozkové mrtvici, zkušenost s anorgasmii).

Svoji **teoretickou pozici** IPA zakotvuje ve třech zdrojích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Právě propojení těchto teoretických pozic je pro některé autory (např. Willig, 2001) zdrojem pochybností, zda je možné zaujímat k výzkumnému tématu nejprve fenomenologický postoj a v určité fázi pak přistoupit k interpretační pozici.

V jiné rovině jde o klasickou otázku spojenou s fenomenologií obecně – tedy zdali je možné popsat nějaký fenomén, aniž bychom jej interpretovali (Pringle et al., 2011). Proto jsou vzhledem k interpretační rovině fenomenologické kořeny IPA zpochybňovány (Finlay, 2009). IPA přitom není ve způsobu a míře, s jakou pracuje s interpretací, mezi fenomenologicky laděnými přístupy jediná – příkladem může být Gadamerem inspirovaný hermeneuticko-fenomenologický přístup (Fade, 2004). Podle Shinebourne (2011) je IPA přístupem, který je kongruentní s existenciálně-fenomenologickým paradigmatem.

Tradiční **fenomenologie** zachycuje zkušenost spíše deskriptivně, neboť jedině tak lze nechat fenomén vyjevit v jeho čisté podobě, a tudíž nezatížený zkušeností (fenomény) interpretujícího. Toto oddělení žitých zkušeností není jednoduché, proto výzkumníci používají různé myšlenkové procedury, aby se ideálu identifikace čistého fenoménu aspoň přiblížili. Patří k nim například metoda uzávorkování (*bracketing*), která slouží k důkladnému prozkoumávání vlastních předsudků, předpokladů, prekonceptů etc. což v důsledku znamená uchopení zkoumaného fenoménu v jeho původní podobě. Hermeneutická metoda tento postoj naopak vylučuje, význam zkušenosti je utvářen nejenom společně jako sdílení, ale i v užším a širším historickém kontextu jako neustále se rozvíjející proces přibližování se významu zkoumané zkušenosti člověka.

Souvislost s **fenomenologií** se projevuje v hledání individuální, a tudíž jedinečné zkušenosti člověka, jeho žité zkušenosti a v psychologii pak především prozkoumáváním toho, jakým způsobem je svět zažíván (zakoušen) konkrétními lidmi v konkrétním kontextu a čase. Žitá zkušenost sama o sobě je tedy v IPA klíčovým termínem, který má původ v Husserlově fenomenologii (Smith, 2004). V souladu s Heideggerem, jehož fenomenologický projekt lze považovat za most mezi fenomenologií a **hermeneutikou**, nastoluje IPA metodologickou pozici, v níž je metoda fenomenologického popisu úzce spojena s interpretací (Shinebourne, 2011). Výzkumník v perspektivě IPA tedy *fenomenologicky prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a zároveň si uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět, stejně jako interakce mezi ním a participantem* (Smith, 2004). Otevřeně tak přiznává, že jeho osobní přesvědčení, postoje a interpretace jsou nezbytné k tomu, aby vůbec mohl porozumět žité zkušenosti jiného člověka (Fade, 2004). Na rozdíl od čistě fenomenologického postupu Fade (2004) uvádí, že

výzkumníkovy prekonceptce nejsou v IPA vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno či usměrněno, jsou naopak nezbytné k tomu, aby byl vůbec schopen zformulovat, jaký význam pro participanta jeho zkušenost má. Fenomenologická reflexivita je v IPA vnímána jako „dobrovolný“ nástroj, díky němuž je možné, aby výzkumník zvědomil svoji interpretativní roli, spíše než jako esenciální technika pro odstranění prekonceptce.

Prostřednictvím analytického procesu není možné dosáhnout čistého popisu zkušenosti v první osobě – analýza textu je vždy zároveň interpretací, z čehož vyplývá, že to není esenciální zachycení zkušenosti jedince, o které usiluje tradiční fenomenologie. Zkušenost je v rámci IPA „konstruována“ jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta<sup>1</sup>. Zároveň by měly být obě perspektivy patrné. Cílem však nadále primárně zůstává porozumění participantově žité zkušenosti (Larkin, Watts a Clifton, 2006). Základní je, že závěry vzešlé z analýzy jsou v IPA vždy „dočasné“ a prozatímní, což činí analýzu nutně subjektivní.

**Subjektivita** je vnímána jako přednost – jednak je reflektována, jednak jediné ona nám umožňuje vstup do zkušenosti své i druhého, jednak nic jiného nemáme a jednak je nástrojem validizace.

Zároveň způsob, jakým výzkumník používá svoji subjektivitu, je vždy dialogický, systematický a rigorózní. To zajišťuje, že čtenář může ověřovat výzkumníkův způsob přemýšlení o tématu (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Součástí výzkumného procesu IPA je práce s **hermeneutickým kruhem** a tzv. **dvojitá hermeneutika** (*double hermeneutics*) – respondent se snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem, zároveň výzkumník se snaží porozumět tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá, či, řečeno se Smithem (2004), jak respondent toto porozumění provádí. Výzkumník poskytuje kritické a konceptuální komentáře k tomu, jak respondent přisuzuje své zkušenosti smysl (Larkin, Watts a Clifton, 2006). Proto nemůže být výzkumníkově porozumění respondentově zkušenosti jiné než založené na interpretaci (Willig, 2001). V průběhu analýzy se výzkumník od respondentova vzdaluje a dává do analýzy více ze sebe. Ale to, co pochází z něj, je spojeno s respondentovou žitou zkušeností a výsledek

---

1 Přestože z didaktických důvodů rozlišujeme v textu výzkumníka a participanta, z povahy IPA perspektivy vyplývá, že i výzkumník je participantem.

výzkumníkovy analýzy tak pochází ze společného úsilí (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Zároveň je třeba zdůraznit, že výzkumník tvoří interpretace vždy s otazníkem a vždy je ponechán prostor pro další interpretační možnosti. Navíc interpretace jsou výhradně zakotveny v datech prostřednictvím přímých citací respondentů (Pringle et al., 2011).

**Hermeneutický kruh** lze stručně charakterizovat jako takový druh interpretace, kde každé jednotlivé části lze porozumět jen z celkové souvislosti a celkové souvislosti lze porozumět jen pochopením jednotlivých částí celku (Nørreklit, 2006).

Třetím pilířem IPA je **idiografický přístup**, manifestující se v zaměření na konkrétní jedince, kteří ve svém životě zažívají specifickou situaci nebo událost. V důsledku toho IPA začíná detailním prozkoumáním jednoho případu a pokračuje v něm do té doby, než dosáhne určitého stupně porozumění nebo interpretačního tvaru, a teprve poté přechází k analýze dalšího případu (Smith, 2004). Jedinci totiž mohou nabídnout jedinečnou perspektivu ve vztahu ke zkoumanému fenoménu a je-li jejich perspektiva bohatá, je zcela namístě zabývat se pouze jí (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

### **Výzkumná otázka**

Výzkumná otázka se v IPA ptá, jak určitý jedinec nebo skupina vnímají či prožívají určitou situaci, s níž jsou konfrontováni, a jakým způsobem této zkušenosti přisuzují smysl (Smith a Osborn, 2003). Primární výzkumná otázka v IPA obvykle nevychází ze studia literatury k danému tématu (Smith a Osborn, 2003), i když teorie může pomoci identifikovat téma, které dosud nebylo zkoumáno, a také může přinést důležité informace o budoucích respondentech výzkumu (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

Výzkumná otázka samozřejmě vychází z epistemologické pozice výzkumníka (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Ve formulaci výzkumné otázky je implicitně obsažen předpoklad o datech, která nám mohou prozradit něco o tom, jak je člověk zapojen do světa, jaký má k němu vztah a jak mu rozumí. Výzkumná otázka je v IPA primárně zaměřena fenomenologicky – na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Měla by explarovat, nikoli objasňovat, proto se spíše zaměřuje na proces než výsledek a spíše na význam než na konkrétní příčiny a důsledky událostí. Vzhledem k tomu, že se IPA zabývá výhradně zkušeností a/nebo porozuměním určitému

fenoménu, je výzkumná otázka formulována otevřeně (Smith a Osborn, 2003). Nesmí být ovšem příliš široká a ambiciózní, aby neotevřela prostor, který výzkumník svou kapacitou není schopen obsáhnout. Výzkumné otázky v rámci IPA často používají slovo „zkušenost“, „prožitek“ apod.

Smith, Flowers a Larkin (2009) berou v potaz i tzv. sekundární výzkumnou otázku, která je založena na teorii. Její funkcí může být ověření stávající teorie, ta se však neověřuje testováním hypotézy, ale spíše zkoumá, zda odpovědi na ni jsou s určitou teorií v souladu. Je třeba s ní zacházet tak, že následuje za primární výzkumnou otázkou, a to proto, že na ni může výzkumník odpovědět až na vyšší úrovni interpretace.

Příklady výzkumných otázek IPA studií:

- Jaká je zkušenost žen s anorgasmii? (Lavie a Willig, 2005)
- Jak gayové přemýšlí o sexu a sexualitě? (Flowers, Smith, Sheeran a Beail, 1997)
- Jaká je zkušenost jedinců, jejichž partneři trpí bulimií? (Huke a Slade, 2006)
- Jak dívky v adolescenci rozumí své zkušenosti s depresí? (Shaw, Dallos a Shoebridge, 2009)

IPA nabízí komplexní pohled na výzkumný proces, v němž každá jeho fáze je významnou součástí. To je důvodem, proč se v následujícím textu věnujeme i výběru respondentů a metodě vytváření dat (snad bychom v duchu fenomenologicko hermeneutického postoje měli napsat, způsobu explorační zkušenosti či *Lebensweltu* nebo identifikaci fenoménu a jejich významů). Vzhledem k fenomenologickým kořenům IPA jsou tyto kroky klíčové, manifestuje se v nich způsob přemýšlení v této perspektivě a významně ovlivňují celý proces analýzy a interpretace.

### **Výzkumný vzorek**

IPA studie obvykle pracují s nižším počtem respondentů. Vzhledem k povaze fenomenologického výzkumu – detailní analýza zkušenosti – je smysluplné zaměřit se na menší počet participantů (případně na jednoho člověka) dobře reprezentující zkoumaný fenomén (Larkin, Watts a Clifton, 2006). Podstatnou zásadou výběru respondentů je **homogenita vzorku**. Klíčovým požadavkem však zůstává, aby respondenti dobře reprezentovali daný fenomén (téma), který nás zajímá, což klade nárok na výzkumníka, aby pečlivě

vybral takové participanty, kteří jsou nositeli daného jevu, či jej „produkují“ (Smith, Flowers, Larkin, 2009). Rozdíl od nomoteticky orientovaných výzkumů, v nichž je klíčová „demografická“ reprezentativnost vzorku, je zřejmý. Je tedy přirozené, že v IPA má volba respondentů obvykle povahu záměrného výběru, v němž jasně definujeme okruh lidí, pro které bude naše výzkumná otázka relevantní (Smith a Osborn, 2003). Stanovení kritérií výběru vzorku závisí na zaměření výzkumu: jeho téma může být natolik úzké, že samo o sobě vymezí potencionální respondenty (např. nezletilé matky). V případě, že je téma širší, můžeme volit z populace s podobnými demografickými a socioekonomickými charakteristikami/statusem. Logika zobecnitelnosti je pak podobná jako např. v etnografickém výzkumu určité komunity – jeho závěry nelze zobecnit na všechny kultury, ale poskytují detailní informace o dané skupině. V IPA přemýšlíme spíše o **teoretické transferabilitě**, která umožňuje nalézat propojení výsledků IPA studie s již existující literaturou nebo výzkumy, než o empirické zobecnitelnosti (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Jinak řečeno, zajímá nás, co lze ze zkoumané zkušenosti vyvodit ve vztahu ke zkoumanému fenoménu.

Pokud jde o velikost vzorku, v IPA preferujeme **bohatost dat jednotlivých případů** před jasně stanoveným počtem respondentů pro určitý formát studie (Smith a Osborn, 2003). Pro studentské projekty typu magisterské diplomové práce Smith, Flowers a Larkin (2009) ze své zkušenosti doporučují vzorek o 3–6 respondentech, který umožňuje detailní analýzu každého případu (nebo např. vytvoření tří případových studií), zároveň poskytuje prostor pro provedení následné mikroanalýzy podobností a rozdílů napříč případy. Pro dizertační práce je podle autorů obtížnější stanovit velikost vzorku, ale tento typ prací obvykle pracuje se 4–10 případy. Platí, že je problematičtější pracovat v IPA perspektivě s větším vzorkem než menším (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

V průběhu analýzy se může stát, že vzhledem k tématu studie je případ jednoho respondenta natolik detailní a bohatý, že je vhodné prezentovat jej jako **případovou studii**. IPA vychází z toho, že každý detail případu nás přivádí blíže k významným aspektům sdíleného fenoménu a osvětluje jeho dimenze (Smith, 2004). Případová studie nabízí možnost dozvědět se hodně o konkrétním jedinci ve specifickém kontextu, stejně tak zaměřit se na různé aspekty jedincovy zkušenosti. Propojení případové studie s existující psychologickou literaturou může pomoci osvětlit existující nomotetické výzkumy

(Smith, Flowers a Larkin, 2009). Ovšem pracovat s formátem případové studie již vyžaduje určitou zkušenost s kvalitativní analýzou.

### **Tvorba dat**

Vzhledem k fenomenologické povaze IPA je důležité, aby tvorba dat probíhala způsobem, který poskytne bohatý a detailní popis respondentovy zkušenosti v první osobě. Účelem sběru dat je vstoupit do světa účastníka výzkumu. Způsob získávání dat by měl facilitovat příběhy, myšlenky a pocity spojené s daným fenoménem (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Nejčastěji používanou metodou sběru dat v IPA je **polostrukturovaný rozhovor**. Ten představuje dostatečně flexibilní metodu, která dává respondentovi možnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky. Současně výzkumník může v reálném čase sledovat, co se v rozhovoru vynořuje, co je významné pro respondenta a zároveň může rozhovor usměrňovat tak, aby se neodchýlil od tématu (Smith, 2004).

Obecně se předpokládá, že rozhovor bude směřovat od toho, co na tématu považuje výzkumník za významné, k tomu, co se vynořuje, i když to původně nebylo v plánu rozhovoru, alespoň do té míry, do které je téma relevantní výzkumné otázky (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Neočekávané obraty v rozhovoru bývají cennými momenty, protože poukazují na aspekt fenoménu, o kterém jsme při přípravě rozhovoru nepřemýšleli (Smith, 2012b). Respondenta považujeme za experta ve vztahu ke své zkušenosti, kterou jako fenomén zkoumáme. Proto by měl mít dostatek volnosti, aby mohl rozhovor směřovat k tomu, co mu připadá jako významné. Ještě před rozhovorem je možné respondentovi poskytnout kopii plánu rozhovoru, aby se mohl na téma připravit (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

Z metodologického hlediska je velmi užitečné přepsat první rozhovor předtím, než povedeme rozhovor další (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Přepis lze použít k revizi plánu a strategie, jakou je rozhovor veden. Tvůrci IPA doporučují zaměřit se na to, na co by bylo možné se v ideálním případě respondenta zeptat po každém jeho výroku, a srovnat to s tím, na co se výzkumník zeptal ve skutečnosti.

Doslovný přepis nahrávky rozhovoru je v IPA klíčový. Zásadní je ale spíše obsah, takže prozodický či neverbální doprovod (smích, váhání atd.) do něj zaznamenáváme pouze v takové míře, abychom neztratili nuance (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Přepsaný text se vyplatí vytisknout s širokými

okraji, kam lze psát poznámky, a s číslováním stran i řádků, které se bude hodit v pozdějších fázích analýzy.

Sběr dat lze provést také pomocí **focus group**, ačkoli autor IPA je k této metodě v IPA poměrně skeptický (Smith, 2004). IPA je v metodách sběru dat poměrně flexibilní – využívá také psané narativní zprávy, autobiografické deníky (např. vedené po dobu výzkumu) nebo emailové diskuze (Brocki a Wearden, 2006).

### **Postup analýzy**

Cílem analýzy v IPA je formulování témat, která zachycují esenci fenoménu, jenž je předmětem výzkumu (Willig, 2001). Ačkoli Smith, Flowers a Larkin (2009) zdůrazňují, že neexistuje správný nebo špatný způsob vedení analýzy, a podporují výzkumníky v kreativním přizpůsobení IPA svým účelům, začátečníkům nabízí postup, který je strukturovaný a jednoznačný, a pomáhá tak redukovat případnou úzkost, jež může být vyvolána v průběhu analýzy mnohoznačného výzkumného materiálu. Díky němu je možné získat potřebné dovednosti pro pozdější osamostatnění se a kreativní přizpůsobení IPA vlastnímu výzkumu.

Proces analýzy v IPA začíná vždy u jednoho případu (či prvního rozhovoru). Dříve autoři IPA nabízeli dvě možnosti, jak pokračovat v analýze: (1) použít témata vzešlá z první analýzy k orientaci v dalších případech, nebo (2) provádět analýzu každého následujícího případu samostatně, „od začátku“, včetně identifikace témat (Smith a Osborn, 2003; Fade, 2004). V současnosti upřednostňují druhý způsob (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Podle Pringleho et al. (2011) tím plně zachováváme individuální (a idiografický) přístup ke každému případu, ačkoli to zvyšuje nároky na samotného výzkumníka a na jeho fenomenologickou dovednost uzávorkování myšlenek a nápadů spojených s předchozí analýzou. Samozřejmě že v tomto procesu se nelze vyhnout vlivu předchozích analýz, důležitější však je, aby si výzkumník v každé nové analýze zachovával otevřenost a dal co největší prostor objevování nových témat.

Obecný analytický postup IPA lze popsat následovně (dle Smith, Flowers a Larkin, 2009):

#### ***0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu***

Je možné jej vnímat jako nultou fázi v procesu analýzy. Abychom byli schopni pracovat ve fenomenologické perspektivě a zároveň být jako vý-



zkumník transparentní v celém výzkumném procesu, je užitečné reflektovat, jaký vztah máme k tématu výzkumu. Součástí toho je nejen uvědomění si vlastní motivace pro práci s daným tématem, ale i vlastních prekonceptů souvisejících s tématem. Reflexe vlastní zkušenosti s tématem představuje především nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž jsme schopni užitečně pracovat s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy.

Existuje několik způsobů, jak tuto reflexi provést:

- Dialog sama se sebou – lze k tomu dobře využít i techniku „prázdné židle“ z Gestalt terapie (viz např. Zinker, 2004), která výzkumníkovi umožní dobře oddělit dvě role: výzkumník a člověk se zkušeností s daným tématem. Dialog mezi nimi je také možné nahrát na diktafon. Další variantou je vést vnitřní dialog sám se sebou a hlavní body takové sebe-reflexe si poznamenat.
- Požádat jinou osobu, např. kolegu-výzkumníka, aby s námi udělal rozhovor na dané téma. Jeho kompetentní zájem nám může pomoci artikulovat myšlenky související s tématem.

Protože se vztah k tématu samozřejmě postupem analýzy může proměňovat, je namístě tuto reflexi provést několikrát v průběhu výzkumu.

### **1. Čtení a opakované čtení**

První krok analýzy představuje podnícení aktivního zájmu o data; výzkumník by měl být přiměřeně zaujat „případem“. Cílem je, aby se respondent stal tím, na koho je primárně zaměřena výzkumníková pozornost. Rozvíjíme tzv. *insider's perspective*, chceme vědět, jaké to je, být v respondentově kůži a dívat se na svět jeho očima. Kromě opakovaného čtení přepis rozhovoru může být užitečné znovu si poslechnout nahrávku, protože hlas respondenta může výzkumníka ještě více vtáhnout do případu.

### **2. Počáteční poznámky a komentáře**

Následuje nejdetailnější část analýzy, která vyžaduje výzkumníkovu plnou otevřenost vůči datům. To znamená nezavrňovat apriorně žádné části výzkumného materiálu a také schopnost zabývat se sebemenším a zdánlivě marginálním detailem jako aspektem zkoumaného fenoménu. Dovoluje zachytit vše, co je v textu významné a zajímavé. Tyto poznámky a komentáře

lze psát po stranách textu – vlevo či vpravo. Jak uvádí Pringle et al. (2011), poznámky psané rukou navozují intimnější sepětí výzkumníka s textem, příběhem i samotným výzkumem. Zároveň je důležité rozvážit, jaký typ kódování je pro daný výzkum nejužitečnější. V podstatě neexistují pravidla, na co bychom se ve svých komentářích měli zaměřit. Může to být sémantický obsah, jazyk, který respondent používá, podobnosti a rozdíly, některé komentáře mohou sumarizovat, parafrázovat, jiné jsou asociacemi s něčím, co už se objevilo nebo co nás napadlo. Některé z těchto poznámek jsou zárodky budoucích interpretací (Smith a Osborn, 2003). Výzkumník může například sledovat slovesa a jejich funkci ve vztahu k tvorbě významu – ku příkladu se lze soustředit na to, zda respondent často používá minulý čas nebo podmiňovací způsob apod. (Smith, 2012b). Tato fáze může být blízka volné analýze textu. Cílem je tvorba komplexních a detailních poznámek k datům, která mají deskriptivní povahu, a jsou tak v souladu s fenomenologickým postojem, díky němuž zůstáváme blízko respondentova vidění světa.

Užitečným pohledem může být rozdělení komentářů do třech typů:

- deskriptivní – zaměřují se na obsah toho, co respondent říká, na strukturu myšlenek a zkušeností, které utvářejí jeho svět;
- lingvistické – zaměřují se na respondentovo specifické používání jazyka včetně metafor;
- konceptuální – jsou více interpretativní, mají např. povahu otázek, které se v nás vynořují při čtení textu. Důležité je, aby byly skutečně založeny na respondentových slovech.

Dobrým pomocníkem může být i dekonstrukce textu, která usnadňuje detailní zaměření na slova a významy. Narušuje narativní tok textu tím, že jej například čteme po odstavcích pozpátku. Nebo rozstříháme text podle odstavců, které pak čteme jako oddělené jednotky. To vše umožňuje vidět propojenost mezi jednotlivými zkušenostmi, které respondent popisuje, z jiného úhlu pohledu.

Další možností, jak vytvářet počáteční poznámky, je při čtení nejprve podtrhávat to, co považujeme za významné, a až poté pro každý podtržený text najít vhodný popis. Nebo jednoduše zaznamenávat vše, co se nám jeví důležité již při prvním čtení textu. Opět platí zlaté pravidlo kvalitativní analýzy: text čteme opakovaně.

### ***3. Rozvíjení vznikajících témat***

V této fázi redukuje se objem dat a našich poznámek prostřednictvím formulování tzv. **rodících se témat**. Tento krok vyžaduje změnu analytického přemýšlení – pracujeme více s vlastními poznámkami a komentáři než s původním přepisem textu. V předchozích fázích byl v centru zájmu respondent, nyní se jím stává sám výzkumník, protože organizuje data a interpretuje je. Avšak v dalších krocích analýzy jsou v centru zájmu oba – stejně důležité je respondentovo i výzkumníkovno vnímání fenoménu (viz dvojí hermeneutika). Tím, že se v této fázi zabýváme převážně výzkumnými komentáři, můžeme nabýt dojmu, že pracujeme pouze s fragmenty respondentovy zkušenosti. Ve skutečnosti jde o aplikaci principu hermeneutického kruhu. To, co na začátku bylo jedním celkem, se stalo postupem analýzy částmi, které se na jejím konci opět spojí v nový celek.

Cílem této fáze je přetavit předchozí poznámky do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti. Zatímco počáteční poznámky jsou spíše volnými a otevřenými asociacemi, které jsou evokovány prvními čteními textu, témata jsou již pokusem o zřetelnější zachycení zkušenosti participanta, zhodnocující naše porozumění, mimo jiné i na základě zmíněných prvních interpretačních komentářů. Názvy témat jsou na nepatrně vyšší úrovni abstrakce než naše původní poznámky, jsou však nadále konkrétní a zakotvené v textu, aby bylo patrné provázání s původním vyjádřením. V této fázi není nutné, aby výrazy byly definitivní; měly by ale vyjadřovat esenci témat, která jsme identifikovali (Smith, Jarman a Osborn, 1999). Inspiraci mohou (ale v žádném případě nemusejí) čerpat z psychologické terminologie. Jako názvy témat mohou být také použity citace a metafory respondentů, které tak ještě více ukotvují analýzu v textu (transkribované zkušenosti). V tomto směru jde IPA dále za běžnou tematickou analýzu (Brocki a Wearden, 2006). Opět je užitečné mít na zřeteli hermeneutický kruh: část celku je interpretována ve vztahu k celku, celek je interpretován ve vztahu k části. Z praktického hlediska je možné zaznamenávat témata na opačnou stranu než počáteční poznámky.

### ***4. Hledání souvislostí napříč tématy***

Poté, co jsou témata zformulována, lze se pustit do mapování jejich vzájemného propojení, tedy způsobu, jakým se k sobě vztahují. Nyní je namístě vrátit se na začátek analýzy – v kontextu již provedené analýzy je

možné vidět téma v novém světle. Některá témata fungují jako „magnet“ – přitáhnou k sobě témata podobná (Smith, 2012b). Není nezbytné použít všechna témata, některá můžeme vyloučit, například proto, že se nevztahují k výzkumné otázce. Je výhodné sepsat témata podle toho, jak se objevovala v textu, a u každého zaznamenat, na které straně a řádce textu se nacházejí (např. „str. 3, řádek 16“ můžeme zaznamenat takto: 3.16). To pak usnadňuje manipulaci s tématy, když je přeskupujeme podle různých interpretačních klíčů. Z některých témat se přirozeně stanou témata nadřazená nebo hlavní, jiná témata se propojí v jedno. Tématům spadajícím do jedné oblasti dáváme nadřazené jméno. Výsledkem této fáze tedy může být seznam nadřazených témat s podtématy, která se pod ně (kolem nich) shlukují podle našeho interpretačního klíče. Výhodou toho, že vytvoříme seznam nadřazených témat je, že nás to přiměje k jejich explicitní artikulaci a podpoří transparentnost analytického procesu (Smith, 2012b). Důležité je, že i nadřazená témata jsou zakotvena prostřednictvím přímých citací respondentů (Pringle et al., 2011), čímž jsou stále spojena s primárním textem, byť jsou formulována z interpretativní pozice. Kritériem pro zařazení témat do finálního seznamu je nejen četnost jejich výskytu v datech, ale také jejich bohatost a schopnost osvětlovat danou zkušenost (Smith a Osborn, 2003).

Hledat vztahy mezi tématy je možné následujícími způsoby:

- sepsat všechna témata na jeden seznam chronologicky, tj. v pořadí, v němž se objevovala v textu. Užitečné je pozorovat<sup>2</sup> je, pohybovat s nimi a vytvářet tematické shluky; tedy sdružujeme je do tematických trsů podle podobnosti dílčích témat;
- lze doporučit seznam témat vytisknout a rozstříhat na jednotlivá témata. Poté je možné rozložit jej na větší plochu (papír, podlahu či tabuli). Taková prostorová reprezentace názorněji ukáže spolu související témata. Ta, která se jeví jako paralelní nebo stejná, lze položit na sebe. Protikladná témata mohou vytvořit opačné póly;

---

2 Zde máme na mysli pozorování á la Cézanne. Cézanne, který je díky své metodě považován za zakladatele moderního výtvarného umění, pozoroval objekt svého zájmu tak dlouho, dokud mu nevyvstaly jeho na první pohled skryté vlastnosti – barevné odstíny, tvary apod. Pokud nějaký prvek reality rušil kompozici, vynechal jej, avšak bylo zřejmé, že nejde o arogantní či perverzní přizpůsobení skutečnosti malířovu záměru, ale o zvýraznění významu, který by jinak unikl divákově pozornosti.

- míra abstrakce – některá témata se jeví jako nadřazená jiným;
- začlenění – je podobné abstrakci s tím rozdílem, že začleňujeme související témata pod nadřazené téma;
- polarizace – sledujeme rozdíly mezi tématy;
- kontextualizace – identifikujeme kontextuální nebo narativní prvky v tématech;
- frekvence výskytu témat – může být relevantní volbou. Je však důležité mít na mysli, že význam tématu není vždy odvozen od četnosti výskytu;
- funkce – téma může v textu hrát specifickou roli (např. členění témat podle toho, jak jim respondent přisuzuje pozitivní a negativní konotace);
- přestrukturování témat – organizování témat podle různých klíčů (subtémat).

### *5. Analýza dalšího případu*

Viz výše (opakování fází 1 až 4).

### *6. Hledání vzorců napříč případy*

V tomto kroku se posouváme k propojení jednotlivých analýz. Klade si otázku: Jaká je mezi zkušenostmi našich respondentů souvislost? Jak téma z jednoho případu osvětluje jiný případ? Které z témat napříč analýzami vystupuje jako nejsilnější? V kontextu ostatních případů můžeme vidět, co jsme předtím neviděli, a některá témata tak bude nutné revidovat či přejmenovat. Díky tomu, že si uvědomíme význam některého tématu, které se stane nadřazeným, můžeme posunout analýzu na teoretičtější úroveň. Výsledkem této fáze analýzy může být např. grafické nebo tabulkové znázornění vztahů mezi tématy a ilustrování tématu, jak se jeví u každého respondenta. Fade (2004) představila postup IPA pro studie s větším vzorkem respondentů, který se podobá zakotvené teorii – tu pro tyto případy explicitně doporučují Smith a Osborn (2003).

Zásadním místem v analytickém procesu IPA je **interpretace**. Obecně v interpretaci jdeme „za“ to, co se v textu bezprostředně objevuje, za zjevný obsah textu (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Pro interpretování je důležitá epistemologická pozice, ze které se k němu vztahujeme. Proto je možné vytvořit dvě různé interpretace jednoho textu, obě naplňující explicitní i implicitní kritéria validity a zobrazující realitu psychologických procesů ve své celistvosti (Smith, 2004).

Interpretace podle IPA je úzce zakotvená v textu a přiznává, že je to vždy výzkumník se svým životním kontextem, kdo je jejím autorem. Shinebourne (2011) uvádí, že každá interpretace je svým způsobem konceptualizována v předchozí zkušenosti, a proto nemůže být bez předpokladu – je skrytá v tom, co už máme, známe, co jsme viděli. Není možné předvídat, co z našeho předporozumění bude pro danou situaci významné, i naše prekoncepce se navíc proměňují s postupem analýzy. Proto je interpretativní proces dynamický a opakující se, je součástí hermeneutického kruhu ve vzájemné souhře mezi částmi a celkem, stejně jako mezi tím, kdo interpretuje, a tím, jehož zkušenost je interpretována. Vzhledem k tomu je nezbytnou součástí interpretačního procesu výzkumníkova disciplinovanost v kritickém a reflektivním pozorování/posuzování, co z jeho porozumění textu souvisí s osobním kontextem a co je součástí textu – to pak porovnává a ověřuje v kontextu celého textu (Finlay, 2009; Smith, 2004).

Analýza prováděná více výzkumníky zajišťuje, že interpretace je důvěryhodná, ale není to jediný způsob, jak kredibility dosáhnout (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Z pohledu IPA je věrohodná ta interpretace, která je založena především na výrazech, jejichž autorství patří respondentovi, a je doložena přímými citacemi (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Pringle et al. (2011) zdůrazňují, že v IPA interpretujeme respondentovo přesvědčení a akceptujeme jeho příběh. Akceptace je doprovázena perspektivou „hermeneutiky podezření“<sup>3</sup>, výzkumník je tudíž připraven neustále se tázat, a zpřesňovat tak porozumění zkoumanému jevu. V interpretaci je možné čerpat i z teoretické pozice, ale tato interpretace by pak měla mít jiný „tón“. Měla by být spekulativnější a mělo by z ní být zjevné, že existuje určitá vzdálenost mezi samotným textem a touto interpretací založenou na teorii (Smith, 2012b).

### **Prezentace výsledků**

Dobrá IPA studie zprostředkovává čtenáři vyprávění ze dvou perspektiv: z perspektivy témat a z perspektivy jednotlivých případů/respondentů. Seznam témat by sám o sobě byl poněkud neživotným a chudým záznamem

---

3 Nebo také hermeneutika demystifikace. Původní Ricoeurův filozofický koncept (Ricoeur, 1970) začali používat výzkumníci k označení permanentní interpretativní pozice, přístupu charakterizovaného jako vyhledávání něčeho, co nebylo řečeno, co je skryto v textu, či jako skeptický postoj k vyslovenému (podrobněji viz Josselson, 2004).

zkušenosti jedince. Proto by interpretace měly poukazovat na jedinečný způsob, jakým je dané téma významné pro jednotlivce (Smith, 2011). Ideálně tedy kombinujeme obě perspektivy, čímž zachovááme celistvost námi zkoumaného fenoménu – čtenář se dozví o obecných tématech vzešlých z analýzy, stejně jako o světě konkrétních respondentů, kteří vyprávěli svůj příběh.

Prezentovat výsledky znamená převést témata do narativní podoby (Smith a Osborn, 2003). Témata, která jsme identifikovali, doplňujeme našimi komentáři a přímými citacemi respondentů podkládáme naše tvrzení. Klíčové je jasně rozlišovat mezi tím, co řekl respondent a co je naše interpretace. Výsledky můžeme strukturovat podle hlavních témat. Samozřejmě reflektujeme i vztah mezi jednotlivými tématy (Willig, 2001). Smith, Flowers a Larkin (2009) radí, že se vyplatí začít psát výsledky ihned po dokončení analýzy, čímž si studie udrží plynulý spád.

Prezentaci výsledků můžeme začít stručným shnutím toho, co jsme zjistili, ať už v podobě seznamu témat nebo nějakého schématu. Dáme tak čtenáři celkový přehled o fenoménu předtím, než mu detailně zprostředkujeme jednotlivá témata. Jestliže nadřazená témata vytvářejí nějakou hierarchii (několik nadřazených témat, další pod ně spadají), je logické je popisovat jedno po druhém. Charakterizujeme hlavní myšlenku tématu, poté detailně demonstrujeme, jak je téma reprezentováno jednotlivými respondenty. Druhou možností je výsledky prezentovat více idiograficky – strukturovat je podle jednotlivých respondentů (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Přímé citace respondentů ilustrující témata činí výzkum transparentním – čtenář by měl dostat možnost ověřit si, že předkládaná tvrzení jsou zakotvena v textu, a zároveň šanci udělat si na ně svůj názor (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Při psaní výsledků může být užitečné vrátit se k poznámkám z raných fází analýzy. Mohou obsahovat popis toho, proč je dané téma nazváno právě takto, nebo naše myšlenky, které mohou být při psaní výsledků užitečné (Fade, 2004). Protože neexistuje jasná dělicí čára mezi analýzou a prezentováním výsledků, může se stát, že během psaní výsledků některé téma vystoupí do popředí a některé ustoupí do pozadí (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

### **Ukázka analýzy**

Následující text představuje analýzu rozhovoru s Hannelore z perspektivy IPA. Vzhledem k potřebám této knihy nebylo možné dodržet některé

principy, které jsou v IPA klíčové, např. výběr tématu, k němuž má výzkumník osobní vztah nebo způsob vedení rozhovoru. Protože rozhovory byly vedeny jinými výzkumníky a z jiné (narativní) perspektivy, několik momentů z celého výzkumného procesu si musíme „domyšlet“ či je předpokládat. To vše pro výzkumníka analyzujícího text vytváří odstup od tématu a znesnadňuje tolik potřebný idiografický pohled. Samotné výzkumné interview přináší důležité informace pro analýzu a ty nám v ní tak zákonitě budou chybět.

#### **a) Zvolená výzkumná otázka**

Výzkumná otázka by mohla být formulována krátce, např. *Jaká je zkušenost žen s rakovinou prsu?*, ale výhodnější je v ní přímo artikulovat, jaká je cílová skupina, s níž byly vedeny rozhovory. Naše výzkumná otázka tedy zní: **Jaká je zkušenost žen, které onemocněly rakovinou prsu?**

Výzkumná otázka tedy napovídá, že se výzkum zaměřuje na ženy, kterým byla diagnostikována rakovina prsu. Kritéria výběru vzorku by se pak pravděpodobně zaměřovala na ženy, jejichž onemocnění je v současné fázi v remisi; vhodné by bylo ještě specifikovat věk respondentek, abychom při jejich výběru dostali co nejhomogennější vzorek (viz podkap. Výzkumný vzorek), v této studii to byly ženy ve věku 35–60 let. Jako klíčové vnímáme, že rozhovory byly vedeny se ženami ve stádiu remise nemoci. Lze předpokládat, že rozhovor vedený v akutní fázi nemoci by byl pro respondentky spíše zatěžující, což by z etických důvodů rozhodně nemohlo být výzkumným záměrem. Jedním z důležitých aspektů výzkumu v perspektivě IPA je, aby respondent své zapojení vnímal jako užitečné nejen pro výzkum samotný, ale i pro sebe sama. Ptáme-li se respondenta na jeho zkušenost, která stále aktuálně probíhá a je pro něj určitým způsobem náročná, konfrontující ho s existenciálními tématy či dokonce traumatická, je možné, že nebude schopný tolik potřebné reflexe této zkušenosti. Narážíme pak na samotné základy IPA perspektivy, kdy by bylo obtížné vést rozhovor ve fenomenologicko-hermeneutickém duchu, v němž se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem (viz Smith, 2004). Přesněji řečeno, takové podmínky by kladly vysoké nároky na výzkumníka, který by se musel pravděpodobně vyrovnávat v rozhovoru se situacemi, jež lze očekávat spíše v terapeutickém vztahu. I tak by však bylo možné podat zprávu o povaze zkušenosti jedince.



V perspektivě IPA není nutné výzkumnou otázku více zužovat – co z této zkušenosti vnímají ženy jako významné, se ukáže v tématech vynořujících se v průběhu analýzy. Takto položená otázka poskytuje dostatek otevřenosti k tomu, abychom v průběhu analýzy byli zvědaví a otevření k tomu, o čem respondentky mluví. Neimplikuje výzkumníkovy domněnky o tom, jaká zkušenost s rakovinou prsu je.

Jako vhodné by se také mohly jevit níže uvedené varianty výzkumné otázky (formulace pocházejí ze seminárních prací studentů). Pokusíme se však zároveň naznačit jejich problematické aspekty.

- *Jaká je zkušenost žen s rakovinou prsu v remisi?* Tato otázka ale naznačuje, že danými ženami by nemusely být jen ty, kterým byla nemoc diagnostikována, ale např. i zdravotní sestry, které s těmito pacientkami pracují, nebo obecně ženy a jejich vztah k rakovině prsu.
- Uvažujme o otázce *Jaký je život žen po zkušenosti s onemocněním rakovinou a jak se jejich život změnil?* Tato otázka nevyjadřuje, jaký typ rakoviny máme na mysli (ženy možná vnímají odlišně rakovinu prsu od jiných typů) a je v ní implikována myšlenka na změnu života. Ano, tu lze předpokládat, ale pak nás také v rozhovoru povede určitým směrem a nebudeme se tázat na zkušenost ve fenomenologickém slova smyslu. Podobným příkladem může být otázka *Jaká je zkušenost žen s rakovinou prsu po smíření se s touto nemocí?* Implikuje, že se respondentky měly s nemocí smířit. Ty, které smířením neprošly nebo jsou na cestě k němu, by do výzkumu nebyly zařazeny.
- Kdyby otázka zněla například *Jak prožívají pacientky s onkologickým onemocněním prsu svoji léčbu?*, zaměřovala by se na emoční prožívání těchto žen, navíc v souvislosti s léčbou (viz komentář k aktuální životní situaci respondentů výše). Obdobně by se otázka *Jaké změny v životním postoji přineslo ženám onemocněním rakovinou prsu?* věnovala změnám v životním postoji – zajímá nás z celostní zkušenosti žen jen aspekt životního postoje a jeho změny vlivem onemocněním rakovinou?

#### **b) Reflexe vlastní zkušenosti**

Před začátkem analýzy jsme provedli reflexi vlastní zkušenosti s tématem (viz Rámeček 2.1). Doslovně přepsaný text jsme potom analyzovali způsobem uvedeným v následujících bodech.

## Rámeček 2.1 Reflexe vlastní zkušenosti s tématem rakoviny prsu

KK: Přemýšlela jsem o tom, jak žena, která onemocní rakovinou prsu, prožívá své ženství. Vnímám vliv své psychotherapeutické profese, protože významná je pro mě otázka o funkci nemoci – vždy mě zajímá, jakou zprávu přináší člověku dané onemocnění. V prožívání jsem identifikovala silnou obavu z bezmoci, která je spojena s takto vážným onemocněním, a odpor k nemocničnímu prostředí, k zacházení s člověkem jako s objektem, diagnózou.

IČ: Moje přípravná reflexe byla velmi konkrétní, ženská část manželčiny rodiny čelila útokům rakoviny v několika generacích, přivřel jsem oči a přivolal jsem si do představ jednu z žen, kterou jsem znal a která rakovině podlehla. Paní Hannelore se pro mě stala blízkou osobou, ačkoliv jsem ji nikdy neviděl a nemluvil jsem s ní.

### *c) Opakované čtení textu*

Text jsme opakovaně pročítali, abychom se dostali do „kůže“ respondentky. Tato fáze trvala déle, než by tomu bylo v situaci, kdy bychom sami vedli analyzovaný rozhovor. V tomto případě bylo potřeba vyvinout větší úsilí k aktivnímu zaujetí textem, protože jej nemáme asociovaný s danou osobou a jejím neverbálním projevem. K danému textu jsme si tedy vzhledem k okolnostem výzkumu teprve museli vybudovat vztah. Zkoušeli jsme různé metody, např. čtení textu nahlas, což nás stále více vtahovalo do žitého světa paní Hannelore, jako bychom „stáli vedle ní a dívali se stejným směrem“ (viz Rámeček 2.2).

## Rámeček 2.2 Reflexe opakovaného čtení textu

JKK: Novou zkušeností je pro mě analyzovat rozhovor, který jsem sama nevedla. Uvědomuji si, jak je živá zkušenost s respondentkou obohacující a dodává důležité porozumění její zkušenosti. V analýze jsem tak ochuzená o její hlas, tón řeči, když popisuje významné momenty. V této fázi si myslím, že kvůli tomu moje porozumění její zkušenosti nikdy nemůže být takové, jako kdybych rozhovor vedla sama.

IČ: Text důvěrně znám, spolu s Vladimírem Chrzem a Davidem Hilesem jsem jej analyzoval v rámci NOI (viz kap. Narativní analýza). Jakákoli kvalitativní analýza pro mě znamená porozumění zkušenosti. A to nejenom participanta-bezprostředného nositele zkušenosti, ale i své vlastní. Zkušenost lidí, s jejichž příběhy jsem konfrontován, nutně vstupuje do procesu neustále probíhající reflexe sebe sama.

### *d) Počáteční poznámky a komentáře*

Po několika čteních jsme začali zaznamenávat počáteční komentáře na levou stranu textu (viz Rámeček 2.5, levá část). Nejprve manuálně (viz podkap. Postup analýzy), poté jsme tyto poznámky a komentáře přepsali

do dokumentu Word pomocí funkce „vložit textové pole“, která dobře umožňuje pohybovat s vytvořenými komentáři, barevně je odlišovat atd. Komentáře měly různou povahu – deskriptivní („Představa chemoterapie byla strašná“), lingvistické („Nádor = „to“, „umřela *jako* na rakovinu plic“) či konceptuální, které měly podobu otázek ke čtenému textu („připadám si, že mi nic není“ – co to ubývání sil? nebo „Vkládala do něj...co?“). Reflexe tohoto kroku viz Rámeček 2.3.

### **Rámeček 2.3 Reflexe tvorby počátečních poznámek a komentářů**

JKK: Významnou inspiraci v analýze jsem našla ve slově „jako“, které, jak jsem si později všimla, Hannelore používá významně často. Svoje porozumění její zkušenosti jsem tak na tomto slovu založila, protože se zdálo, že vše, co se stalo před nemocí, je pro Hannelore „jako“. V textu jsem vyznačila všechna použití slova „jako“ žlutou barvou.

IČ: Používal jsem volné asociace, doslovné přepisy části textu, vzpomínkové intruze, zvláštěnosti výrazu, metafory, analogie, atd.

Využili jsme i dekonstrukci textu (viz Rámeček 2.4).

### **Rámeček 2.4 Ukázka dekonstrukce textu**

JKK: V průběhu této fáze jsem si uvědomila, že jsem si na Hannelore udělala svůj názor – usoudila jsem, že svoji zkušenost s nemocí neintegrovala do svého života a že s ní de facto není vyrovnaná. Proto jsem se snažila od textu jako příběhu poodstoupit. Fragmentovala jsem jej na části, se kterými se mi pracovalo snáze, zároveň jsem neztratila kontakt se samotným textem.

IČ: Text jsem pročítal „pozpátku“ či jeho části v různém pořadí. Opakovaně jsem si nahlas četl některé pasáže s různými důrazy či v různé „tónině“. Čtení emocemi nabitých částí textu kontradiktorickým způsobem zvýraznilo charakter Hanneloreina prožívání v průběhu vyprávění.

Jaký je tedy žitý přirozený svět – *Lebenswelt* – paní Hannelore, pokud bychom si takto zformulovali výzkumnou otázku? Především je to paní Hannelore, která jej tvoří, a tyto výtvořiny v každém okamžiku ovlivňují její následnou zkušenost. Rovněž – jak vyplývá z naší primární výzkumné otázky – jeho důležitou součástí je rakovina. Zároveň je zřejmé, že tvorba přirozeného světa znamená i vývoj zkušenosti s rakovinou (to je, řekněme, explicitní horizont I). Otázka však implikuje přítomnost dalších fenoménů – interakce paní Hannelore s nemocí a s lidmi (explicitní horizont II) a v určité fázi do něj vstupuje výzkumník, který s ní vede rozhovor (explicitní horizont III). Výzkumníci, kteří pracují jen s textem rozhovoru, avšak s paní Hannelore rozhovor nevedli, vstupují do již výzkumným textem

artikulovaného *Lebensweltu* paní Hannelore jako interpreti a přebírají odpovědnost za zprostředkování porozumění její zkušenosti. Stejně jako výzkumnice, která s paní Hannelore vedla rozhovor, i oni jsou konfrontováni s vlastním *Lebensweltem*, možná v ještě větší míře, proto je při interpretaci důležité reflektovat tuto pulsující dynamiku na pomezí dvou žitých světů (to je jedna z podob uzávorkování, *bracketing*). Musíme však připustit, že v odpovědích na výše položené výzkumné otázky se budeme pohybovat v interpretovaném „*Lebensweltu*“, nikoli v „čisté“ zkušenosti paní Hannelore. Naše zkušenost výzkumníků-interpretů tak představuje podporu interpretativního modu fenomenologie a musí nutně rezignovat na úsilí o zachycení „čistého“ fenoménu.

### *e) Rozvíjení vznikajících témat*

Dále jsme redukovali počáteční poznámky do témat zachycujících esenciální kvalitu toho, co se objevuje v textu (viz Rámeček 2.5, pravá část). V této fázi jsme více pracovali s počátečními poznámkami než s přepisem rozhovoru jako takovým, což reflektuje posun od výhradně fenomenologické k interpretativní pozici. Pohybovali jsme se na abstraktnější rovině v úmyslu najít co nejvýstižnější vyjádření daného komentáře či poznámky. Některé komentáře byly pojmenovány psychologickým termínem („prožívání nemoci“ či „disociace“), jiné zůstaly ve stejné formulaci jako počáteční poznámka („potřeba naplnění“, „podpora rodiny“). Tato témata jsme se snažili formulovat na takové rovině abstrakce, která zároveň umožní propojení v rámci případu a mezi případy, a stále jsou zakotvena v osobitosti toho, jak byly původně vyjádřeny respondentkou (Smith a Osborn, 2003). Jako „opatření“ proti zkreslení procesu výzkumníkovým zaujetím jsme pozornost věnovali tomu, aby každé téma bylo reprezentováno konkrétním vyjádřením respondentky.

### **Rámeček 2.5 Ukázka textu s počátečními poznámkami (vlevo) a vznikajícími tématy (vpravo)**

	dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy“. Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není	
--	-----------------------------------------------------------------------	--

Rakovina = smrt	vůbec důležitý, já se bála tohohle“, protože fakt i rok před tou nemocí mi umřela kamarádka – <u>jako</u> na rakovinu plic. Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky, to bylo rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. Jakoukoliv tu nemoc.	Význam rakoviny
Nikdo to (=rakovinu) nepřežil		Vztah k rakovině
Dobrá parta na chemoterapii	No, takže – to bylo takový dost hrozný, no ale nějak – jak jsem se dostala do té léčby, tak tam byla docela dobrá taková parta na tý chemoterapii, to se chodí jenom ambulantně – a bylo tam se mnou – měla jsem štěstí na ty lidi, který tam byli, který byli dál v tý nemoci, takže jsem najednou viděla, že vlastně se o tom mluví <u>jako</u> o	Podpora okolí
Lidi s nadhledem nad rakovinou		Vztahování se okolí k rakovině

### *f) Hledání souvislostí napříč tématy*

Následovalo propojování témat a hledání souvislostí mezi nimi. K tomu jsme vytvořili dva seznamy témat, které dobře slouží k hledání interpretačního klíče. Jeden seznam byl seřazen chronologicky, druhý abecedně (viz Rámeček 2.6), což nám poskytlo více prostoru pro kreativitu. Narušení chronologické perspektivy může být užitečné, jestliže není snadné najít klíč k souvislostem mezi tématy (např. jsme objevili, že strach je významným tématem, objevoval se několikrát). U každého tématu v seznamu bylo označeno, kde se v textu nalézá (číslo řádku a strany), abychom neztratili kontakt s textem a kdykoli si mohli ověřit, že neposouváme jeho významovou rovinu. V rámci těchto seznamů jsme řadili a propojovali témata pomocí různých strategií – některá se seskupovala a jiná se vynořovala jako nadřazená. Jiná témata jsme z analýzy vyloučili, protože se nevztahovala k výzkumné otázce (např. zmínka o synovi). Výsledkem této fáze je seznam nadřazených témat s podtématy (viz Rámeček 2.7). Rámeček 2.8 pak pro srovnání obsahuje témata vzešlá z analýzy prováděné druhým autorem.

Témata, s nimiž jsme v této fázi pracovali, byla volena v souladu s principy IPA: roli nehrála jen četnost výskytu v datech, ale i jejich bohatost a to, jak dané téma osvětluje zkoumanou zkušenost (Smith a Osborn, 2003). V případě, že bychom měli kontakt s respondentkou, bychom pro potvrzení „správnosti“ analýzy použili její zpětnou vazbu (tzv. **testimonial validity**). V tomto případě nám zbývalo potvrdit adekvátnost témat jen opakovanou kontrolou vztahu mezi tématem a jeho reprezentací v přímé citaci z textu.

Když jsme se shodli na tom, jaký lingvistický prostředek indikuje Hanelořinu snahu držet nemoc v jiné realitě („nereálnost nemoci“), znovu jsme text prošli, současně jsme si všímali i dalších obrátů, které svědčily pro toto pojetí rakoviny, ale i těch, které naznačovaly přijetí nemoci, ať už jako agresora, vetřelce, nájezdníka nebo náznak integrace rakoviny v přeznačené podobě.

### Rámeček 2.6 Ukázka z abecedního seznamu témat

Potřeba reality (3.77) Prožívání doopravdy (5.139, 6.177, 11.328) Prožívání nemoci (4.118, 5.123, 5.146, 7.180, 9.246) Předchozí zkušenost s nemocí (3.75) Přehodnocování života před nemocí (9.252)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Rámeček 2.7 Ukázka vynořujícího se a námi hierarchicky uspořádaného seznamu témat

<b>Nereálnost nemoci</b> Nereálnost – Jako (rychlý) (2.39) Neoslovování nemoci (2.55, 3.73) Disociace (6.155, 6.159, 11.307) Potřeba reality (3.77) Fantazie, které pomáhají (11.315) Potřeba mluvit o nemoci (4.91, 4.93, 8.219, 12.344) Jako – odešli, prožívat (11.305, 11.319)	<b>Vnímání sebe sama</b> Strach z normálních lidí (9.241) Držet (12.338) Absence kontroly (1.25, 1.27, 12.334)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Rámeček 2.8 Témata vzešlá z další analýzy

Rakovina přichází z „jako“ světa Rakovina jako subversivní realita	Milenecký vztah: asymetrie síly a slabosti Milenecký vztah jako synergie bazální tvořivé síly proti plíživé a zatím neviditelné nemoci
Nereálnost nemoci Disociované emoce ve vztahu k rakovině	Milenecký jako zvěstovatel přicházející destruktivní síly rakoviny Milenecký jako zrádce
Lékaři: spojenci s.r.o Lékaři jako věční spojenci Lékaři jako sdílející spojenci	Emoce: dichotomie v čase
Lékaři jako defetisti zbavující naděje	Hrůza jako převažující emoce v první části vyprávění Naděje – jako odrazení se ode dna, stoupání vzhůru k normálnímu životu, přínos nemoci
Probuzení rodinných zřidel Semknutí rodiny Návrat dcery Pomoc bývalého manžela	Sesterstvo opory Kamarádky jako vnější opora

### Výsledky analýzy

Stejně jako je zkušenost paní Hannelore jedinečná, je jedinečné i naše porozumění její zkušenosti, ovlivněné našimi zkušenostmi. Výsledky analýzy mají povahu případové studie, protože se nepouštíme do syntézy napříč jednotlivými případy. V průběhu jejich psaní máme stále na mysli cíl interpretativní fenomenologické analýzy, který Smith a Osborn (2003, s. 51) popisují jako obousměrný proces, v němž „účastník se snaží pochopit svoji zkušenost, zatímco výzkumník se snaží pochopit, jak účastník chápe svoji zkušenost“. Představujeme zde hlavní témata, která jsme v průběhu analýzy formulovali podle toho, jak podle naší interpretace osvětlují esenci zkušenosti paní Hannelore s rakovinou prsu.

#### *Nereálnost nemoci: „jako“ realita*

Téma nereálnosti nemoci prostupuje dalšími tématy a zabarvuje je. Vzhledem k povaze IPA o něm neuvažujeme jako o klíčovém či ústředním, což by nás směřovalo k tomu, že nějaký aspekt zkušenosti je významnější než jiný, ale spíše jej vnímáme jako prolínající se dalšími tématy.

Zachycuje, jakou zátěž představuje pro paní Hannelore zkušenost s nemocí – nejen aktuálně, když probíhá léčba, ale i poté, co ustane a příznaky nemoci více méně odezní. Stane se z ní zkušenost, kterou má paní Hannelore

za sebou, avšak její důsledky jsou přítomny a budou stále vstupovat do jejího „žitého světa“. Reprezentuje *zkušenost s rakovinou, kterou paní Hannelore plně dosud neintegrovala do svého žitého světa.*

Můžeme si všimnout toho, že paní Hannelore navzdory svému působení v centru pro nemocné rakovinou, kde podporuje ženy s podobným údělem, sama rakovinu a s ní spojené výrazy (onemocnění, nádor) málokdy v rozhovoru použije přímo, vyhýbá se přímému pojmenování svého onemocnění. To nás přivádí k otázce, jaký význam a funkci má tento způsob narace o rakovině pro paní Hannelore. Zdá se, že paní Hannelore s onemocněním nakládá tak, že jej neutralizuje slovem „to“.

*... Takže i ty děti (povzdech) se ke mně dost semknuly, když jsem to, takže se mi brozně snažily pomoci...*

*Ten nádor byl brozně velikej a ten lékař, ke kterému jsem přišla, tak mi prostě řekl diagnózu, že teda to vypadá na operaci, a že teda abych počítala spíš s ablací, že ten to je strašně velký...*

To, že paní Hannelore svoji zkušenost s rakovinou zcela neintegrovala do svého prožívání a vnímání sebe sama i okolí, se zrcadlí i v častém používání slova „jako“. Její popis rakoviny na nás působí tak, jako by její zkušenost nebyla zcela reálná, protože je „jako“. Nález nádoru byl „jako“, to, že mohla umřít, bylo „jako“:

*... tak jsem po čtvrt roce zase šla na ten mamograf a měla jsem strašně velkej jako nález, no a to bylo tak strašně jako všechno rychlý...*

*No, tak v tomhle období jsem prostě (pousmání) nějak k tomu došla, že teda se mi nemůže nic horšího stát, než že jako můžu umřít, no.*

Dalším momentem hodným pozornosti je již zmíněná práce v centru pro nemocné rakovinou. V textu je výrazně patrná potřeba paní Hannelore mluvit o své zkušenosti s rakovinou, zároveň jí něco brání ji otevřeně pojmenovat. Potřebuje ji umístit do „jako“ světa, který jí umožňuje nebýt s rakovinou neustále konfrontovaná. Současně však využívá možnost se o svoji zkušenost dělit s ostatními, čímž si udržuje reálnější a „hmatatelnější“ kontakt s nemocí, byť v poněkud externalizované formě. Paní Hannelore zde získává příležitost testovat realitu světa, kde může dovolit své zkušenosti být opravdovou, nejen „jako“ realitou.

*... ale tím, že pomáhám těm druhejm, nemám vůbec čas na tu svou... jako – chodím sice normálně na ty prohlídky a tak všechno, ale jak to předávám těm dalším lidem, tak mně to brozně pomohlo. Pomáhá mi to, takhle – ještě pořád mi to dává víc, než by mi to bralo.*



*Ale zatím, pořád mám takovej pocit, že jako mně to víc dává, když prostě někomu pomůžu – ne pomůžu, no ale prostě dokážu mu sdělit tu mou zkušenost a nějak ho podpořit.*

*...opravdu mi připadá, že mi to tady (centrum pro nemocné rakovinou) pomůže... Jako že můžu pomoci někomu, a že tím pádem na jednu stranu tím pomáhám sama sobě...*

V Hannelořině vyprávění o rakovině a její léčbě lze zachytit disociaci prožívaných emocí. Hannelore si tak udržuje rakovinu v jiném světě, je to způsob, kterým se brání ohrožení vlastního světa. Disociace se objevují tehdy, když se rakovina „vlomí“ do Hannelořina světa neodbytně, např. když paní Hannelore pociťuje fyzické dopady nemoci. Z popisu toho, jak prožívala jednu operaci, se zdá, že pro ni bylo bezpečnější být oddělená od svého těla než plně prožívat realitu. I tato událost nabývá pro Hannelore kvality „jako“ dění.

*Tak já jsem teda, mně už to pak – já jsem říkala, tak teď už mi je všechno jedno, teď už mi můžete uříznout i hlavu a fakt, to bylo takový, jako když vám řežou hlavu (smích).*

**IČ:** Při hledání dominantní dimenze zkušenosti, „hot experience“, nebo, jak V. Eatough a J. Smith (2008) uvádějí, „hot cognition“, jsem zachytil podobný fenomén, který jsem si pracovníčně nazval **nemoc jako perverzní realita**. Perverzní realitu jsem vnímal jako sílu, která převrací dosavadní svět paní Hannelore, vnáší do něj cizorodé entity v podobě nádorů, nejistoty, náhlé blízkosti smrti. Dnes bych zmírnil ono poněkud vyhocené označení, nicméně opakovaným čtením textu se mi stále obraz rakoviny v prožívání paní Hannelore jeví jako **subverzivní realita**, je jiným světem, který se vnutil do Hannelořina přirozeného žitého světa.

### ***Vnímání sebe sama: ne-normální bytí***

Zkušenost s rakovinou prsu se určitým způsobem dotýká toho, jak sebe žena vnímá a prožívá. Paní Hannelore nemluví o změně ve vztahu ke svému tělu a ženství (je to taky součástí „jako“ světa?), ale zmiňuje, jak se změnilo vnímání sebe sama vůči ostatním lidem. Výrazné je, že paní Hannelore označuje ostatní, tzn. lidi bez zkušenosti s rakovinou, jako *normální*. V jejím popisu je tak implicitně obsaženo, že ona je se zkušeností s rakovinou *ne-normální*. Popisuje strach z „normálních“ lidí, kteří nemají tuto zkušenost, a preferenci kontaktů s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost. Zdá se, že je pro ni ohrožující být v „normálním“ světě, stejně jako mluvit o své nemoci jako reálné, a tak je pro ni důležité bezpečí, které poskytuje okruh lidí se stejnou zkušeností. Zde můžeme vidět moment, kdy se projevuje téma *Ne-reálnost nemoci* v tématu *Vnímání sebe sama*.

*No a já mám trochu strach jít mezi normální lidi, normální lidi (zasmání) – já se tady stykám s takovým okruhem těch lidí a mně to zatím stačí a vyhovuje a mám prostě trošku strach z těch lidí. Jako jít do normální práce a třeba je fakt, že to pořád přetrvává, že se někdy stane při změně počasí, že člověku není tak moc dobře.*

Změna, která v souvislosti s rakovinou a vnímáním sebe sama přichází, se také odehrává na rovině energie a aktivity, na kterou je u sebe člověk zvyklý. Pro paní Hannelore je obtížné aktualizovat sebeobraz, jehož ideál je silně spojen s aktivitou (nechtěný naopak s pasivitou). Avšak některé jeho atributy, jako je např. energie, zcela nekorespondují s realitou jejího života po onemocnění. Příkladem je, že do jejího konceptu „normálního“ života (= před onemocněním) spadá např. práce na plný úvazek. Jestliže ji není schopna kvůli svému fyzickému stavu vykonávat, „normální“ život je pro ni vzdálený a ona tak žije život „ne-normální“, ve kterém se stýká s lidmi s podobnou „ne-normální“ zkušeností, protože je to pro ni bezpečnější.

*No, myslím si, pořád si myslím, že mám tý energie pro víc než pro sebe, (zasmání) že to docela dokážu, no tak... taky jsou nějaký ty problémy zdravotní, ale nějak to pořád je dobrý. Jsem pořád v invalidním důchodu, ale taky už teď začínám – tedy pořád dělám u tý má dcery, dělám tady a teď jedněm známejm pomáhám v obchůdku jednou tejdně, nebo tak, prostě pořád to zkouším, jestli se budu moct zařadit do toho normálního života, tam je blbý, že jsem ztratila tu práci, takže ono v padesáti a z invalidního důchodu se jde špatně.*

*...tak jsem tý doktorce řekla, že bych jí nikdy nepřála, aby seděla na mém místě, že si nedovede představit, jako když už člověk má ten normální život zase na dosah, a když ho prostě úplně jen tak jako jedním tak jako mě ubila, (zasmání) jak jako mi řekla: „Vy máte metastáze v plicích, tak to už ukončíme...“, tak jako mě to (zasmání) připadalo: „Tak jako už prostě umíráš, tak na shledanou....“*

### ***Vztah k nemoci: rakovina znamená smrt***

Zajímavým momentem, díky němuž můžeme porozumět tomu, proč je pro paní Hannelore zkušenost s rakovinou těžko včlenitelná do jejího života, je její vztah k této nemoci. Z jejího vyprávění se dovídáme, že několik lidí v jejím okolí rakovinu nepřežilo a v její realitě je rakovina vnímaná jako smrtelná nemoc.

*Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky, to bylo rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. Jakoukoliv tu nemoc.*

Před vlastní zkušeností s touto nemocí je ve vnímání paní Hannelore tedy rakovina synonymem pro smrt. Po vlastní zkušenosti, pravděpodobně

ovlivněně působením v centru pro nemocné rakovinou, popisuje svoji změnu vlivem nemoci. Na první pohled je formulovaná jako přínos, při bližším zkoumání textu<sup>4</sup> (odmlka, „asi důležitý“ atd.) zjišťujeme, že vyznívá spíše hořce a „vydřeně“. Paní Hannelore si musela přínos – trochu násilně – formulovat, aby si zkušenost s rakovinou aspoň nějak začlenila do svého žitého světa. Zde se oba světy – přirozený svět paní Hannelore, do něhož rakovina nepatří a „jako“ svět, který je obsazen nemocí – dotýkají a snad je i rakovina vzata na milost:

*No, já bych řekla, že nakonec mi ta nemoc vlastně dala víc, než mi vzala (odmlka). Protože jako jsem poznala lidi, který bych nikdy nepoznala. A (povzdech) trochu jsem přehodnotila takový ty aspekty toho života. Ani už mě teď nedrtí to, že jsem třeba rozvedená.*

*Jo, že to je asi důležitý, a to bych řekla, že mi ta nemoc dala, že to umím už si rozhodnout, jestli to chci dělat nebo ne, že už – já jsem taková – vždycky jsem byla taková vstřícná, každému jsem jako se snažila za každou cenu, teď tedy taky pomůžu, ale ne za každou cenu.*

**IČ:** Jsou však i jiné možnosti interpretačního shrnutí: Zkušenost paní Hannelore s rakovinou jako s intruzivní realitou je předznamenána rozvodem a odchodem dcery. Vpád nemoci do žitého světa – Lebensweltu – paní Hannelore má zpočátku podobu plíživé invaze neviditelného nájezdníka, který se poté náhle zjeví v celé své hrozné velikosti a ničivosti. Rakovina nejprve ve vztahové rovině destruuje Eros jako bazální tvořivou sílu, kterou snad paní Hannelore intuitivně probudila jako synergickou obranu území svého těla vystavenou proti tušenému nebezpečí. Objevení se – návrat dcery a bývalého manžela do žitého světa paní Hannelore – rodina byla dosud skryta, tedy nepojmenována ve vyprávění – představují pro paní Hannelore zdroj nové síly. Lékaři ve světě paní Hannelore nastupují do první linie boje s vetřelcem. Jsou zaměřeni na boj s rakovinou a pro úzkosti paní Hannelore nemají v tomto počínání příliš pochopení. Jedna z lékařek je natolik odtaziťá, že zcela ignoruje potřebu „lidského“ sdílení s paní Hannelore a necitlivým výrokem ji zbavuje potřebné energie. Smrtelné nebezpečí je zažehnáno, nemoc však zůstává jako hrozba přítomna. Naděje na normální život je odražením ode dna, avšak prožitek přínosu nemoci neznamená integraci do zkušenosti, ale jen zmenšení její zdrcující moci. Je stále držena v hranicích subverzivní reality, tedy něčeho nepatřícího do Lebensweltu paní Hannelore. Lidé jsou ve světě paní Hannelore oporou, jejich přínos centruje Hannelore k jejich roli při zvládnání nemoci. Určitá míra mentalizace se vyskytuje tehdy, vnímá-li paní Hannelore, že se s ní zachází necitlivě – viz lékařka, která ji odepsala.

Další témata, která jsme v průběhu analýzy interpretovali, se týkala kontextu nemoci, prožívání sebe sama v nemoci, vztahu k druhým a životních hodnot.

---

4 Zde jsme limitováni tím, že nemáme k dispozici živou nahrávku rozhovoru.

Zkušenost paní Inky a paní Marianny s rakovinou prsu jsme interpretovali následujícím způsobem:

### *Paní Inka*

Paní Inka si obtížně vybavuje emoce, které by mohla spojit s onemocněním. Nechce se „patlat“ v pocitech a problémech, protože to má už za sebou. Stres prožívala na začátku, když si přečetla v lékařské dokumentaci, že jde o maligní nádor („*vybrkly mi slzy*“). Potom již nikdy v průběhu onemocnění a léčby nepropadala panice. Nová situace byla pro ni dokonce v jistém smyslu vítanou změnou, i když poněkud „*blbou*“. Byla výrazně nespokojená v práci a rakovinu prsu interpretuje jako důsledek vnitřního nastavení na změnu. Nespokojenost s tělem vede Inku k prozkoumávání prsou a úvahám o plastické operaci a náhodnému objevení útvaru, který se posléze ukáže jako maligní. Je to tedy touha po změně, která je ve zkušenosti (vzpomínkách) paní Inky spojena se začátkem nemoci. Následuje období spojené s lidmi, kteří jí pomáhali a nic od ní neočekávali. Paní Inka si paradoxně užívá rok po operaci jako „*nejpohodovější*“ etapu svého života. Se smíchem cituje psycholožku, že se ocitla v pozici dítěte. Vše má svůj řád v péči, která se stala náplní jejího života. Nepříjemné stavy související s léčbou se jeví jako marginální. Nemoc není pro Inku osudová, vnímá ji jako vážnější chřipku: „*tak je to za mnou a hotovo, tak mi to vyndali, prsa mi neuřízli, tak jsem celá, tak co chci víc. Je něco ze mě pryč.*“ Nepřipouští si, že by její nemoc mohla vyústit ve smrt, vnímá však odlišný přístup jiných žen, které si „*jdou pro ortel*“. Nepřekonatelný strach z rakoviny u jiných žen ji irituje, nerozumí rezistenci žen, které o strachu mluví, ale nechtějí si nechat pomoci. Pochybuje o svém soucitu, ale vzápětí ospravedlňuje svoje jednání a postoj odstrašujícím příkladem závislosti, kterou vyvolala jedna žena na lince důvěry v organizaci Mamma HELP příliš empatickým chováním k volajícím. Svůj postoj Inka shrnuje následovně: „*můžu pomáhat do té míry, když mně to nějakým způsobem neublíží, ale ve chvíli, kdy mě to začne ničit, potom to není správná pomoc.*“ Nemoci se brání kontrolou emocí, které by v ní mohla vyvolat. Do jisté míry přejímá manželův buddhistický postoj o nastavení mysli, které způsobilo, že se jí nemoc přihodila a v logice této úvahy Inka odvozuje i kontrolu nemoci: „*...myslím si, že když už se mi to teda přihodilo, tak vlastně já si myšlením svým můžu pomoci a že mi nemůže pomoci nikdo jiný.*...“

Inka se v nemoci snaží využít i svůj veskrze pozitivní vztah k lidem, zdroje opory nachází v různých vztazích. Přesto se Inčiny interpretace jeví jako mírně ambivalentní (což místy vysvětluje odlišnostmi v povahovém nastavení protagonistů svého příběhu a náhledem na vlastní osobnostní vklad do situací). Manžela oceňuje za jeho toleranci a ohleduplnost, dráždí ji však jeho budhistická smířlivost až odevzdanost osudu a pomalost. I tak jde podle Inky o dobře nastavený vztah, byli „stmelenou dvojkou“ již před nemocí, nemoc je dalším sdíleným prožitkem. Avšak nyní nedokáže říci, co k ní manžel cítí. Navzdory rozdílným hodnotovým orientacím Inka věří v manželovu i svoji toleranci a schopnost najít společné tempo žití „...*že jsme tak nastavený, že to asi zvládnem. Ne asi, my to zvládnem.*“ Nemoc mírně pozměnila vztah s dcerou – nyní dokáže dceru přesvědčit, aby se více věnovala domácím pracím. Zároveň vnímá, že její patnáctiletá dcera potřebuje více soukromí, což řeší snahou získat větší byt. Lékaři jsou podle Inky mladí, hezcí, příjemní, ale uspěchaní a i když s paní Inkou komunikují, není spokojena s informacemi, které od nich dostává. Nenechá se však snadno odbýt. Angažuje se v organizaci Mamma HELP a zde nachází smysl ve společenství žen s podobnou zkušeností – pro Inku představuje vstup do organizace „...*takovej balzám na duši*“ a činnost zde jí přináší uspokojení sama o sobě i z vnímané reciprocit: „*Tak je takový příjemný, když potom vím, že můžu někomu taky pomoci, aspoň teda do té míry, co já jsem teda schopná, co já můžu udělat. Tu pomoc, kterou někdo dal mně, že vlastně můžu vrátit, poslat někam dál.*“

Paní Inka si průběžně prostor své zkušenosti zaplňuje příjemnými vzpomínkami a emocemi. Nepříjemné vzpomínky a s nimi související emoce, které by se mohly vynořovat, „umrtvuje“ neustálými odkazy na příjemné a pohodové, a tak téma konečnosti života Inka téměř neartikuluje. Zkušenost paní Inky s rakovinou prsu je nastavením mysli a udržením tohoto nastavení, aby **nemoc** byla neustále v její **moci**.

### *Paní Marianna*

Paní Marianna svoji zkušenost s rakovinou představuje jako plejádu mnoha odborných detailů, protože se však soustřeďuje zpočátku převážně na lékařské údaje, paměť ji občas zrazuje. Emoce se však vybavují ihned a bolestné vzpomínky se stávají živějšími a autentickými. Je pláč, který podbarvuje vyprávění paní Marianny, výrazem bezmoci? Nebo snad

reprezentuje očištnou sílu, jež musí být neustále v kontaktu s prožitkem nemoci, aby byla účinná? Klade si otázku: „*Proč právě já?*“ Do kontextu objevení se nemoci zasazuje paní Marianna svoji obezitu a touhu po dobrém jídle, kterou s jistou dávkou sebeironie vnímá jako hřích. Nechápe i rakovinu – navzdory svému ateismu – jako hřích? Je v šoku z nálezu: „*myslíte si, že zejtra budete v pánu*“. Líčením peripetií a komplikací lékařského vyšetřování rakovinu neustále v prožívání zpřítomňuje. Zvýrazňuje tak její moc, ale zároveň si tím vytváří prostor pro vlastní obrany a vědomí vlastní kompetence: „*jsem srdnatá, nejsem žádná padavka*“. Pocit, že je zbytečně vláčena v byrokratickém, neempatickém systému lékařské péče, je pervazivní a udává rytmus její zkušenosti: „*furt mě honili od Šavla k Pavlovi*“. Přestože se paní Marianna nenechala vtáhnout do odosobňujícího lékařského diskurzu, v konečném důsledku svoji situaci hodnotí jako *boj s větrnými mlýny*. Konzilium lékařů „*mrskejících notesy*“ bez zájmu o to, jak se paní Marianna cítí a co si myslí, ji zraňuje – byla pro ně jen „*bouškou na krámě*“. Marianin hlas: „*Vy tady každěj práskáte notesem, vy už mě chcete řezat, ale mám do toho – můžu do toho něco aspoň málo říct?*“, je pro lékaře zcela irelevantní. Po operaci Marianna onkologovi jasně řekla, co soudí o způsobu, kterým jí sdělil diagnózu. Bylo to úlevné? Předjímá tak vlastní sílu čelit necitlivé a dehumanizující lékařské mašinerii, kdyby se snad znovu ocitla v podobné situaci. Rodina ji ve chvílích, kdy to nejvíc potřebovala, příliš „nepodržela“. Paní Marianna touží po tom, aby se častěji vídala se synem a jeho rodinou. V dočasném narušení tělesného sebeobrazu po operaci doznívá Mariannina kritika lékařské péče: „*...po té samotný operaci a doma, když jsem pak byla, ani podívat na sebe ne. Říkám, Kyklop. To je středověk tohle*.“ V té době trpí nesnesitelnými pooperačními bolestmi a útěchu nenachází ani u vlastní sestry, která ji považuje za rozmazlenou: „*nejen, že jste na dně, ale...*“ I sestra ji přidržela u dna. Odmítá pomoc psychologa i psychiatra: „*...zvládnou to sama*.“ Životní tempo paní Marianny se ani po operaci nezměnilo, je jako „*vichr*“. Ten může být silný, ale též vrtkavý či kolísavý. Proto se život paní Marianny někdy vymyká kontrole – „*...nehládám nějakým... takhle, co si myslím že, životosprávu, to už se snažím... no ale marné moje snažení...*“, nebo se úzkost asociovaná se změnami projeví u paní Marianny ambivalencí: „*...všechno takový do plusu, bych to byla nakopla nejradši, no jo no ...*“. Práce v organizaci Mamma HELP paní Mariannu konsoliduje, nachází zde oporu.

## Limity

Uvedená analýza má nutně své limity, které můžeme rozdělit podle jednotlivých kroků výzkumného procesu.

### *Výzkumná otázka a vedení rozhovoru*

Problematickým bodem je to, že rozhovory měly narativní charakter (začínaly otázkou „Vyprávějte mi, prosím, příběh o životě s rakovinou prsu“) a způsob jejich vedení neodpovídal námi formulované výzkumné otázce.

Protože výzkumná otázka vychází z epistemologické pozice výzkumníka (Smith, Flowers a Larkin, 2009), v její formulaci je implicitně obsažen předpoklad o datech, také předurčuje pozici, kterou výzkumník zaujímá vzhledem k rozhovoru, ovlivňuje fokus rozhovoru i způsob vedení samotného rozhovoru. Výzkumnou otázkou se také řídíme v průběhu analýzy, kdy z ní některá témata vyloučíme, protože se k ní nevztahují (v našem případě je to např. zajímavý komentář vztahu k dětem).

Vedení rozhovoru v narativním modu se odlišuje od fenomenologicky zaměřeného rozhovoru. V perspektivě IPA by výzkumník byl aktivnější, doptával by se na to, co bylo jen naznačeno, a více by se snažil respondentku podporovat v porozumění její zkušenosti (např. otázkami typu: Jaký to mělo pro vás význam? Jak jste tomu rozuměla? Jak byste popsala...?) a více by sumarizoval a parafrázoval, o čem respondentka mluví, aby jí pomohl její zkušenost zvědomit. V rozhovoru chybí úvodní otázka, nevíme, jak bylo respondentce vysvětleno, o co půjde a jak byl rozhovor započat. Porozumění své účasti ve výzkumu je v IPA vnímáno jako jedna z podmínek úspěšného rozhovoru (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

### *Analýza*

V průběhu analýzy bylo obtížné, že jsme neměli k dispozici nahrávku rozhovoru, abychom si poslechli emoční zabarvení rozhovoru, důrazy na určitá slova a pomlky. Textu tak nemůžeme porozumět v takové míře a naše citlivost k některým pasážím textu může být snížena. Protože byl rozhovor veden v narativním modu, tvoří souvislý útvar. Pro potřeby interpretativní fenomenologické analýzy je vhodnější rozdělit text na menší významové jednotky, se kterými se nám snadněji pracuje, a v jehož kontextu analyzujeme jednotlivé výroky. Za výhodnou bychom rovněž považovali možnost ověřit si adekvátnost naší analýzy u samotné respondentky.

## Kritéria hodnocení výzkumné zprávy

V kvalitativním výzkumu se dříve či později vynoří otázka subjektivity výzkumníka, jeho analýzy a potažmo celého výzkumného procesu. S tímto rizikovým místem se lze vyrovnat díky co největší transparentnosti výzkumného procesu. Ta by měla provázet nejen analýzu dat, prezentaci výsledků, ale je i v otevřenosti vůči pohledu zvenčí. Dobrou praxi tak představuje obrátit se na zkušeného a informovaného kolegu, aby kriticky zhodnotil naši analýzu a interpretaci dat. Smith, Flowers a Larkin (2009) tvrdí, že dobrá IPA studie demonstruje citlivost k „surovému“ materiálu a vždy má značné množství přímých citací respondentů, kterými podporuje své argumenty. Tím dává respondentům hlas ve výzkumném procesu a zároveň dovoluje čtenáři, aby si sám ověřil, na základě čeho je daná interpretace provedena. Proces analýzy a interpretace také učiníme transparentním, když diskutujeme o výsledcích a interpretaci se svými respondenty (Pyett, 2003). Než ale uděláme tento krok, měli bychom zvážit, jakou formu výsledků budeme s respondenty sdílet a jaký na ně bude mít dopad, učiníme-li tak. Mohou nastat situace, kdy je tento krok spíše kontraproduktivní, např. v situaci, kdy je respondent zaskočen doslovným přepisem rozhovoru a chce jej přeformulovat.

Efektivita IPA studie by měla být posuzována ve světle toho, jakým způsobem rozšiřuje kontext tématu. Smith (2011, s. 24) na základě evaluace IPA studií definoval klíčové rysy dobrého IPA výzkumu, které tedy vychází přímo z výzkumné praxe.

- *Jasně zaměřená studie* – detailní zaměření na specifický aspekt spíše než široký průzkum. Zúžení tématu se také může vynořit až v průběhu analýzy.
- *Silná data* – kvalita dat určuje kvalitu studie. Většina studií pro sběr dat používá polostrukturovaný rozhovor, což znamená, že k získání dobrých dat je třeba dobře se dotazovat a vést rozhovor. Jestliže nemáme dobrá data, je jen obtížné na jejich základě vytvořit dobrou studii.
- *Rigoróznost studie* – předem promyšlené zaměření studie posiluje výskyt určitých témat, takže lze očekávat určitou míru jejich prevalence. Úryvky citující respondenty by měly být vybírány tak, aby ukazovaly variabilitu a reprezentativnost či koherenci a divergenci témat. Takové ilustrace dokumentují vnímavost výzkumníka vůči šířce a hloubce témat. Témata



studií s malým vzorkem (1–3) by měla být reprezentována úryvky od každého respondenta. Témata studií se vzorkem 4–8 respondentů by měla být podpořena výroky od více než poloviny respondentů. U studií s větším počtem respondentů by měli alespoň tři nebo čtyři respondenti ilustrovat dané téma a zmíněna by také měla být prevalence témat a způsob, jakým byla určena.

- *Dostatečný prostor pro každé téma* – každé téma by mělo být dostatečně propracováno. Za určitých podmínek (např. omezený počet znaků článku) je vhodnější prezentovat podrobně pouze vybraná témata vzniklá z analýzy namísto povrchního popisu všech témat.
- *Analýza je interpretativní, ne pouze deskriptivní* – pouze deskriptivní rovina interpretace simplifikuje kvalitativní analýzu (Larkin, Watts a Clifton, 2006).
- *Analýza by měla poukazovat na podobnosti i rozdíly* – klíčová jsou nejen podobná témata napříč případy, ale důležité je také zmínit jedinečný aspekt individuální zkušenosti, který dokreslí téma. Jemné zachycení podobností a rozdílů je typickým znakem dobré IPA práce.
- *Dobře napsaný článek/studie* – dobrá kvalitativní práce vždy vyžaduje, aby byla dobře napsána. Dobře propracovaný a „vyprávěný“ článek dává čtenáři pocit zapojení, jehož výsledkem je dojem, že se dozvěděl něco detailního o respondentově zkušenosti s daným fenoménem.

V kvalitativním výzkumu je hojně diskutováno téma validity (např. Hale et al., 2007). Častou praxí je, že kvalitativní výzkumy jsou hodnoceny podle kritérií validity a reliability vytvořených pro kvantitativní výzkumy. Logicky jim pak nedostačují a jsou hodnoceny jako nevyhovující (malý vzorek respondentů, nízká zobecnitelnost výsledků na populaci, subjektivita výzkumného procesu atd.). Kvalitativní výzkumníci někdy zaplní více místa v článku ospravedlňováním použité metodologie než sdělováním vlastních výsledků. Proto Smith, Flowers a Larkin (2009) navrhují, aby validita kvalitativního výzkumu byla hodnocena nezávislým auditem, který by měl k dispozici počáteční průzkum tématu, návrh výzkumu, plán výzkumného rozhovoru, jeho nahrávku, okomentovanou tematickou analýzu, seznam témat, analýzu a výsledky. Každý z kroků je posuzován již v průběhu analýzy, podobně jako to je při konzultacích se supervizorem práce. Cílem by bylo zajistit, že vyprodukovaná zpráva je dostatečně kredibilní, věrohodná. Ne

tím, že říká jedinou pravdu, ale tím, že zastává jeden z možných legitimních pohledů na daný problém, protože byla vyprodukována rigorózně a je validní. K zvýšení validity je možné použít reflexi, týmovou diskuzi a další metody triangulace (více metod sběru dat, triangulace uvnitř metody atd., viz např. Yardley, 2000).

Shinebourne (2011, s. 26) uvádí 4 kritéria validity kvalitativních výzkumů podle Yardley (2000) pro IPA studie:

- *Senzitivita ke kontextu* – v IPA se projevuje již od výběru samotného přístupu a také ve způsobu, jakým se výzkumný postup přizpůsobuje tématu. Použití IPA znamená rozhodnout se pro idiografický přístup k tématu, včetně způsobu výběru respondentů reprezentujících danou zkušenost. Senzitivita ke kontextu se v IPA projevuje i tím, že samotní respondenti jsou určitým způsobem citliví ke své individuální zkušenosti. V analytickém procesu se senzitivita ke kontextu projevuje v několika stupních, např. v pozornosti k detailům při analýze dat, úrovních interpretace atd.
- *Závazek a rigoróznost* – závazek je v IPA studiích patrný po celý výzkumný proces – od výběru vzorku, který může vyžadovat vytrvalost, než získáme „správné“ respondenty, přes to, že se zaujatě věnujeme respondentům s citlivostí a respektem, a také jako závazek, že pracujeme detailně a pečlivě na analýze. Rigoróznost v IPA odkazuje na důkladnost studie, která se projevuje např. ve výběru vzorku, kvalitě výzkumného rozhovoru a celistvosti analýzy.
- *Transparentnost* – je v IPA zahrnuta ve všech krocích výzkumného procesu – ve výběru respondentů, konstruování výzkumného rozhovoru, vedení rozhovoru, fázích analýzy, postoje výzkumníka k tématu výzkumu, interpretaci... Argumenty, které osvětlují výzkumníkovy kroky jsou koherentní. Vztahy mezi výzkumnou otázkou a filozofickou perspektivou, v jejímž rámci výzkum provádíme, a mezi použitou metodou a analýzou jsou logické. Transparentnost si lze představit v podobě imaginárního čtenáře, který by měl porozumět tomu, čemu porozuměl výzkumník. To, že čtenářovo pochopení rezonuje s výzkumníkovým, může být vnímáno jako další kritérium pro hodnocení validity kvalitativního výzkumu.
- *Dopad a užitečnost* – výzkum by měl být hodnocen ve vztahu k tématu analýzy, k využití, pro které byl proveden, a také ve vztahu ke komunitě,

pro niž budou jeho výsledky relevantní. Smith, Flowers a Larkin (2009) k tomu výstižně dodávají, že skutečná validita spočívá v tom, jestli výsledky výzkumu říkají čtenáři něco zajímavého, důležitého nebo užitečného.

### **Doporučená literatura**

Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.

První ucelený přehled o této metodě, který objasňuje teoretická východiska, ilustruje analytický proces a přináší také výzkumnou praxi v podobě několika výzkumných studií. Věnuje se současným otázkám IPA, jako je hodnocení validity, vztahu IPA k ostatním kvalitativním přístupům a možnostem rozvoje IPA.

## Metoda zakotvené teorie

*Tomáš Řiháček a Roman Hytych*

Metoda zakotvené teorie (*gounded theory method*, dále GTM) je pravděpodobně nejšíře využívaným přístupem v kvalitativním výzkumu (Bryant a Charmaz, 2007). Původně vychází z filozofické tradice pozitivismu, pragmatismu a symbolického interakcionismu. Byla formulována Glaserem a Straussem (1967) na poli sociologie, ale rozšířila se do mnoha dalších disciplín, včetně psychologie (Rennie, Phillips a Quartaro, 1988) a psychoterapie (Rennie, 1996). Díky svým pozitivistickým kořenům se ze všech přístupů ke kvalitativnímu výzkumu nejvíce blíží kvantitativnímu způsobu myšlení. Na rozdíl od jiných přístupů ale není GTM s původními filozofickými východisky tak pevně svázána a její novější varianty jsou již ovlivněny postmoderním myšlením (Clarke, 2005; Charmaz, 2006).

Podobně jako ostatní přístupy představované v této knize, ani GTM neztělesňuje jednodušou metodu, je spíše „rodinou metod“ (Bryant a Charmaz, 2007). V současné době existují minimálně tři vlivné verze této metody, reprezentované Glaserem (1978, 1992), Straussem (1987, Strauss a Corbin, 1998, česky 1999) a Charmazovou (2006, 2009), z nichž každá má svá specifika. V následujícím popisu se zaměříme na základní principy a procedury této metody, které lze považovat za společné všem zmíněným verzím.

Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování. GTM usiluje o vytváření teorií pevně zakotvených v datech (odtud její název), čímž se vymezuje proti teoriím, které jsou vytvářeny intuitivním či spekulativním způsobem (Glaser a Strauss, 1967). Nejedná se přitom pouze o metodu analýzy dat, ale o komplexní přístup, který řídí výzkumný proces od hledání výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie a její případné další rozvíjení.

V praxi často dochází k zaměňování GTM za obecnější kvalitativní postup. Badatelé se mnohdy odkazují na GTM, aby tím legitimizovali svůj intuitivní výzkumný přístup, aniž by ve skutečnosti dodržovali některé

základní principy, na nichž stojí specifčnost GTM oproti jiným přístupům. Jedním z nich je podle Hoodové (2007) princip teoretického vzorkování, který bývá někdy mylně ztotožňován s tzv. účelovým vzorkováním. Kvalitativní výzkumníci často vybírají své respondenty „účelově“, tj. na základě předem zvolených (demografických či jiných) kritérií. Podstata teoretického vzorkování však spočívá v tom, že další respondenty vybíráme až na základě konceptů a jejich dimenzí vynořujících se *v průběhu* samotné analýzy. Cílem GTM není popsat určitou předem danou skupinu lidí nebo ji porovnat s jinou předem definovanou skupinou lidí, ale vytvořit dobře saturovaný teoretický koncept s velkou explanační silou. To vyžaduje neustálé a důsledné podřizování výzkumného procesu (tj. rozšiřování vzorku, tvorby dat a zaměření analýzy) vynořující se teorii.

Přestože se GTM v některých aspektech podobá tematické analýze (viz např. Braun a Clarke, 2006), nelze tyto přístupy zaměňovat. Zatímco produktem tematické analýzy je obvykle seznam a popis několika témat, GTM jde „dál“ – nezůstává na deskriptivní, obsahové rovině, jejím cílem není primárně klasifikace (kategorizace), ale zachycení a teoretické uchopení základního procesu či jevu, který v datech nemusí být zpočátku zjevný. Produktem GTM je teorie (nebo, budeme-li skromnější, pracovní model), který je obvykle organizován okolo jednoho ústředního konceptu.

V praxi je samozřejmě zcela legitimní využít ve výzkumném projektu pouze některé aspekty GTM. Podobně jako v případě této knihy jsou někdy výzkumníci postaveni do situace, kdy mají analyzovat již jednou vytvořená, existující data. Nemohou pak využít potenciál teoretického vzorkování a často ani nemohou dostát požadavku teoretické nasycenosti. Nebo se z nějakého důvodu rozhodnou využít pouze první fázi GTM (tzv. otevřené kódování). V takovém případě je ale nutné explicitně na tuto skutečnost upozornit a popsat, které aspekty GTM byly realizovány, případně v čem (a také z jakého důvodu) se skutečný postup odchyluje od obvyklých procedur GTM.

### **Výzkumná otázka**

Úkolem výzkumné otázky v zakotvené teorii je především identifikovat zkoumaný jev. Otázkou vyjadřujeme, na co přesně se chceme zaměřit a co chceme o daném jevu vědět (Strauss a Corbin, 1999). Otázka vymezuje centrum našeho zájmu (co nás zajímá nejvíce) a také jeho hranice (co všechno

ještě chceme brát v potaz a co již ne). Neměla by být příliš široká, protože pak by vedla ke ztrátě fokusu a k povrchním, nepropracovaným výsledkům. Je obvyklé, že na počátku výzkumného procesu – tedy ve chvíli, kdy o zkoumané oblasti ještě mnoho nevíme – formulujeme otázku spíše široce a otevřeně. Postupně ovšem otázku zužujeme a zpřesňujeme – spolu s tím, jak vzrůstá naše porozumění zkoumanému jevu, jak identifikujeme klíčové kategorie a stále více na ně zaměřujeme pozornost.<sup>5</sup>

Při použití GTM se výzkumná otázka často zaměřuje na nějaký proces, dění či průběh nějakého jevu s cílem popsat zákonitosti tohoto dění (např. sekvenci fází, podmínky, za nichž jev nastává, varianty průběhu apod.). Lze říci, že zakotvená teorie má mezi ostatními kvalitativními přístupy nejlepší předpoklady k tomu, aby teoreticky zachycovala právě zákonitosti procesů. Jak ovšem upozorňuje Glaser (1992), ne každý sociální jev musí nutně mít procesuální povahu a mohlo by být chybou procesuální (nebo jakýkoli jiný, výzkumníkem předpokládaný) charakter datům vnucovat.

Glaser (1992) razil inspirativní myšlenku, že výzkumnou otázku by neměl výzkumník formulovat „od zeleného stolu“, jen na základě vlastní úvahy, ale měl by ji vytvářet v přímém kontaktu s „terénem“. Výzkumník, který se chce zabývat ženami s rakovinou prsu, by se tedy měl ještě dříve, než zformuluje svou výzkumnou otázku, s takovými ženami (nebo s lékaři, kteří je ošetřují) setkat, mluvit s nimi, dozvědět se něco o tom, co je trápí a jaké problémy řeší. Bude-li takto postupovat, jeho výzkum bude s velkou pravděpodobností oslovovat „skutečné“ problémy, bude pro participanty zajímavý a bude mít šanci přinést prakticky užitečná zjištění.

Vzhledem k tomu, že kvalitativní analýza bývá velmi náročná na čas i úsilí, které je nutno vynaložit, vyplatí se zvolit si ke zkoumání takovou oblast, která nás osobně zajímá a udrží si náš zájem i přes chvíle bezradnosti a vyčerpání, které se při tomto způsobu zkoumání nevyhnutelně dostaví.

### **Postup analýzy**

Výzkumný postup při použití GTM shrnuje diagram (viz Obrázek 3.1). Diagram má podobu vnořených kruhů; toto znázornění jsme zvolili proto, abychom podtrhli nelineární povahu analýzy podle GTM (i v kvalitativním

---

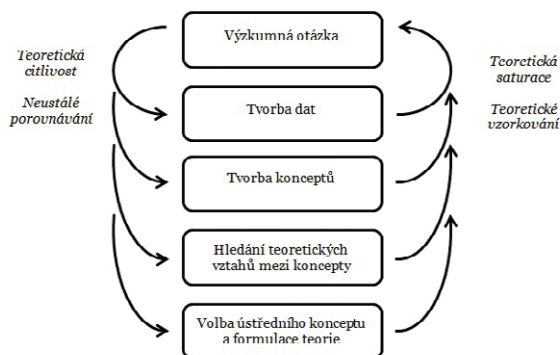
5 Viz níže uvedená ukázka analýzy, kde jsme původní širokou otázku „Jak probíhá proces zvládání onemocnění rakovinou prsu?“ posléze zúžili pouze na komunikaci se zdravotníky jako na jeden z klíčových faktorů, který toto zvládání ovlivňuje

výzkumu obecně). Přestože níže z didaktických důvodů představíme proces analýzy jako sled oddělených kroků, grafickým znázorněním chceme zdůraznit, že ve skutečnosti se jednotlivé fáze mohou překrývat, často se vracíme do předchozích fází, abychom doplnili data či hledali nové kategorie v již zanalyzovaném textu. V určitém smyslu tento proces nikdy není zcela u konce, neboť vždy se mohou vynořovat další kategorie, detaily, které obohacují naši již vypracovanou teorii, a nové případy, které nás nutí ji rozšířit či přepracovat. Jsme to nakonec my, výzkumníci, kdo v určité chvíli začneme celý proces analýzy uzavírat a formulovat do výsledného tvaru.

Výzkumnou otázkou jsme se zabývali v předchozí části. Procesem tvorby dat, který tvoří podstatnou součást úspěšného výzkumného projektu a vyžaduje na straně výzkumníka řadu dovedností, se vzhledem k zaměření této publikace nebudeme blíže zabývat (k dalšímu studiu doporučujeme literaturu uvedenou na konci kapitoly). Můžeme na tomto místě zmínit pouze to, že nejčastějšími zdroji dat jsou v případě GTM polostrukturovaný rozhovor, případně pozorování. Jako další zdroje dat nám ale často slouží také nejrůznější dokumenty a produkty činnosti, zvláště mají-li charakter textu (např. deníky, novinové články, historické dokumenty a další texty).

Samotnou analýzu můžeme pro přehlednost rozdělit do tří fází. Protože terminologie se v různých zdrojích mírně liší a stejné termíny nabývají u různých autorů poněkud odlišného významu, rozhodli jsme se přidržet se vlastního obecnějšího pojmenování: 1) tvorba konceptů, 2) hledání teoretických vztahů mezi koncepty a 3) volba ústředního konceptu a formulace teorie.

**Obrázek 3.1 Schéma výzkumného procesu u metody zakotvené teorie**



### 1) tvorba konceptů

Pro tuto fázi se vžilo označení **otevřené kódování**. Jejím cílem je konceptualizovat naše data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů. Vytváříme pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi.

Prvním krokem je nalezení tzv. **významových jednotek** (Rennie et al., 1988; viz též Miovský, 2006), tj. úseků v analyzovaném textu nesoucích informaci ve vztahu k výzkumné otázce. Každou významovou jednotku vyznačíme v textu a poté stručně pojmenujeme (podle vžitě terminologie „okódujeme“). Kód by měl výstižně shrnovat podstatu významové jednotky tak, jak jí jako výzkumníci v danou chvíli rozumíme. Obvykle volíme nepřiliš dlouhé (jednoslovné či několikaslovné) pojmenování – kód slouží jako „rukojeť“ (Charmaz, 2006), za níž můžeme nalezenou významovou jednotku „uchopit“ a „manipulovat“ s ní (třídít, porovnávat, slučovat s jinými kódy či rozdělovat). Pro vytvoření kódu můžeme využít své vlastní pojmenování, nebo si vypůjčit slova samotných participantů (to se někdy označuje jako „in vivo“ kód), případně převzít již existující vědecký koncept – výhody a nevýhody jednotlivých způsobů rozvádějí Strauss a Corbinová (1999). Rennie a Fergus (2006) doporučují výzkumníkům spolehnout se při hledání vhodného pojmenování na tělesně zakotvený prožitek korespondence mezi pojmenováním a označovaným jevem. Naše tělesně zakotvené prožívání, imaginace a asociace nám pomáhají produkovat významově bohaté a snadno zapamatovatelné názvy pro vynořující se koncepty. Tělesně rezonující prožitek „opravdu to sedí“ pak může být dobrým testem, zda je pojmenování odpovídající a dostatečně výstižné. Rennie a Fergus tento způsob pojmenovávají jako tzv. ztělesněné kategorizování (*embodied categorizing*).

Při analýze rozsáhlejších textů může takových kódů vzniknout i značné množství; obvykle je poté na základě podobnosti spojujeme do obecnějších a propracovanějších konceptů<sup>6</sup>. Seznam jednotlivých kódů (respektive

---

6 Literatura o GTM používá slova „kód“, „termín“, „koncept“ či „kategorie“ způsobem, který může být pro začínajícího výzkumníka matoucí. V našem textu rozumíme slovům „kód“ a „termín“ jako slovnímu označení, tedy názvu jednotlivých konceptů či kategorií. Koncept má ovšem kromě názvu také obsah, který lze vyjádřit jeho definicí a který shr-



rodících se konceptů) je však pouze počátečním krokem. Následuje zpracovávání těchto konceptů po obsahové stránce: každý z našich konceptů bychom měli být schopni nějak definovat, popsat pomocí jeho klíčových vlastností a dimenzí. Zatímco **vlastnosti** zachycují to, co mají všechny prvky náležející k dané kategorii společné, **dimenze** vyjadřují jejich vnitřní variabilitu: jednou z vlastností empatizující komunikace lékaře s pacientkou je např. to, že lékař umožňuje pacientce podílet se na rozhodování o léčbě; jednou z dimenzí vyjadřujících vnitřní variabilitu komunikace lékaře s pacientkou je např. míra ne/respektu k psychologickým potřebám pacientky. Ke každému konceptu by v naší analýze měl vzniknout přinejmenším jeden odstavec textu. U konceptů, které se nejtěsněji vztahují ke zkoumanému jevu, pak i několik odstavců či stran. Čím více toho dokážeme o určitém konceptu říci, tím centrálnější místo pravděpodobně bude v naší analýze zaujímat.

Název „otevřené kódování“ vyjadřuje nastavení výzkumníka, který je v této fázi analýzy otevřen objevování nových významových jednotek a utváření dalších konceptů. Kdyby takto pokračoval stále dál, mohl by seznam konceptů rozšiřovat donekonečna. To však není žádoucí hned ze dvou důvodů: jednak je výzkumník omezen svými časovými a finančními možnostmi a jednak k tvorbě teorie nepotřebuje záplavu konceptů – potřebuje najít jen ty nejvíce relevantní. Proto je zapotřebí, aby se od určité chvíle, kdy díky analýze získá větší porozumění zkoumanému fenoménu, začal více zaměřovat na ty koncepty, které nejlépe odpovídají na (stále se zpřesňující) výzkumnou otázku. V této fázi již obvykle nedochází k tvorbě nových konceptů. Výzkumník vytváří další data s větším zacílením a soustředí se v nich na rozvíjení vlastností a dimenzí již existujících konceptů.

---

nuje podstatné vlastnosti konkrétních jevů, jež tento koncept zahrnuje. Slova „koncept“ a „kategorie“ chápeme pro praktické účely analýzy jako synonyma, byť každé z nich ukazuje na jiný aspekt daného mentálního obsahu. Každá kategorie je zároveň konceptem, protože je definována pomocí určitých vlastností. A naopak, každý koncept je zároveň kategorií, protože umožňuje třídit jevy. Např. empatizující a zvětčující přístup ke komunikaci (viz níže uvedená ukázka analýzy) jsou koncepty, protože je můžeme definovat pomocí několika klíčových vlastností, které vyjadřují jejich podstatu, a jsou zároveň kategoriemi, protože nám umožňují třídit jednotlivé komunikační epizody do dvou skupin. Více k tomuto problému viz např. Černý a Holeš (2004) nebo Urbánek (2003). Protože jsme v tomto textu chtěli zdůraznit konceptuální obsah před tříděním, rozhodli jsme se preferovat označení „koncept“ namísto častěji užívaného „kategorie“.

Z otevřeného se tak postupně stále více stává **zaměřené** (Charmaz, 2006) či **selektivní** (Glaser, 1978) **kódování**. Nežádá to ovšem, že jednou vytvořené koncepty se stávají nedotknutelnými. Nežádá to ovšem, že výzkumník na základě nových dat či opakované analýzy přehodnocuje své koncepty a někdy je i zásadním způsobem přetváří.

Při práci s významovými jednotkami a koncepty ustavičně dochází k systematickému porovnávání (např.: „Vyjadřuje tato významová jednotka stejnou základní myšlenku jako ta předchozí? Mohu ji zahrnout pod stejnou kategorii, nebo je potřeba vytvořit novou? Pomůže mi tato nová významová jednotka nějak rozvinout vlastnosti stávajícího konceptu? V čem se liší tyto dva případy, které jsem zahrnul pod stejnou kategorii? Mohu z jejich rozdílu odvodit nějakou užitečnou dimenzi? Porovnám-li navzájem tyto dvě protikladné kategorie, pomůže mi to lépe definovat jejich vlastnosti?“). Proto se jádro GTM někdy označuje také jako **metoda neustálého porovnávání** (*constant comparison method*, viz Glaser a Strauss, 1967).

Nejen pro tuto fázi, ale pro celou analýzu platí imperativ bezprostředně písemně zaznamenávat všechny analytické poznámky i volnější postřehy a otázky, které se při analýze vynořují. Význam pečlivého vedení těchto poznámek, které jsou v tradiční terminologii GTM nazývány „**memos**“, nelze docenit. Samotnou analýzu, stejně jako organizaci „**memos**“, nám může usnadnit speciální software, např. Atlas.ti (Konopásek, 2008). Stejně tak lze analýzu provádět i ručně či s pomocí běžného textového editoru.

## 2) *hledání teoretických vztahů mezi koncepty*

Podstatou teorie není jen definování osamocených konceptů, ale především definování vztahů mezi nimi. Výzkumník si pravděpodobně již v první fázi analýzy začal všimnout, jak spolu jednotlivé koncepty souvisejí, a udělal si o tom řadu poznámek. Nyní se však potřebuje zaměřit právě na tyto souvislosti. Vztahy mezi kategoriemi mohou nabývat řady podob: koncept A může být podkategorií konceptu B, koncept A se může jevit jako příčina konceptu B; může být jeho následkem; může být umožňující podmínkou, za níž B nastává (aniž by byl přímou příčinou); A a B mohou být ve vztahu prostředek–cíl; A a B mohou být fázemi určitého procesu nebo mohou být z jiného důvodu součástí temporální sekvence; A, B a C mohou spolu vytvářet typologii jednání, jehož volba závisí na podmínce D apod. Stejně jako při tvorbě samotných kategorií, také při analýze jejich vztahů musíme

vycházet z dat; nemůžeme kategorie propojovat pouze na základě své úvahy a „selského rozumu“.

Zatímco Glaser (1978) nazývá tuto fázi **teoretickým kódováním**, Strauss a Corbinová (1999) mluví o tzv. **axiálním kódování** a chápou ji v některých ohledech odlišně. V obou případech však platí, že odbudeme-li tuto fázi analýzy, získáme pouze chudou teorii. Není dostačující pouze konstatovat, že „koncepty A a B spolu souvisejí“, je potřeba jejich vztah podrobněji specifikovat (příklad viz Rámeček 3.14).

Ani v této fázi obvykle nekončí tvorba dat, mění se však její podoba. Zatímco v první fázi „mapujeme terén“ a respondenty vyhledáváme spíše podle dostupnosti a předpokládané „výtežnosti“ („Od koho se nejvíce dozvím o fungování...?“), nyní již tvorba vzorku i dat vychází z hlavních konceptů a jejich dimenzí. Cíleně vyhledáváme respondenty, kteří reprezentují různé varianty zkoumaného jevu a jejichž data vyplňují „prázdná místa“ na naší stále podrobnější „mapě“. Tento způsob tvorby vzorku bývá obvykle označován jako **teoretické vzorkování** (*theoretical sampling*). Během naší analýzy jsme si například uvědomili, že všem třem respondentkám je společná značná míra aktérství (v naší analýze jsme používali kód „sebeprosazení“) – respondentky se nebály ozvat se, když jim chování lékaře nevyhovovalo, dávaly najevo své psychologické potřeby a aktivně vstupovaly do procesu léčby – a možná proto se také aktivně přihlásily k účasti na výzkumu. Pokud bychom mohli vzorek rozšířit, snažili bychom se zahrnout také ženy, které na necitlivý přístup lékaře reagovaly méně stenickým způsobem.

Pro GTM je typické, že k rozšiřování vzorku a tvorbě dat dochází průběžně během celého výzkumného procesu. Tím, že se snažíme zachytit variabilitu konceptů a vztahů mezi nimi, sytíme vznikající teorii. Proces končí v okamžiku, kdy nová data přestávají z analytického hlediska přinášet nové informace. V tu chvíli můžeme mluvit o tom, že jsme dosáhli **teoretické nasycenosti** (*theoretical saturation*). Tu je ovšem vždy nutno posuzovat ve vztahu k tvorbě vzorku. Pokud jsme při výběru respondentů nezískali participanty reprezentující odlišné varianty jevu, bude se naše teorie jevit jako satureovaná, aniž by to odpovídalo skutečnosti.

### ***3) volba ústředního konceptu a formulace teorie***

Až doposud se výzkumník mohl soustředit na dílčí koncepty a vztahy, teď však potřebuje přenést svou pozornost k celku a začít formulovat výslednou

podobu teorie. Prvním krokem je volba centrálního konceptu, kolem něhož bude celá teorie organizována. To je důležité z toho důvodu, aby teorie dobře „držela pohromadě“ a byla dobře zacílená. Teorie (ve skutečnosti často spíše „pracovní modely“) vytvořené pomocí GTM řeší jasně specifikovaný problém a jsou svázány s úzce vymezenou předmětnou oblastí (byť mohou být následnými výzkumy rozvinuty do podoby formální teorie, viz Glaser a Strauss, 1967).

**Ústřední koncept** se stává „hlavním tématem“ naší analýzy, často se vyskytuje v datech, snadno a smysluplně jej propojujeme s ostatními koncepty (má nejvíce propojení s ostatními koncepty), je analyticky nejbohatší a jeho saturace trvá déle než u jiných konceptů. Ústřední koncept je dimenzí samotného problému a nejlépe ze všech konceptů jej vysvětluje (Glaser, 1978). Glaser nás dokonce varuje, že explanační síla dobrého centrálního konceptu je taková, že máme tendenci jej vidět za všemi vztahy, i když pro to nenacházíme zakotvení v datech.

Jak jsme naznačili již v úvodu, GTM nezůstává na deskriptivní rovině, ale usiluje o zachycení nějakého základního procesu či jevu, který nemusí být v datech zpočátku zjevný. V našem případě se ústředním konceptem celé analýzy stal koncept „získávání kontroly nad nemocí“ – přestože vznikl až na „vyšších“ úrovních analýzy a nemusí být v původních datech prvoplánově viditelný, je přítomný „za“ všemi dílčími koncepty a spojuje je do koherentního modelu.

Volba ústředního konceptu může přímo vyplývat z dosavadní analýzy, ale někdy výzkumník stojí před rozhodnutím, který z několika nabízejících se konceptů zvolit. V takovém případě je nutné odolat pokušení zahrnout do výsledné teorie několik centrálních kategorií – taková teorie by ztrácela na hutnosti a integrovanosti (Glaser, 1978; Strauss a Corbin, 1999). V jedné studii můžeme smysluplně propracovat pouze jeden centrální koncept se všemi jeho vztahy.

Ústřední koncept poté propojujeme a integrujeme s ostatními koncepty do výsledné teorie, a to tak, aby tato teorie co nejlépe a nejvýstižněji odpovídala na výzkumnou otázku, ale také tak, aby nezahrnovala více konceptů, než je nezbytné (Glaser a Strauss, 1967). Protože v této fázi již pracujeme velmi výběrově, používají pro ni Strauss a Corbinová (1999) název **selektivní kódování**<sup>7</sup>.

---

7 Je patrné, že význam tohoto se pojmu se poněkud liší od výše zmíněného Glaserova pojetí – podrobněji viz Glaser (1992).

## Prezentace výsledků

Výslednou teorii či model obvykle prezentujeme v textové i grafické formě. Pokud jde o textovou podobu, pomůže, připravíme-li si **narativní kosturu** (Strauss a Corbin, 1999) naší teorie. To znamená, že nejprve v několika větách vyložíme základní myšlenky naší teorie a uspořádáme je do narativní podoby (výsledky naší analýzy nesmí být jen výčtem konceptů, ale musí tvořit smysluplný příběh). Tuto kostru můžeme využít jako stručný úvod k výsledkům a zároveň se jí držíme při následné prezentaci. Prezentace teorie musí být pro čtenáře srozumitelná sama o sobě, tj. i bez znalosti procesu analýzy.

Grafická forma výsledků je velmi užitečným doplňkem textové prezentace. Umožňuje nám v jednom diagramu vyjádřit podstatu celé teorie. Obvykle tvoří pouze doprovod textového zpracování, v některých případech (jako je např. konferenční poster) však může být hlavním prostředkem prezentace teorie a potom na jeho zpracování velmi záleží. Protože názvy kategorií samy o sobě mnohdy nejsou dost „výřečné“ na to, aby sdělily vše potřebné k pochopení modelu, můžeme použít „dvouúrovňový“ diagram, kdy výrazným písmem uvedeme názvy kategorií a drobným písmem heslovitě potom jejich klíčové vlastnosti a vztahy. Zahrnuje-li teorie větší množství konceptů, není nezbytně nutné, aby schéma obsahovalo všechny – diagram má být především přehledný. Hledání konkrétní grafické formy je vždy kreativní proces, jedinečný pro každou analýzu.

## Ukázka analýzy

V následující části představíme modelovou analýzu tří rozhovorů. Pro přehlednost členíme text na řadu oddílů, které respektují výše uvedené teoretické fáze analýzy, ale zároveň reflektují jedinečnou povahu tohoto konkrétního výzkumu.

Podrobně popisují celou řadu praktických kroků, včetně „slepých uliček“ a rozvažování, kterými jsme během analýzy procházeli. Každý kvalitativní výzkumný projekt je v tomto směru jedinečný a výzkumník vždy stojí před úkolem najít smysluplný a kontrolovaný způsob analýzy, odpovídající jeho výzkumnému problému a charakteru dat.

### *a) formulace výzkumné otázky*

Abychom mohli položit výzkumnou otázku relevantní k předloženým datům, provedli jsme nejprve hrubou tematickou analýzu<sup>8</sup> prvního rozhovoru. Jednotlivé tematické okruhy se týkaly především rodinného zázemí a vztahového prostředí respondentky, procesu léčby a zvládnání nemoci, hledání příčiny a smyslu nemoci, komunikace se zdravotníky, ale také pocitu vlastní užitečnosti a dalších, z hlediska rozsahu okrajových, témat. Po této zběžné analýze jsme se rozhodli formulovat procesuálně zaměřenou výzkumnou otázku: **Jak probíhá proces zvládnání onemocnění rakovinou prsu?** Zvažovali jsme také další varianty: Co podporuje zvládnání nemoci při onemocnění rakovinou prsu? Jakým způsobem ovlivňuje vztahové prostředí proces zvládnání rakoviny prsu? I tyto otázky by byly z hlediska GTM relevantní. Zvolili jsme však první z otázek, protože má nejširší záběr a my jsme se chtěli o případném zúžení rozhodnout až na základě průběžných výsledků analýzy.

### *b) otevřené kódování prvního rozhovoru*

Následně jsme provedli podrobné otevřené kódování celého rozhovoru s Hannelore. Na níže uvedeném příkladu (viz Rámeček 3.9) ukazujeme, jakým způsobem jsme identifikovali významové jednotky a začali na jejich základě vytvářet koncepty. Kódy se zatím pohybují na velmi konkrétní rovině, protože naším cílem v této fázi bylo zůstat co nejbližší datům. V duchu otevřeného kódování přistupujeme ke všem jevům (a z nich vycházejícím konceptům) jako k potenciálně stejně důležitým a okruh konceptů předem neomezujeme. Tato otevřenost může způsobit, že naše představa o tom, co vlastně zkoumáme, se bude postupně proměňovat a může vyústit i do nové výzkumné otázky.

### **Rámeček 3.9 Ukázka otevřeného kódování prvního rozhovoru**

<p>No takže – taky první bylo, když lékař mi sdělil tu diagnózu, to bylo pro mne docela dost hrozný, protože já měla ten nádor opravdu hrozně velikej, on díky tý imunologický léčbě mně hrozně vyrost a bylo, nikdo mi to nepotvrdil (s povzdechem), ale zřejmě to bylo trošičku vyvolaný tou – dlouhodobým užíváním hormonální substituce, protože brát dýl než 5–8 let a já ji brala 11 let</p>	<p><b>A: hledání příčiny/vysvětlení</b> Hannelore na základě svých znalostí přisuzuje příčinu onkologického onemocnění delšímu užívání hormonální substituce, než je doporučováno, a to přestože pravidelné kontroly byly negativní. Potřeba vysvětlení (nalezení příčiny) je zřejmě tak silná, že se Hannelore drží tohoto vysvětlení i navzdory tomu, že jí to lékaři nepotvrdili.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8 Zde nemáme na mysli tematickou analýzu ve smyslu samostatné metody (viz např. Braun a Clarke, 2006), ale prvotní seznámení se s daty a pojmenování tematických okruhů.

(A). Asi to bylo zřejmě z toho. A asi nikdo mi neudělal ani nějaký vyšetření na hormonální hladinu, prostě tak asi (pousmání) bylo to tímhle tím způsobem.

Ten nádor byl hrozně velkej a ten lékař, ke kterému jsem přišla, tak mi prostě řekl diagnózu, že teda to vypadá na operaci a že teda abych počítala spíš s ablací, že ten to je strašně velký (B) a že by mi teda nejdřív nabídnul zmenšovací chemoterapii a já jsem prostě – když řekl slovo chemoterapie, tak to bylo pro mne tak jako, tak strašný (C), a on docela byl – asi mě odhad dobře, protože na mne docela tak zhurta: „Co blázníte, jako, chemoterapie – já jsem ji před čtyřma rokama sám jako absolvoval, a tak – jsem tady a to bude dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy“.

(D) Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není vůbec důležitý, já se bála tohohle“, protože fakt i rok před tou nemocí mi umřela kamarádka – jako na rakovinu plic. Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky to bylo, rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. Jakoukoliv tu nemoc. (E)

Zřejmě odkazuje k silné potřebě nemocné ženy rozumět tomu, proč onemocněla a jaký smysl nemoc v jejím životě má. Hormonální substituce plní v tomto případě tuto funkci vysvětlení.

V tomto případě má vysvětlení charakter porušení nějakého pravidla/doporučení. Je možné, že v pozadí operuje základní tendence chápat nemoc jako trest za porušení pravidel?

**B: „počítejte s ablací“ (prognóza)**

Nádor je velký, lékař proto připravuje Hannelore na pravděpodobnou nutnost ablace prsu. Pomáhá jí tím utvářet kognitivní mapu procesu léčby – Hannelore má představu, co ji čeká.

**C: strach z chemoterapie?**

**D: lékař podporuje Hannelore v chemoterapii**

Lékař reagoval na emoční stav Hannelore a zdá se, že to mělo podpurný efekt. Také s Hannelore sdílel svou vlastní zkušenost s podobným onemocněním a i tím ji podpořil.

**E: význam spojovaný s rakovinou**

Rakovina pro Hannelore a její rodinu znamená „smrt“. Hannelore tím vysvětluje, proč se kolem ní rodina tak semkla a začala se o ni starat.

Význam rakoviny se u Hannelore v průběhu vyrovnávání se s nemocí měnil, zpětně hodnotí Hannelore nemoc jako přínos (viz jiná místa v rozhovoru, kód *zisky z onemocnění*). Proměňování významu onemocnění je možná „červenou nití“ procesu vyrovnávání se s onemocněním.

**Poznámka:** V levém sloupci je uveden doslovný přepis dvou odstavců rozhovoru a písmeny A až E jsou označeny jednotlivé významové jednotky (přímo při analýze je užitečné vyznačovat významové jednotky podtržením nebo zvýrazněním, zde z praktických důvodů volíme pouze označení konce významové jednotky). V pravém sloupci jsou uvedeny pracovní názvy kódů a analytické poznámky. Je důležité si tyto poznámky ihned zaznamenávat, protože právě ony jsou tím, co posouvá analýzu kupředu.

Analýzou celého rozhovoru jsme tímto způsobem vytvořili více než padesát kódů/konceptů. U některých byly analytické poznámky („memos“) propracovanější, u jiných chudší, v závislosti na výtěžnosti dat. Pro větší přehlednost jsme tyto koncepty (přesnější by bylo zatím mluvit o „zárodcích konceptů“) rozdělili do několika obecnějších kategorií (viz Rámeček 3.10). Uváděním konceptů do hierarchických vztahů již začínáme pozvolna opouštět rámec otevřeného kódování a přesouváme se do rámce selektivního kódování (viz Postup analýzy).

### Rámeček 3.10 Seznam konceptů a obecnějších kategorií jako výsledek prvního kódování

<p><b>Přicházející informace o onemocnění</b>          Fenomenologická perspektiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neobvyklé tělesné pocity</li> <li>• první podezření</li> <li>• první nález (mamograf)</li> <li>• potvrzení nálezu (biopsie)</li> <li>• prognóza („počítejte s ablací“)</li> <li>• metastáze („druhá rána“)</li> </ul> <p>„Objektivní“ informace o nádoru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• druh</li> <li>• velikost</li> <li>• lokace</li> <li>• prognóza</li> </ul> <p><b>Způsoby zvládnání</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktivní příprava na operaci</li> <li>• aktivní přístup k životu (nezdolnost?)</li> <li>• vnímavost ke svým potřebám, chránění vlastních hranic</li> <li>• sdílení (odlehčení závažnosti)</li> <li>• stažení se ze světa</li> <li>• pozitivní naladění</li> <li>• předávání vlastní zkušenosti s nemocí</li> <li>• sebetranscendence (potřeba sebeuplatnění, smysluplná činnost)</li> <li>• volba nemocnice podle přístupu lékaře</li> <li>• vyrovnávání se s možností blízké smrti</li> <li>• přijetí skutečnosti („mohu umřít“)</li> </ul>	<p><b>Vztahové prostředí</b> (vztahová podpora, reakce okolí)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dobrá parta stejně nemocných</li> <li>• nemusí skrývat následky nemoci</li> <li>• nová přátelství</li> <li>• obava z kolektivu</li> <li>• osamění</li> <li>• podpora a péče rodiny</li> <li>• podpora kamarádky</li> <li>• podpora léčitelky</li> <li>• ztráta partnerského vztahu</li> </ul> <p>Dimenze: podpora ze vztahů vs. vyhýbání se vztahům</p> <p><b>Komunikace s lékařem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sdělování diagnózy/prognózy</li> <li>• potvrzování diagnózy</li> <li>• informování o léčbě (kognitivní mapa léčby)</li> <li>• pacientka dává lékaři zpětnou vazbu na jeho přístup</li> </ul> <p>Dimenze: podporující vs. necitlivá komunikace</p> <p><b>Proces léčby</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chemoterapie</li> <li>• operace</li> <li>• ozařování</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



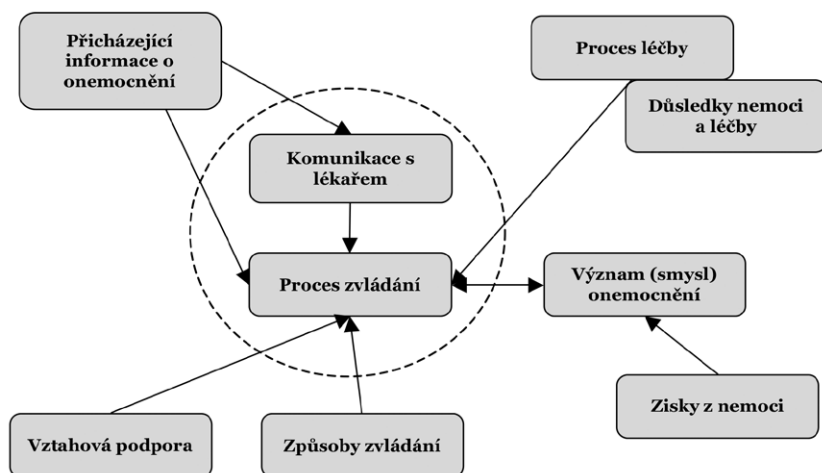
<ul style="list-style-type: none"> <li>vysvětlení (hledání příčiny, hledání viníka, hledání smyslu)</li> <li>představa kontinuity života i po smrti</li> <li>reintegrace (hledání zaměstnání, snaha vrátit se k normálnímu životu)</li> </ul> <p><b>Fáze procesu zvládnání</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zhroucení (šok)</li> <li>strach z chemoterapie</li> <li>obavy</li> <li>snadnější přijetí</li> <li>euforie z uzdravení</li> </ul> <p><b>Význam (smysl) onemocnění</b> (sociální reprezentace rakoviny)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>smrt jako společný úděl</li> <li>vědomí vlastních limitů</li> <li>význam spojovaný s rakovinou</li> <li>zisky z nemoci (zpětně vnímané)</li> </ul>	<p><b>Důsledky nemoci a léčby</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pooperační stav</li> <li>úbytek sil</li> <li>invalidní důchod</li> <li>ablace prsu (dimenze: částečná vs. úplná)</li> <li>osvojení si lékařského jazyka</li> <li>rozlišování zdravotnických institucí</li> </ul> <p><b>Okolnosti vzniku onemocnění</b> (Objevují se jako atribuování příčin nebo jako popis významných událostí předcházejících onemocnění.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>imunologické potíže</li> <li>únnavový syndrom</li> <li>velké pracovní nasazení (vypětí)</li> <li>osamění</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Abychom lépe porozuměli jejich vztahům, načrtli jsme si schéma vyjadřující propojení těchto kategorií (viz Obrázek 3.1). Tím jsme si vytvořili jakousi mentální mapu analyzovaného jevu. Podíváme-li se blíže na charakter výše zmíněných obecnějších kategorií, zjistíme, že se jedná o velmi obecné pojmy, které samy o sobě nepřinášejí k tématu nic nového. Pouze poněkud zpřehledňují naše chápání zkoumaného jevu. Schéma naznačuje i vztahy mezi kategoriemi (a v tomto smyslu obsahuje i náznak teoretického/axiálního kódování). Vztahy, kterých je načrtnuto mnoho, zůstávají však nepropracované a nedostatečně zakotvené v datech. Model bychom asi stěží označili za „přinášející nové vhledy“ či „inspirativní pro praxi“ a neobstál by ani před dalšími hodnotícími kritérii uvedenými v podkap. Kritéria hodnocení výzkumné zprávy. Bylo by chybou ukončit analýzu v této fázi a označit takový produkt za finální výsledek.

Clarke (2005, 2009) doporučuje vytvářet si podobná schémata (v jejím pojetí tzv. situační mapy), která umožňují zachytit komplexnost zkoumaného fenoménu a jeho souvislosti a která vedou výzkumníka k promýšlení vztahů mezi jednotlivými koncepty. Své místo mohou mít již při vytváření designu výzkumu, protože pomáhají plánovat tvorbu dat. Je ovšem nutné mít na zřeteli rozdíl mezi mapami, které vytváříme jako určitý druh mentálního

cvičení, abychom si uspořádali myšlenky, a zakotvenými teoretickými vztahy, které generujeme krok za krokem na základě podrobné analýzy (viz podkap. Postup analýzy).

**Obrázek 3.2** Mapa konceptů vycházející z první analýzy (přerušovaný kruh vyznačuje zúžení ohniska analýzy na vztah těchto dvou kategorií)



### c) zúžení výzkumné otázky

Abychom mohli s analýzou pokročit dále, bylo nutné se zaměřit pouze na určitý výsek této „sítě“. Ostatní koncepty nezůstanou zapomenuty, budou dál tvořit kontext analýzy a mohou se ukázat jako důležité při vysvětlování ústředního jevu, avšak nebudou v centru našeho zájmu. Jako možné směry další analýzy se nám jevily především tyto tři možnosti: (a) zaměřit se na komunikaci respondentek se zdravotníky; (b) zkoumat vliv blízkých vztahů (vztahového kontextu) na zvládání onemocnění; (c) více se zaměřit na fáze procesu zvládání onemocnění a hledat jejich propojení se způsoby zvládání. Po zběžném seznámení se s obsahem dalších dvou rozhovorů jsme se rozhodli pro první možnost, protože tento aspekt byl výrazně zastoupen ve všech třech rozhovorech (Hannelore i Marianna jej zmiňují několikrát spontánně, Inka o něm mluví v odpovědi na otázku, co jí nejvíce pomohlo) a zdá se tedy, že jde z hlediska zvládání nemoci o zásadní téma. Formulovali jsme tedy specifičtější výzkumnou otázku: **Jak komunikace se zdravotníky ovlivňuje zvládání onemocnění rakovinou prsu?**

Abychom mohli naši analýzu lépe zacílit a propracovat, museli jsme se tedy vědomě vzdát snahy zahrnout do ní „všechno“. Nedokáže-li výzkumník tento krok udělat, skončí obvykle s povrchními a příliš obecnými výsledky, podobnými těm znázorněným na Obrázku 3.1.

#### *d) analýza zúžená na komunikaci se zdravotníky*

Pro další analýzu jsme z rozhovorů vybrali pouze ty pasáže, v nichž respondenty popisovaly své zkušenosti s komunikací se zdravotnickými pracovníky (jednalo se o cca 53% textu – i toto číslo dokazuje, o jak významné téma se jedná). Provedli jsme novou analýzu, a to včetně již analyzovaných pasáží z prvního rozhovoru. Vzhledem k zúženému, konkrétnějšímu zaměření analýzy jsme i v prvním rozhovoru objevovali nové koncepty, což jen ilustruje, jak důležitou roli výzkumná otázka při analýze hraje. Pro názornost nyní uvedeme stejný úsek rozhovoru, na němž jsme demonstrovali první analýzu (viz Rámeček 3.11).

### **Rámeček 3.11 Reanalýza části prvního rozhovoru se zaměřením na komunikaci Hannelore s lékařem**

<p>No takže – taky první bylo, když lékař mi sdělil tu diagnózu, to bylo pro mne docela dost hrozný, protože já měla ten nádor opravdu hrozně velkej, on díky tý imunologický léčbě mně hrozně vyrost a bylo, nikdo mi to nepotvrdil (s povzdechem), ale zřejmě to bylo trošičku vyvolaný tou – dlouhodobým užíváním hormonální substituce, protože dneska už vím, že třeba by se neměla brát dýl než 5–8 let a já ji brala 11 let. Asi to bylo zřejmě z toho. A asi nikdo mi neudělal ani nějaký vyšetření na hormonální hladinu, prostě tak asi (pousmání) bylo to tímhle tím způsobem.</p>	<p><b>Událost H-2b</b>  <u>Zhuštěný popis události:</u>          Lékař sdělil Hannelore diagnózu a plánovanou metodu léčby. Použil sebeodhalení jako podporu pro Hannelore.</p> <p><u>Koncepty popisující tuto událost:</u></p> <p><i>Sdělení diagnózy</i></p> <p><i>Hledání viníka/příčiny</i></p> <p><i>Plán léčby (chemoterapie, ablace)</i></p> <p><i>Konfrontace a sebeodhalení lékaře (působilo asi podpůrně)</i></p> <p><i>Naladění na pacientku</i></p>
<p>Ten nádor byl hrozně velkej a ten lékař, ke kterému jsem přišla, tak mi prostě řekl diagnózu, že teda to vypadá na operaci, a že teda abych počítala spíš s ablací, že ten to je strašně velký a že by mi teda nejdřív nabídnul zmenšovací chemoterapii a já jsem</p>	

<p>prostě – když řekl slovo chemoterapie, tak to bylo pro mne tak jako, tak strašný, a on docela byl – asi mě odhad dobře, protože na mne docela tak zhurta: „Co blázníte, jako, chemoterapie – já jsem ji před čtyřma rokama sám jako absolvoval, a tak – jsem tady a to bude dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy“. Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není vůbec důležitý, já se bála tohohle“, protože fakt i rok před tou nemocí mi umřela kamarádka – jako na rakovinu plic. Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky, to bylo rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. Jakoukoliv tu nemoc.</p>	<p><i>Konfrontace a sebeodhalení</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Na tomto místě je nezbytné zastavit se u pojmu **jednotka analýzy**<sup>9</sup>. Doposud byl pro nás analytickou jednotkou **jedinec**, poněvadž jsme se zaměřovali na celý proces zvládnání onemocnění a každá z respondentek popisovala vlastní zkušenost zvládnání své nemoci. Nyní se jednotkou analýzy stává **událost** – budeme mezi sebou porovnávat všechny jednotlivé interakce mezi respondentkami a zdravotníky. Kdybychom si namísto komunikace zvolili zaměření na vztahové prostředí respondentek, stal by se jednotkou analýzy vztah.

V rozhovoru s Hannelore jsme vyznačili celkem 8 událostí komunikace s lékařem, v rozhovoru s Mariannou jsme jich našli 16, u Inky opět 8. Pro jejich označení jsme používali kódy jako např. M5 (pátá událost u Marianny) nebo H3. Vytvořili jsme si tabulku, v níž jsme do jednoho sloupce zaznamenali zhuštěný popis každé události, do druhého kontext události, pokud se jevil jako důležitý, a do třetího koncepty a jejich vlastnosti a dimenze (ukázka viz Rámeček 3.12). O svém vzorku jsme nyní neuvážovali jako o souboru tvořeném třemi respondentkami, ale jako o souboru tvořeném 32 komunikačními událostmi. Nadále jsme pracovali téměř výhradně s touto tabulkou; k primárním datům jsme se vraceli pouze v případě nejasností.

9 Jednotka analýzy vyjadřuje, jaké entity mezi sebou porovnáваме (Glaser a Strauss, 1967; Patton, 2002). V kvalitativním výzkumu je jednotkou analýzy často jedinec, může jí však být i skupina, demografická vrstva, událost či situace. Tento pojem nelze zaměňovat s pojmem významová jednotka (viz podkap. Postup analýzy).

### Rámeček 3.12 Ukázka jednoho řádku z tabulky událostí

Kód	Kontext	Popis	Kategorie
H2	Partner upozornil na novotvar, následovalo vyšetření a velký nález.	Sdělení diagnózy bylo nečekané (rychlý vývoj nádoru) a vedlo k silné emoční reakci (téměř ke zhroucení). Přestože to lékaři nepotvrdili, Hannelore hledá příčinu v užívání hormonální substituce. Potvrzení diagnózy (po biopsii) přispělo k přijetí nemoci. Lékař sdělil diagnózu a plánovanou metodu léčby. Použil sebeodhalení jako podporu pro Hannelore.	– sdělení diagnózy – zhroucení (šok?), emoční reakce – hledání viníka/příčiny – potvrzení diagnózy – přijetí nemoci – plán léčby (chemoterapie, ablace) – konfrontace a sebeodhalení lékaře (asi působilo podpůrně) – naladění na pacienta?

**Zhuštěný popis významové jednotky** může být velmi užitečnou pomůckou při analýze, protože umožňuje abstrahovat z textu podstatnou informaci a redukovat tak množství textu, s nímž manipulujeme (Rennie et al., 1988). To může být velmi vítané zvláště v případech, že s textem skutečně manipulujeme fyzicky (např. si jej zaznamenáváme na kartičky a ty pak třídíme na desce stolu či na nástěnce). Jako v případech každé redukce, i zde hrozí nebezpečí ztráty důležitých informací, proto je nutné věnovat tomuto kroku velkou pozornost a v případě pochybností je nezbytné vracet se k primárním datům. Protože GTM se obvykle nezabývá detaily použití jazyka GTM, které se při tomto postupu ztrácejí, je možné zhuštěný popis významové jednotky v některých případech používat systematicky jako mezikrok, s jehož pomocí si připravíme úspornější, „kondenzovanou“ podobu dat, s níž pak dále pracujeme (viz např. Řiháček, 2009).

Během další analýzy postupně vznikla nová sada přibližně dvaceti konceptů. Jejich počet a obsah se dále mírně měnil tím, jak jsme koncepty mezi sebou porovnávali a v některých případech díky velké podobnosti spojovali do obecnějších konceptů, zatímco v jiných rozdělávali, protože jsme zjistili, že tyto koncepty zahrnují několik různorodých aspektů. V této fázi měl již každý z konceptů svou definici, která jej vymezovala pomocí jeho podstatných vlastností. Příklady několika konceptů viz Rámeček 3.13. Kromě nich mezi tyto koncepty patřily např. *Diagnóza* (sdělení nebo potvrzení diagnózy,

které je charakterizováno různou mírou jistoty), *Sdílení/empatie* (zájem o emoční prožívání pacientky), *Hledání příčiny/smyslu onemocnění*, *Nezasvěcená pacientka* (lékař nesděluje informace nebo mluví nesrozumitelně), *Naděje* (lékař má moc naději dávat i brát), *Sebeprosazení* (asertivní překonávání neempatické reakce zdravotníků), *Zvěcnění pacientky* (odcizení, lékař nebere v potaz psychologické potřeby pacientky), *Instrumentální řešení* (lékař se orientuje na praktické kroky), *Proces vyrovnávání se s nemocí* (objevují se minimálně dvě fáze: 1) šok, překvapení, zhroucení, 2) stabilizace, smíření, přijetí), *Rezignace* (pocit marného boje proti zdravotnickému systému), *Nedbalost lékaře* (nedbalé chování či poskytování méně intenzivní péče, než pacientka očekává), *Spolurozhodování* (potřeba pacientky spolurozhodovat o svém osudu), *Očekávání pacientky* (mohou být i nerealistická), *Hýčkaná* (zážitek intenzivní péče ze strany zdravotníků), *Kontrola ze strany lékaře* (tlak nároků léčebných procedur).

### Rámeček 3.13 Příklady rozpracovaných konceptů vytvořených po zúžení výzkumné otázky

#### **Plán léčby a informační podpora**

Podstata tohoto konceptu spočívá v tom, že lékař podrobně informuje pacientku o procesu léčby, případně ji připravuje na náročnost zákroku a následné rekonvalescence. Pacientka si tak utváří podrobnější kognitivní mapu léčby a může se na léčbu připravit také emočně. Patří sem také poskytování srozumitelných a prakticky užitečných informací usnadňujících zvládnutí procesu léčby, jejích komplikací a vedlejších účinků. Pacientka dostává instrukce, kterými se může řídit.

#### **Necitlivost (až bezohlednost)**

Lékař (či jiný zdravotník) nerespektuje psychologické potřeby pacientky. Např. sděluje diagnózu necitlivým až bezohledným způsobem, nedává prostor k emočnímu zpracování, nerespektuje soukromí pacientky, apeluje výhradně na racionalitu či bagatelizuje potíže pacientky (např. bolest). V krajním případě se objevilo při hospitalizaci také odmítnutí pomoci sestry.

#### **Aktivní volba**

Pacientka projevuje vlastní aktivitu ve volbě lékaře či zdravotnického zařízení, mění instituci v případě, kdy je nespokojena. Někdy se pacientka snaží získat pohled několika nezávislých odborníků, aby se pak mohla sama rozhodnout. V některých případech musí též řešit konflikt mezi pokyny různých lékařů nebo mezi požadavky léčby a jinými životními potřebami.

### *e) teoretické kódování*

V následující fázi analýzy jsme se soustředili na hledání teoretických vztahů mezi kategoriemi. Znovu jsme procházeli popisy jednotlivých událostí a zachycovali vyjádřené souvislosti. Nejčastěji se jednalo o vztah typu „příčina – následek,“ případně „strategie – cíl“. Několikrát se také objevilo spojení, které jsme kódovali jako „rozpor mezi očekáváním a skutečností.“ Tyto situace, byť byly respondentkami prožívány obvykle jako nepříjemné, jsou pro nás jako badatele cenné právě tím, že nenaplněné očekávání v nich vystoupí jako figura do popředí. Takových propojení jsme na základě všech analyzovaných událostí popsali přibližně 30. Příklady teoretického propojení dvou kategorií jsou uvedeny v Rámečku 3.14.

#### **Rámeček 3.14 Příklad analýzy teoretických vztahů mezi koncepty**

**Plán léčby podporuje vnímanou kontrolu:** Lékař připravil Hannelore na operaci, podrobně popsal průběh léčby, včetně pravděpodobných negativních následků. To podpořilo Hannelore v jejím rozhodnutí.

**Necitlivost vede k sebeprosazení:** Lékař se smál žádosti o vyšetření. Marianna měla potřebu se ozvat a vymezit se proti tomuto chování lékaře.

Jestliže nacházíme stejný druh vztahu opakovaně a současně nenacházíme data, která by s tímto vztahem byla v rozporu, zvyšuje se tím kredibilita tohoto vztahu a považujeme jej za dobře zakotvený v datech. Objevuje-li se tento vztah pouze výjimečně, může to znamenat, že jsou naše data příliš chudá, nebo se jedná o okrajový vztah, z hlediska zkoumaného fenoménu nedůležitý. V případě, že v datech nacházíme rozpory, potřebujeme hledat a konceptualizovat další okolnosti, které tyto rozdíly vysvětlují. V našem případě např. respondentky někdy reagovaly na sdělení závěru lékařského vyšetření zhroucením, jindy bylo toto sdělení provázeno přijímáním nemoci jako faktu. Rozdíl v emoční reakci můžeme snadno vysvětlit tím, zda se jedná o první a překvapivé sdělení diagnózy, či zda žena takový závěr očekává a měla již předtím možnost se s faktem nemoci alespoň částečně vyrovnat. Někdy bychom ale i vůči zdánlivě jednolitému vztahu dvou konceptů měli být obezřetní, neboť může být způsoben jednostranností při tvorbě dat (viz níže diskuze o vztahu mezi zvětčující komunikací lékaře a sebeprosazením pacientky).

### *f) propracovávání hlavních konceptů*

Všimli jsme si toho, že některé komunikační události jsou popisovány s pozitivním nádechem (respondentky jsou vděčné za přístup lékaře, oceňují jej), u jiných je patrná více či méně negativní zkušenost (přístup lékaře

je popisován jako necitlivý až bezohledný). Rozhodli jsme se tedy rozdělit události podle valence a hledat společné rysy uvnitř obou skupin – pracovně jsme je nejprve nazvali jako empatickou a neempatickou komunikaci. Přitom jsme si ovšem uvědomovali, že komunikaci pojmenováváme pouze z perspektivy respondentek a že máme tendenci dávat oběma pólům jednoznačné hodnotící znaménko. Přestože máme k dispozici pouze data vyjadřující perspektivu pacientek, hledali jsme způsob uchopení, který by dokázal ocenit také perspektivu lékařů. Museli jsme se přitom zčásti opírat o vlastní imaginaci („Jaké to je být lékařem, který léčí onkologicky nemocné ženy?“). V případě, že by se jednalo o výzkum plně vedený metodou zakotvené teorie, získali bychom v rámci teoretického vzorkování data také od lékařů a pokusili se validizovat své závěry. V naší analýze jsme úvahy o perspektivě lékařů částečně opřeli o výpověď Inky, která popisuje svou zkušenost v roli pomáhajícího laika na telefonické lince. V průběhu analýzy jsme dimenzi komunikace přejmenovali na empatizující vs. zvěčňující – tak, aby ona „neempatická komunikace“ mohla být vnímána nejen jako nedostatek empatie, ale i jako svébytný způsob komunikace, který též plní určitou srozumitelnou funkci.

Vzhledem k tomu, že při tvorbě zakotvené teorie obvykle očekáváme nějaký praktický dopad našich zjištění, měli bychom se při formulaci jednotlivých konceptů i celé teorie ohlížet také na potenciální čtenáře. Protože tím, koho by výsledky takového výzkumu mohly oslovit, jsou právě lékaři, měla by výsledná teorie být formulována způsobem, který nebude laděný vůči lékařům nepřátelsky, ale který spíše podpoří jejich zájem o další aspekty zvládnutí onkologického onemocnění. Tím v žádném případě neříkáme, že výsledky mají být překrouceny tak, aby sloužily politickým cílům či manipulaci. Chceme jen zdůraznit **spoluzodpovědnost výzkumníka za sociální dopady výsledků jeho výzkumu**.

Z této zaměřené analýzy se postupně vynořilo několik obecnějších konceptů: *Empatizující komunikace*, *Zvěčňující komunikace* (a její krajní forma, *Ponižující komunikace*), *Snaha pacientky o sebeprosazení* a *Získávání kontroly nad nemocí*. Tyto koncepty vznikly spojením konceptů z předchozí analýzy. Na příkladu empatizující komunikace nyní ukážeme, jakým způsobem jsme dál tyto koncepty propracovávali.

Protože *Empatizující přístup* ke komunikaci chápeme především jako takový, který zohledňuje psychologické potřeby pacientky, snažili jsme se konceptualizovat ty potřeby, které pacientky vyjadřovaly – ať již jako uspokojené,



nebo jako nenaplněné. Čerpali jsme přitom především z následujících konceptů vytvořených v předchozích fázích analýzy: *Plán léčby a informační podpora*, *Sdílení a empatie*, *Spolurozhodování* a *Proces vyrovnávání se s nemocí*. Při uvažování o těchto kategoriích nám vystoupily do popředí tři klastery potřeb: (1) potřeba orientovat se v procesu léčby, získávat srozumitelné a praktické informace o léčbě (*Plán léčby a informační podpora*); (2) potřeba být vnímána a respektována jako člověk prožívající emoce (*Sdílení a empatie*), být podporována v přirozeném procesu vyrovnávání se s nemocí (*Proces vyrovnávání se s nemocí*); (3) potřeba podílet se na rozhodování o osobně významných aspektech léčby (*Spolurozhodování*). Z hlediska terminologie GTM představují tyto potřeby **vlastnosti konceptu** empatizující komunikace. *Empatizující přístup* sám tvoří jeden z pólů **dimenze** komunikace lékaře. Jeho protipólem je *Zvěčňující přístup* a oba póly spolu vymezují kontinuum, na němž se může komunikace lékaře pohybovat.

Koncept *Zvěčňující komunikace* jsme podobně propracovávali na základech „nižších“ konceptů *Necitlivost lékaře*, *Zvěčnění pacientky*, *Nezasvěcená pacientka* a *Kontrola ze strany lékaře*. Koncept *Snaha pacientky o prosazení vlastních potřeb* jsme vytvořili sloučením „nižších“ konceptů *Sebeprosazení* a *Aktivní volba*.

### **g) volba ústředního konceptu a tvorba modelu**

V závěrečné fázi tvorby teoretického modelu stojíme před úkolem uspořádat koncepty do celku, který by měl být nejen dobře zakotvený v datech, ale také kompaktní a logicky konzistentní. Nemusíme přitom použít všechny doposud vytvořené koncepty, vybíráme jen ty, které se nejtěsněji váží ke zkoumanému fenoménu a nejlépe jej vysvětlují. Podle Glasera (1978) může mít ústřední koncept podobu tzv. **základního sociálního procesu** (*basic social process*) – vše prostupujícího konceptu s velkou explanační silou, přesahujícího hranice konkrétního zkoumaného problému. Aby ovšem koncept mohl být označen za procesuální, musí podle Glasera sestávat alespoň ze dvou fází, jinak se nejedná o proces v pravém slova smyslu.

V naší analýze jsme nakonec za ústřední koncept zvolili *Získávání kontroly nad nemocí*, a to zejména z toho důvodu, že dobře vysvětluje dynamiku interakce mezi zdravotníkem a pacientkou a „dává smysl“ celému modelu. Zpočátku jsme uvažovali také o „potřebě respektu“ u pacientky či o „hájení vlastních hranic“. Tyto koncepty však vyjadřovaly dynamiku interakce jen dílčím způsobem a byly zaměřené pouze na pacientku. *Získávání kontroly*

*nad nemocí* však propojuje perspektivu lékaře i pacientky, neboť vyjadřuje cíl obou účastníků interakce. Zároveň umožňuje hledat, za jakých podmínek získává tato snaha obou stran synergickou podobu a kdy se podobá spíše soupeření.

Při vytváření konceptů a snaze porozumět vztahům mezi nimi používáme svou **teoretickou citlivost**. Je to analytická dovednost, kterou Strauss a Corbinová (1999) popisují slovy „schopnost rozlišovat jemné detaily ve významu údajů“, „schopnost vhledu, schopnost dát údajům význam, porozumět a oddělit související od nesouvisejícího“ (s. 26). Teoretickou citlivost můžeme rozvíjet studiem literatury (teoretické, výzkumné, ale i beletristické aj.), získáváním osobní či profesní zkušenosti, ale také samotným procesem analýzy. Myšlenku, že bychom se mohli na *Získávání kontroly nad nemocí* podívat jako na kompetitivní, nebo kooperativní způsob řešení konfliktů, napadla jednoho z autorů díky znalosti literatury o řešení konfliktů (např. Deutsch, 2006). Pojem konfliktu se tak v určité fázi analýzy stal tzv. senzitivizujícím konceptem, který inspiroval výsledné uspořádání modelu. **Senzitivizující koncepty**, původně popsané Blumerem (1954), jsou obecnými pojmy, myšlenkami či perspektivami, které směřují pozornost výzkumníka k určitým jevům či aspektům zkoumané skutečnosti a umožňují tyto aspekty citlivěji rozlišovat. Jsou proto účinnými nástroji, které (jsou-li výzkumníkem reflektovány) mohou stimulovat proces analýzy (Bowen, 2006; Charmaz, 2006). Druhý z autorů zase vnesl do analýzy myšlenku pocházející z jeho vlastního výzkumu (Hytych, 2010), že pacienti mohou mít ve vztahu k lékařům potřeby, které se navzájem vylučují (potřeba empatie a sdílení na jedné straně a očekávání expertního přístupu na straně druhé).

Obvykle se nabízí více možností, jak výsledný model uspořádat, a musíme se rozhodovat, které z nich dáme přednost. V našem případě jsme zvažovali, zda je vhodnější konceptualizovat přístupy ke komunikaci do dvou kategorií (empatizující vs. zvětčující), což umožňuje jasnější rozlišení s větším didaktickým potenciálem, nebo zda vytvořit složitější model o třech složkách (empatizující – instrumentální – ponížující), který by umožnil precizněji rozlišit jednotlivé aspekty komunikace, ale byl méně přehledný. Nakonec jsme zvolili první možnost právě pro její snazší sdělitelnost a jasnější praktické implikace.

### **Výsledky analýzy**

Ústředním procesem, který nám umožňuje porozumět dynamice komunikace mezi lékařem a pacientkou, je **získávání kontroly nad nemocí**. Je to cíl obou aktérů komunikace, byť ne vždy se v dosahování tohoto cíle vzájemně podporují; někdy se snaha jednoho naopak ukazuje být překážkou

pro druhého. Pro lékaře je získávání kontroly nad nemocí podstatou jeho profese: lékař diagnostikuje, navrhuje léčebné procedury a vykonává léčbu s cílem odstranit nemoc či zamezit jejímu rozvoji. Nemoc jako taková se tak stává centrem jeho pozornosti. Je odborníkem v léčbě a pacientka tuto odbornost očekává a vyhledává. Naproti tomu potřebou pacientky je mít kontrolu nad svým životem. Nemoc se pro ni objevuje jako nevídaná, ale neopomenutelná součást jejího života, která se stává symbolem ztráty kontroly nad vlastním životem. Pacientka proto usiluje o znovuzískání této kontroly; nemoc přitom nutně vnímá jako součást svého života a vztahuje se k ní v kontextu svých dalších potřeb a životních okolností. Následující model (viz též Obrázek 3.3) popisuje, za jakých podmínek může interakce s lékařem podporovat pacientčin pocit kontroly nad nemocí a jakým způsobem jej naopak může narušovat.

Na základě analýzy 32 komunikačních událostí popsaných třemi pacientkami jsme formulovali charakteristiky dvou protichůdných způsobů komunikace: empatizujícího a zvěčňujícího. Tyto dva způsoby představují póly kontinua, mezi nimiž se lékař při komunikaci s pacientkou pohybuje. Jejich rozdíl spočívá především v tom, do jaké míry bere lékař v potaz potřeby pacientky a do jaké míry vystupuje jako odborník, jenž „pouze“ léčí nemoc.

**Empatizující komunikace** ve své ideální podobě naplňuje tři základní potřeby pacientky:

- (1) orientovat se v procesu léčby, získávat srozumitelné a praktické informace o léčbě:

*ten pan doktor byl takovej úžasnej (zasmání), ten mi teda prostě řek, že – popsal všechno, co mi bude dělat, že teda to bude hrozný, že operace plic je opravdu hrozná, že (zasmání) dokonce připravil mě na to, že to bude bolet;*

- (2) být vnímána a respektována jako člověk prožívající emoce, být podporována v přirozeném procesu vyrovnávání se s nemocí:

*když řekl slovo chemoterapie, tak to bylo pro mne tak jako, tak strašný, a on docela byl – asi mě odhad dobře, protože na mne docela tak zhurta: „Co blázníte, jako, chemoterapie – já jsem ji před čtyřma rokama sám jako absolvoval, a tak – jsem tady a to bude dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy.“ Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není vůbec důležitý, já se bála tohoble;“*

- (3) podílet se na rozhodování o osobně významných aspektech léčby:

*pan doktor mě přesvědčoval, že to jenom tak, že budu docházet, že to moc nevyřeší, že to je na kapačky a na lůžko. Já jsem řekla: „Pane doktore, začaly dovolený, já mám kanára, já mám*

*morčata, já mám rybičky“; prostě děti byly pryč – syn ... tak jsem říkala: „Já se vám nebudu v ničem vzpírat, ale musím to přežít teda do neděle, včetně a pak to rozdám po sousedech a už si můžu případně uvažovat o tom, že bych si lehla na kožní.“ No tak on mi teda vypsal na kožní ten lístek.*

Charakteristiky empatizující komunikace jsou odvozeny jak z popisů reálných uspokojivých situací, tak z kritiky neuspokojivých situací a z přání, která pacientky vyjadřovaly. Tento způsob jednání lékaře je pacientkami přijímán s povděkem. Přestože to nelze našimi daty explicitně doložit, můžeme formulovat hypotézu, že empatizující komunikace přispívá ke **spolupracujícímu** vztahu lékaře a pacientky.

**Zvěčňující komunikace** naproti tomu představuje způsob komunikace, který bere pacientku jako pasivní objekt léčby, s nímž lékař zachází podle vlastního uvážení. V protikladu k výše uvedeným třem aspektům empatizující komunikace jej lze charakterizovat takto:

- (1) podstatné je, aby nemoci rozuměl lékař, zsvěcení pacientky není důležité:

*co mně ze začátku strašně scházelo, byly informace a někdo, s kým bych si o tom mohla popovídat. Protože když jsem byla v nemocnici, tak pan doktor, kterej mi řekl, co mně vyoperoval, co udělal, mluvil na mě latinsky;*

- (2) lékař si udržuje emoční odstup, pacientku vnímá především skrze „nemoc“:

*Takže co říct, to jsou větrný mlýny... bojujete proti každému pak. No, pravda je, že ani slůvkem nikdo neřekl „jak se cítíte“ nebo „buďte připravena, že to trošku s vámi zamává“. No, zamávalo to dost, to jo (otírá slzy);*

- (3) lékař přebírá kontrolu nad léčbou a rozhoduje za pacientku:

*víte, tak paní Marianno, tak je tam nález, tak já vám to vypíšu a to absolvujete teď hned a to můžete tady, a tak půjdete na krev a půjdete na plicní a to je tady na patře a to...*

Přestože se zvěčňující komunikace může z pohledu pacientek jevit jako nežádoucí a nefunkční, z pohledu pomáhajících lékařů může hrát významnou roli. Ukazuje na to příklad, kdy se jedna z respondentek ocitá v roli pomáhající na lince důvěry určené stejně nemocným ženám (viz níže). Byť náš výzkumný soubor sestává pouze z pacientek a perspektiva lékařů je přítomna jen zprostředkovaně, Inčín příklad naznačuje, že zvěčnění pacientky může mít pro lékaře ochrannou funkci – může jej chránit před zahlcením negativními emocemi či vnitřním konfliktem pacientky.

... a já chodím občas teď pomáhat do Mamma HELPu na tu linku pomoci – a měla jsem tam pár telefonátů, kdy paní mi řekla, „kdybych se to dozvěděla o sobě, já na žádnou prevenci nepůjdu, kdybych já se to dozvěděla, tak já půjdu skočit ze skály...“ Tak já jsem se snažila ji půl hodiny přesvědčit, že to není důvod skákat ze skály, že... tak holt [tu léčbu] prodělá, něco se změní v jejím životě, ale bude žít dál. A když to nechá a nepůjde se vyšetřit, tak pak teda může zemřít, ale to si způsobí jenom tou liknavostí, že nepůjde se nechat vyšetřit. ... A když půl hodiny se snažím a jako... do někoho mluvím, že to je přece jenom na jejím rozhodnutí, jak se k tomu postaví, jak to bude, a ona mi pak stejně řekne „a já bych z té skály stejně skočila“ no, tak já bych v té chvíli tím telefonem nejradši praštila, taky jsem jí řekla „tak se nezlobte, ale já vám nepomůžu“. Asi se to takhle dělat nemá, ale... já jsem opravdu neviděla cestu, jak bych jí mohla pomoci...

V některých případech však zvětňující komunikace sklouzla ke své krajní podobě, kterou jsme nazvali **ponižující komunikací**. Byly to případy, kdy se pacientky cítily ve svých potřebách výrazně nerespektovány lékaři či zdravotnickým personálem.

... pak přišla další rána (zasmání), když už jsem měla jít na ozařování, tak prostě – mi ta onkoložka dost teda hrozným způsobem na chodbě řekla, že mám prostě metastáze v plicích, a abych si už jako moc nedělala naděje, jo (hořké zasmání).

To vám to takhle řekla?

Na chodbě, no, to mě teda rozložilo, ale strašně. Protože to bylo pro mě úplně šílený. (Hannelore)

... pan doktor, kterej mě vyšetřoval, tak takový nějaký průpovídky, protože doktor, kterej mě odeslal, tak tam dal nějaký teda, no, nějaký dotazy, jemu přišly strašně teda jako ke smíchu, no, tak jsem se ozvala: „No, pane primáři, to jsem já, zrovna mě vyšetřujete“, on totiž nečetl zřejmě, že to jsem já (s úsměvem) a takový další – jestli to byla sestřička nebo to byla budoucí nějaká stážistka nebo doktorka nebo – takže takovým lehkým žertem mezi sebou povídali, až pak říkám „to jsem já.“ (Marianna)

U všech třech participantek vedla zvětňující forma komunikace lékaře ke **snaze pacientky o prosazení vlastních potřeb**, čemuž můžeme rozumět jako snaze o získávání kontroly nad nemocí navzdory překážkám, které komunikace se zdravotníkem přináší. Z úsilí o získání kontroly nad nemocí se tak může stát oboustranné soupeření, neboť i pacientka možná v tu chvíli z pohledu lékaře komplikuje hladký průběh léčby.

V nejexplicitnější podobě bylo toto sebeprosazení přítomno ve chvílích, kdy pacientky ze své vlastní iniciativy dávaly lékařům zpětnou vazbu na způsob komunikace z jejich strany.

... já jsem si teda neodpustila nakonec při té konečný náky, když mě předávala nazpátek tomu mému doktorovi, tak jsem ty doktorce řekla, že bych jí nikdy nepřála, aby seděla na mém místě,

*že si nedovede představit, jako když už člověk má ten normální život zase na dosah, a když ho prostě úplně jen tak, jako jedním, tak jako mě ubila, (zasmání) jak jako mi řekla: „Vy máte metastáze v plicích, tak to už ukončíme...“, tak jako mě to (zasmání) připadalo: „Tak jako už prostě umíráš, tak na shledanou...“, nebo něco takového (zasmání)...*

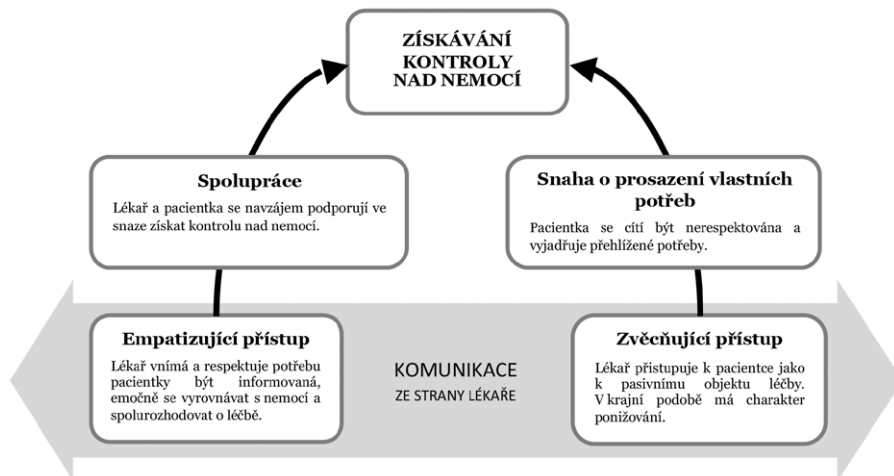
Mezi další způsoby sebezprosažení patřila také potřeba vyhledat nezávislý názor jiného lékaře, aktivní ohrazení se či vymezení se vůči činnosti lékaře, opakované kladení dotazu ve chvíli, kdy pacientka nedostávala srozumitelnou odpověď či sladování proti sobě jdoucích instrukcí různých lékařů-specialistů.

*asi sedm nebo pět doktorů jich bylo, já stála samozřejmě, ještě že jsem měla futro za zády, abych se mohla aspoň opřít. A každéj mrskal notesy: „No já mám tady volno na tříadvacátého sedmý.“ Podotýkám, že se to uskutečnilo celé všecho – začalo to 16. – 17. 7. a termín na operaci, to chtěli do týdne už třeba.*

*No, naštěstí už byla doba dovolených a jako ne každému se to hodilo nebo nemohl nebo tak nějak... Takže se to oddálilo, možná, že to bylo právě to mínus pro mě, no a oddálilo se to na 21. srpna. No, a mezi tím – soused tak jako se mně ohlásil a říkal: „Hele, Mariánko, nikde nic jako nepodnikěj ty, my zkusíme tam.“ – Máme tam veterináře v ulici – doktora a jeho manželka kdysi dělala na těchbletěch jako laborkách, takže se spojila s primářem – ale z plicního, já nebyla na tomhle – chirurgie, onkologie a navíc takhle – tahali mě za fusekli, protože já jsem se ozvala: „Vy tady každéj práskáte notesem, vy už mě chcete řezat, ale mám do toho – můžu do toho něco aspoň málo říct? Já nejsem rozhodnutá, zda vůbec to podstoupím a taky, zda tady“. To teď koukali, načež pan doktor onkolog pronesl: „No, to jako paní Marianno, my to neděláme z plezíru, my vám zachraňujeme život“, jo. Kruci, tak to už bylo opravdu – vytočená jsem byla dost, ale uzemnil mě opět.*

Přestože je z rozhovorů patrné, že pacientky by uvítaly zastoupení empatizující komunikace v daleko větší míře, než s jakou se setkávaly, lze i na základě výše uvedené analýzy předpokládat, že existují hranice v tom, co lékaři mohou v tomto směru nabídnout. Z rozhovorů je také patrné, že pacientky dosahují naplnění potřeb uvedených u empatizující komunikace i jinými způsoby: pomocí blízkých vztahů a prostřednictvím sdružení patientek Mamma HELP.

Obrázek 3.3 Grafické znázornění výsledného modelu



**Poznámka:** byt by v tomto případě stačilo ponechat schéma jen s názvy kategorií, které jsou samy o sobě poměrně výstižné a srozumitelné, z didaktických důvodů jsme pro ilustraci vytvořili „dvouúrovňové“ schéma (viz podkap. Prezentace výsledků).

### Limity

Na tomto místě je nutno zdůraznit, že naše ukázka analýzy nepředstavuje GTM v její úplnosti, je pouze ilustrací *analytických postupů* GTM. Úplné využití GTM by vyžadovalo zohlednit také níže uvedené aspekty výzkumného projektu, které by podstatně zvýšily validitu prezentovaných výsledků.

#### (1) Výzkumná otázka a způsob vedení rozhovoru

V GTM (a v kvalitativním výzkumu obecně) je zcela legitimní upravovat výzkumnou otázku v průběhu analýzy. Formulujeme-li však otázku až ve chvíli, kdy jsou data již definitivně vytvořena, ztrácíme tím možnost měnit směr rozhovoru, zastavovat participanta u zajímavých momentů, doptávat se na podrobnosti, požádat o vysvětlení významu některých slov, vracet se k tomu, co zaznělo dříve, držet ohnisko rozhovoru u výzkumné otázky apod.

Způsob vedení tří analyzovaných rozhovorů odpovídá spíše narativnímu modu analýzy – rozhovor obsahuje souvislé vyprávění, výzkumníkem témě nepřerušované. Zatímco u narativní analýzy to může být výhodou, pro GTM je charakteristická podstatně vyšší aktivita výzkumníka projevující se větším strukturováním rozhovoru.

## *(2) Průběžné vytváření (doplňování) vzorku a teoretická nasycenost*

Na Obrázku 3.1, který znázorňuje standardní postup budování zakotvené teorie, je patrná cirkulárnost celého procesu: vytváříme data, která poté analyzujeme, abychom na základě analýzy mohli vytvářet nová, zacílenější data, která nám umožní dále rozvíjet analýzu... Tento postup zajišťuje postupné naplnění požadavku **teoretické nasycenosti**.

V naší ukázkové analýze jsme nemohli tento princip **teoretického vzorkování** uplatnit, neboť datový soubor byl předem dán. Snažili jsme se proto kritériu teoretické nasycenosti vyjít vstříc alespoň reformulováním výzkumné otázky takovým způsobem, aby rozhovory vzhledem k ní představovaly bohatá a hutná data. V případě, že bychom mohli data vytvářet souběžně s analýzou, snažili bychom se získat pro rozhovor např. také ženy, které na necitlivou komunikaci ze strany zdravotníků reagovaly méně asertivním způsobem, a zajímali bychom se o to, v čem se jejich způsob zvládnutí nemoci odlišuje od námi vytvořeného modelu. Výsledný vzorek by tak jistě čítal více než tři participantky.

Již dříve jsme také upozornili na jednostrannost našich dat, která popisují komunikaci a proces léčby pouze z pohledu pacientek. Abychom mohli celému procesu komunikace lépe porozumět a navrhnout praktická vodítka pro její zkvalitnění, potřebovali bychom se více dozvědět také o perspektivě zdravotníků, jejich potřebách a zkušenostech, které jsou nyní zastoupeny pouze očima pacientek. Možná bychom díky tomu lépe pochopili funkci zvětčující komunikace a možné bariéry pro širší uplatnění empatizujícího přístupu.<sup>10</sup>

---

10 Jeden z autorů (R.H.) během psaní kapitoly vyslechl rozhovor s jedním z předních českých kardiologů (Rádio Česko, 13. 7. 2012, pořad Na zdraví). Rozhovor se týkal snahy změnit způsob komunikace s pacientem ve smyslu větší lidskosti: podání ruky, představení se, hledání srozumitelného jazyka k vysvětlení možnosti léčby. Zmíněný kardiolog si tyto návyky přinesl z dlouhodobých zahraničních pracovních pobyť (USA, Německo). Čím to, že si lékaři tuto zkušenost vozí ze zahraničí?



S pomocí rozmanitějšího vzorku bychom také mohli snáze posoudit validitu centrálního konceptu *získávání kontroly nad nemocí* a jeho vztahů s ostatními koncepty. Mohli bychom si také klást další otázky jako např.: „Za jakých podmínek může lékař zvětšující komunikací vyprovokovat pacientku ke spolupráci?“ apod.

### **Kritéria hodnocení výzkumné zprávy**

Autoři jednotlivých verzí GTM obvykle formulovali také kritéria umožňující posoudit kvalitu výsledné teorie. Jejich kritéria se zčásti překrývají, u různých autorů ovšem bývají nazývána různými jmény. Níže uvádíme seznam podle Charmazové (2006):

1. **kredibilita**: výsledky jsou zakotveny v datech; data poskytují dostatečnou oporu pro teorii; bylo prováděno systematické porovnávání;
2. **originalita**: teorie přináší nové vhledy, „svěží“ koncepty a nové uchopení zkoumané problematiky; nabízí rozšíření současných myšlenek a praxe;
3. **rezonance**: teorie je samotnými participanty výzkumu vnímána jako srozumitelná, smysluplná a vystihující jejich zkušenost;
4. **užitečnost**: teorie poskytuje prakticky užitečné interpretace a inspiruje další výzkum; s tímto kritériem souvisí také Glaserův a Straussův (1967) požadavek **kontroly**: dobrá teorie zvyšuje naše porozumění, poskytuje užitečné predikce a zvyšuje naši možnost ovlivnit zkoumaný jev a tím podporuje naši efektivitu.

Glaser a Strauss (1967) dále uvádějí požadavek **obecnosti**: teorie má pokrývat celou řadu různých situací, s nimiž se lze ve zkoumané oblasti setkat. Je dost obecná na to, aby zachycovala „úplný obraz“ zkoumaného jevu. Toto kritérium souvisí s teoretickou nasyceností a nemůže být naplněno, jestliže výzkumník neaplikuje důsledně teoretické vzorkování. Vytvořené koncepty musejí být dostatečně abstraktní, aby byly aplikovatelné na řadu situací, ale zároveň dostatečně konkrétní, aby neztratily svůj senzitivizující aspekt. Proti tomuto kritériu stojí požadavek úspornosti: teorie by neměla obsahovat více konceptů, než je nezbytné (Glaser a Strauss, 1967; Rennie, Phillips a Quartaro, 1988).

Z kritérií, která uvádí Glaser (1978), doplníme ještě **modifikovatelnost**: proces vytváření teorie není nikdy zcela ukončen a výsledná teorie by stále měla být otevřena modifikacím a doplňování.

Protože výše uvedená kritéria nemusí být vždy snadné posoudit, navrhuje pro hodnocení zakotvené teorie ještě několik jednodušších a „techničtějších“ kritérií (částečně vycházejících z kritérií Strausse a Corbinové, 1999):

1. Jsou kategorie dobře konceptualizovány (analyticky rozpracovány) a doloženy daty?
2. Jsou propojení mezi koncepty dostatečně analyticky propracovaná (ne jedná se o pouhá vágní konstatování typu „koncept A souvisí s konceptem B“)?
3. Bylo dosaženo teoretické nasycenosti, resp. je nedostatek nasycenosti dostatečně a konkrétně reflektován? Umožňuje dokumentace výzkumného procesu teoretickou nasycenost posoudit?
4. Byla analýza prováděna souběžně s tvorbou dat? Bylo realizováno teoretické vzorkování? Pokud ne, je tento fakt dostatečně reflektován?
5. Je specifikována konkrétní varianta GTM, příp. dostatečně popsána vlastní modifikace výzkumného postupu?

I když můžeme tímto způsobem stanovit řadu velmi konkrétních kritérií týkajících se tvorby a kódování dat, neměli bychom ztrácet ze zřetele, že GTM představuje především *způsob přemýšlení* o datech, způsob *konceptualizace*, který vede k tvorbě *teorie* na základě dat získaných rozhovory a pozorováními každodenního života (Morse, 2009).

### **Doporučená literatura**

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.

Kvalitní recentní učebnice, která představuje GTM v kontextu postmoderního myšlení. Čtivou a srozumitelnou formou provádí čtenáře jednotlivými kroky výzkumného procesu a obsahuje řadu cenných rad. Usiluje o propojení glaseriánské a straussovské verze metody.

Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovic: Albert.

Prozatím jediná učebnice GTM v češtině. Velmi instruktivně vysvětluje principy straussovské verze GTM a poskytuje začínajícím výzkumníkům kvalitní technickou oporu.

## Narativní analýza

*Ivo Čermák, Lenka Chalupníčková, Vladimír Chrz a Veronika Plachá*

Narativní výzkum se intenzivně rozvíjí především v posledních pětadvaceti letech. Inspirační zdroje, ze kterých čerpá, jsou široké a rozmanité, stejně jako oblasti aplikace. S narativním přístupem se můžeme setkat nejen v psychologii a dalších sociálně-vědních disciplínách (sociologie, sociální práce, antropologie, etnologie, mediální studia apod.), ale i v dalších oborech, jako je historie, lékařství (sociální medicína) apod. (Lieblich et al., 1998).

Podle Lieblichové et al. (1998) lze pojem narativního výzkumu v nejširším významu vztáhnout k jakékoliv studii, jež využívá či analyzuje narativní materiál. Příběh či vyprávění může být předmětem výzkumného zájmu (životní příběh), narativní perspektiva může být akcentována ve výzkumné metodě (narativní interview) i metodě analýzy dat (narativní analýza). Příběh je tedy v narativní psychologii prostředkem i cílem výzkumu (Čermák, 2002). Narativní přístup může být použit jak v rámci samostatného výzkumného projektu, tak spolu s kvantitativně zaměřeným výzkumem v rámci kombinovaného designu, případně jako pilotní studie (Lieblich et al., 1998).

Zájem o příběh, vyprávění či osobní biografii se v psychologii objevuje dávno předtím, než byla narativní psychologie etablována jako její svébytná součást. Lidé ze své podstaty vyprávějí příběhy; příběhy poskytují lidské zkušenosti koherenci a kontinuitu a hrají zásadní roli v komunikaci s druhými (Čermák, 2002). Elliott (2005) uvádí, že každé vyprávění zahrnuje aspekt časovosti a kauzality jakožto směřování příběhu od začátku ke konci, dále hodnocení, které čtenáři či posluchači umožňuje porozumět významu událostí, jež konstituují vyprávění, a nakonec kontextuálnost, jelikož každé vyprávění je vytvářeno ve specifickém sociálním kontextu pro konkrétní posluchače. Podle Riessmanové (1993) vypravěč prostřednictvím vyprávění vybírá, organizuje, propojuje a hodnotí události pro určité publikum. Vyprávění tak lze charakterizovat jako konsekvenční řazení událostí či idejí, vkládání smysluplného vzorce či struktury do zdánlivě nahodilých a vzájemně

nesouvisejících událostí. Podobně lze příběh chápat jako syntézu, která z řady událostí vytváří jednotný a smysluplný celek, vyprávění tak dává životním událostem souvislost a směřování (Chrz, 2002).

Jestliže tedy jedinec prostřednictvím narativní konstrukce strukturuje, organizuje a interpretuje svoji životní zkušenost, lze narativní výzkum chápat jako metodu interpretace této interpretace, rekonstrukce konstrukce, převyprávění vyprávění (např. Chrz, 2004, 2007; Chrz a Čermák, 2011). Riessmanová (1993) v této souvislosti rozlišuje v rámci narativního výzkumu tři navzájem se překrývající úrovně vyprávění: příběhy vyprávěné účastníky studie, dále interpretace provedená výzkumníkem (příběh o příbězích) a konečně příběh konstruovaný čtenářem na základě příběhu participantů a výzkumníka. V rámci narativního výzkumu je tedy význam chápán jako společný produkt participanta, výzkumníka a čtenáře (Čermák, Hiles a Chrz, 2007; Hiles a Čermák, 2008). Jde tudíž o participativně-dialogickou interpretaci, v rámci které jsou výzkumná zjištění závislá na zpětné vazbě participantů výzkumu a utváří se v dialogu. Z toho následně vychází i specifické pojetí validity v narativním výzkumu. Klasické pojetí validity je nahrazeno širším pojmem důvěryhodnost, který zahrnuje koherenci, smysluplnost, sdělnost a dialogičnost. Cílem narativního výzkumu pak není ověření hypotézy, ale rekonstrukce významu zkoumaného jevu (např. Čermák, 2002, 2006).

V psychologii se můžeme s narativně orientovaným výzkumem setkat v mnoha oblastech. Ve vývojové psychologii je narativní přístup využíván například k porozumění konkrétním vývojovým procesům a fázím či tranzitorním krizím v průběhu vývoje (např. vývoj schopnosti narace u dětí, téma dospívání, stárnutí, rodičovství apod.), v kognitivní psychologii např. ve výzkumu paměti (autobiografická paměť) a dalších kognitivních procesů, vývoje jazyka apod. Předmětem zájmu v sociální psychologii je kupř. široké téma narativní identity. V oblasti klinické praxe je narativní přístup nejčastěji aplikován ve výzkumu psychoterapie a procesu léčby (Lieblich et al., 1998).

### **Výzkumná otázka**

Příběh paní Hannelore, stejně jako jiné životní příběhy, mohl být vyprávěn mnoha různými způsoby. Vypravěčka-participantka výzkumu se však rozhodla ztvárnit jej právě tímto způsobem. Ústřední a zároveň na obecné

úrovni položené otázky, se kterými výzkumník vstupuje do procesu narativní analýzy, mohou znít například takto: *Proč byl daný příběh vyprávěn právě tímto způsobem? Jaký význam nese tento způsob vyprávění? Jakým způsobem vypovídá daný způsob vyprávění o specifické životní zkušenosti účastníka/ce výzkumu?* (Čermák, 2002; Riessman, 1993)

Konkrétní výzkumná otázka v narativním výzkumu pak může mít mnoho podob. Způsob formulace výzkumné otázky se odvíjí od tématu výzkumu a zvolené perspektivy narativní analýzy, přičemž podobně jako v jiných přístupech kvalitativní analýzy je možné, a někdy dokonce žádoucí, výzkumnou otázku reformulovat v návaznosti na průběh samotné analýzy.

Jedním ze základních přístupů k narativní analýze je pojetí Lieblichové et al. (1998), které rozlišuje **obsahově-formální** a **holisticko-kategoriální** dimenze příběhů. V holistickém přístupu je životní příběh nazírán jako celek, jednotlivé části textu jsou interpretovány v kontextu celého příběhu a ostatních částí vyprávění. Oproti tomu základní jednotkou kategoriálního přístupu k analýze jsou dílčí témata či kategorie vyjmuté z původního příběhu či textu (Lieblich et al., 1998; Čermák, 2006). Druhou dimenzí je zaměření se na explicitní či implicitní obsah vyprávěného na jedné straně a na formální aspekt příběhu na straně druhé (struktura zápletky, sekvence a způsob propojení jednotlivých událostí, komplexnost a koherence apod.). Příklady výzkumných otázek formulovaných podle těchto dimenzí viz Tabulka 4.1.

**Tabulka 4.1 Příklady výzkumných otázek v rámci uvedených dimenzí**

Dimenze	Obsahová	Formální
<b>Holistická</b>	Jaká poselství obsahují/vyjadřují příběhy žen s rakovinou prsu?	Jaké varianty narativních struktur se objevují v příbězích žen s rakovinou prsu?
<b>Kategoriální</b>	Jaké copingové strategie se objevují v příbězích žen s rakovinou prsu?	Jaké lingvistické prostředky se objevují v příbězích žen s rakovinou prsu?

Výzkumné otázky je možné formulovat osobněji tak, aby bylo zřejmé, že aktéry příběhu jsou ženy, o jejichž příběhy jde. Například: V jaké žánrové konfiguraci se rozvíjí příběh paní Hannelore?

## Postup analýzy

Proces analýzy v rámci narativně orientovaného výzkumu začíná opakovaným čtením analyzovaného textu (dokumentu, přepisu nahrávky rozhovoru apod.), nejprve bez specifického zaměření na konkrétní aspekty příběhu – cílem je vytvoření prvotní celkové představy o analyzovaném příběhu. Analyzovaný text je vhodné upravit tak, aby na každé straně bylo dostatek místa pro poznámky a komentáře, které je možné zapisovat vedle textu, dělat si stručné značky přímo do textu, obecnější postřehy je pak možné zaznamenávat zvlášť.

Analýza dále pokračuje volbou konkrétní interpretační perspektivy (podrobně viz Čermák, Hiles a Chrz, 2007; Hiles a Čermák, 2008). V rámci analýzy jednoho textu je možné uplatnit různé modely narativní analýzy a v průběhu několika fází „čtení“ se tak zaměřit na odlišné aspekty příběhu (celkové obecné téma či dílčí témata, strukturu příběhu či dílčí jazykové prostředky apod.). Užití různých interpretačních perspektiv v rámci jedné analýzy přispívá ke zvýšení míry porozumění textu a je také jedním z prostředků validizace (Čermák a Štěpaníková, 1997, 1998).

Samotný proces analýzy je pak opakovaným postupem od příběhu (textu) k analýze a od analýzy zpět k textu, přičemž postupně dochází k prohlubování porozumění a zpřesňování analýzy. Jako významné se jeví neustrnout na určitém způsobu porozumění textu, ale zachovat si trpělivý a otevřený přístup k různorodým významům analyzovaného textu, všimnout si a zaznamenávat i překvapivé momenty a nápady (zdánlivě nekorespondující či nezapadající do postupně se vynořující analytické struktury). Z tohoto důvodu je důležitý realistický časový plán, který by měl zahrnovat nejen dostatek času na samotnou analýzu, ale i možnost analyzovaný text na čas odložit a posléze se k němu s „čistou hlavou“ vrátit; časový odstup mnohdy přinese nečekaný analytický vhled.

Narativní přístup v kvalitativním výzkumu hluboce kotví v hermeneutické tradici, v rámci které je význam chápán jako společný produkt participanta a výzkumníka (Čermák, Hiles a Chrz, 2007; Hiles a Čermák, 2008), sám výzkumník se tedy stává klíčovým nástrojem analýzy. Výzkumná sebe-reflexe zahrnuje všímání si vlastních pocitů, postojů, názorů, které se v souvislosti s analyzovaným textem vynořují – to, „co se děje s výzkumníkem“, je významnou součástí procesu analýzy. S výzkumnou sebereflexí úzce souvisí i požadavek transparentnosti (tamtéž) – po celou dobu analýzy je potřeba

neustále reflektovat analytický proces – tedy „co a proč právě dělám“. Tato průběžná reflexe, vyžadující i určitou schopnost odstupu, je nutným předpokladem srozumitelného popisu procesu analýzy i pro budoucího čtenáře – posuzovatele výzkumu. Podrobný popis procesu analýzy by měl být rovněž součástí následné prezentace výzkumných zjištění.

Samotný proces analýzy příběhu paní Hannelore probíhal ve čtyřech vzájemně provázaných krocích:

1. krok: rozdělení textu na fabuli-syžet
2. krok: identifikace klíčových mezníků v příběhu – rozdělení vyprávění do dílčích epizod
3. krok: identifikace bodů obratu – vývoj příběhu a celková struktura vyprávění
4. krok: identifikace žánrové konfigurace vyprávění

V analýze jsme se soustředili na porozumění konfigurace zkušenosti žen s rakovinou prsu. Tento druh analýzy bychom mohli označit „technicky“ jako žánrovou analýzu, byť je nutné mít na zřeteli, že klasická mythoi – komedie, romance, tragédie a ironie – o nichž pojednááme dále v textu, jsou jen výchozím inspirujícím půdorysem pro psychologické uchopení zkušenosti žen s rakovinou prsu. Analýza, kterou předkládáme, je jednou z mnoha již dnes existujících variant narativního přístupu ve výzkumu. Autoři této kapitoly navrhli integraci některých z nich do modelu, který označili jako narativně orientovaný výzkum (*narrative oriented inquiry*, NOI, viz Čermák, Hiles a Chrz, 2007; Hiles a Čermák, 2008, Hiles, Čermák a Chrz, 2009; Hiles, Čermák a Chrz, 2010).

### **1. Rozdělení textu na fabuli – syžet**

Prvním nutným krokem před započítím další analýzy je rozdělení textu na syžet a fabuli. Smyslem tohoto analytického kroku je rozlišení dvou navzájem provázaných částí: toho, *co* bylo převyprávěno – **fabule** – a *jak* to bylo převyprávěno – **syžet** (Čermák, Hiles a Chrz, 2007, Hiles a Čermák, 2008). Fabule tedy odkazuje k obsahové stránce příběhu, zatímco syžet ke způsobu či formě vyprávění. V naší analýze jsme se z důvodu přehlednosti textu rozhodli syžet zvýraznit podtržením.

Nezbytnost provedení tohoto kroku tkví především v tom, že na něj navazují další fáze analýzy, ve kterých je možné akcentovat více obsahovou stránku příběhu (fabuli) nebo jeho formální aspekty (syžet). Prvotní rozdělení textu na fabuli a syžet tedy činí výzkumníka citlivým vůči těmto

dvěma základním aspektům textu. Jak však upozorňují Čermák, Chrz a Hiles (2007), v průběhu analýzy je nezbytné se v rámci komplexní práce s textem zabývat do určité míry oběma aspekty příběhu. Konečným výsledkem tohoto kroku je přepis textu, ve kterém může být syžet „uzávorkován“. Praktickým testem dobře provedeného rozdělení textu na fabuli a syžet je potom takový přepis, v němž lze číst části označené jako fabule (v našem případě tedy nepodtržené části textu) jako smysluplný koherentní příběh i při ignorování syžetu (Čermák, Hiles a Chrz, tamtéž).

Nejde přitom jen o proceduru formalizující práci s textem. Například specifické znaky či neobvyklé prostředky vyprávění, převaha syžetu nad obsahem či naopak, nebo potíže výzkumníka odlišit syžet a fabuli dávají tušit psychologickou relevanci tohoto kroku.

## ***2. Identifikace klíčových mezníků v příběhu: rozdělení vyprávění do dílčích epizod***

V další fázi analýzy jsme se zaměřili na jednotlivé **mezníky** příběhu – konkrétní události či **dílčí epizody**. Zároveň lze tímto způsobem provést určité pracovní shrnutí příběhu, či „převyprávění vyprávění“, které může výzkumníkovi následně napomoci v lepší orientaci v příběhu. V této fázi analýzy jsme text opakovaně pročítali a jednotlivé mezníky si značili na okraj textu. Tento způsob analytické práce se svým zaměřením na konkrétní obsah jednotlivých mezníků – epizod nejvíce blíží holisticko-obsahové analýze. Jednotlivé mezníky byly v souladu s tímto přístupem nazírány z hlediska příběhu jako celku, v kontextu celého vyprávění.

## ***3. Identifikace bodů obratu: vývoj příběhu a celková struktura vyprávění***

V následujícím kroku jsme z identifikovaných mezníků vybrali ty, které lze označit za „**uzlové body**“ či „**zlomové momenty**“ vyprávění, tedy taková místa v příběhu, kde dochází k výraznému **dějovému obratu**. Zároveň jsme se zaměřili na **vývoj příběhu** – tedy na způsob, jakým jsou tyto události propojeny v celkové struktuře vyprávění: odkud a kam příběh směřuje, kde dochází ke gradaci, vyvrcholení, klíčovému obratu, a tedy i „rozuzlení“ sledované dějové linie. Takový způsob práce s příběhem odpovídá *holisticko-formálnímu* zaměření narativní analýzy.

K 2. a 3. kroku: Vývojové znaky příběhu ukazují, jak pravděpodobně jedinec zvládal různé epizody ve svém životě, jakou podobu mohly mít emoce, které se k nim pojily, kombinace



uvedených trajektorií pak vypovídá o celkovém ladění životního příběhu. Jde přitom o formální charakteristiku příběhu – tvar linie příběhu – která však poskytuje podněty pro zaměření případného dalšího rozhovoru nebo propracování detailů některých epizod v právě probíhajícím rozhovoru. Oběma participantům – výzkumníkovi i nositeli zkoumané zkušenosti – pomáhá explicitní grafické znázornění průběhu života či jeho části pomocí metody čáry života (Tyl, 1985; Čermák, 2004; Chrz a Čermák, 2005; Vlčková a Blatný, 2005).

#### **4. Identifikace žánrové konfigurace vyprávění**

Jako závěrečný krok analýzy uvedeného příběhu jsme provedli žánrovou analýzu, která završuje *holisticko-formální* způsob práce s příběhem i analýzu jako celek. Typologii žánrů v rámci literární vědy rozpracoval Frye (2003) a do oblasti narativní psychologie pak přenesli psychologové Murray (1985, 1989) a McAdams (1988, 1993). V narativním výzkumu představují žánry základní archetypální perspektivy ztvárnění života, strukturální principy ztvárnění, komunikace a porozumění lidské zkušenosti (Murray, 1985; Čermák, 2004; Chrz a Čermák, 2005; Chrz, 2007). Elliott (2005) žánr v narativním výzkumu pojímá jako kulturně sdílený rámeček či vzorec využívaný ke strukturování událostí a zkušeností, čímž zdůvodňuje jejich smysluplnost a snadnou komunikovatelnost. Podle McAdamse (1993) lze jednotlivé „žánry“ chápat jako obecné formy příběhů, jež lidé přejímají při vytváření osobního mýtu v procesu vyprávění svého životního příběhu. Z tohoto důvodu podle McAdamse (tamtéž) žánrová typologie poskytuje užitečné schéma k porozumění osobním biografickým.

Základním postupem žánrové analýzy je v rámci opakovaného čtení srovnávání analyzovaného příběhu s jednotlivými žánry, nalézání podobností a rozdílů mezi analyzovaným příběhem a obecnou strukturou žánrů. Pro identifikaci žánrů je rovněž užitečná komparace jednotlivých výzkumných příběhů mezi sebou.

**Tabulka 4.2 Přehled typologie žánrů (Murray, 1985)**

	<b>Komedie</b>	<b>Romance</b>	<b>Tragédie</b>	<b>Ironie</b>
<b>Dosažení</b>	Úspěchu	Úspěchu	Neúspěchu	Neúspěchu
<b>Kontrola</b>	Osud	Individuální	Osud	Individuální
<b>Řešení</b>	Smíření	Naděje	Beznaděj	Ironie

Figura/ postava	Bezstarostný klikař	Hlava v oblacích	Zmučená duše	Cynik
<b>Životní filozofie</b>	Pragmatismus	Idealismus	Fatalismus	Existencialismus

Zde použitý způsob žánrové analýzy navazuje na Fryeovo (2003) rozlišení čtyř základních typů ztvárnění zkušenosti, které Murray (1985) charakterizoval způsobem, jež lze vidět v Tabulce 4.2. Zjednodušeně řečeno: komedie je dosažení žádoucího vlivem šťastných okolností, romance je dosažení žádoucího ve vlastní režii, v tragédii jsou neúspěch a ztroskotání zapříčiněny osudem, zatímco v žánru ironie je selhávání ztvárněno z podstatné části ve vlastní režii. Podstatnými aspekty žánrové konfigurace jsou tedy dosahování žádoucího a aktérství (Chrz, 2010; Chrz a Čermák, 2005). Jiný druh žánrové analýzy použil ve výzkumu například Adler (2004).

Gergen a Gergenová (1988) analyzovali příběh z hlediska jeho zápletky. Zjistili, že životní příběh je charakterizován třemi základními vzorci vyprávění: progresivním, regresivním či ustáleným včetně řady různých kombinací, čímž vznikají komplexnější zápletky, které v narativních interview zachytily Lieblichová, Tuval-Mashiachová a Zilberová (1998). Interpretují je například jako moratorium, pokus a omyl, pozvolný vzestup či trvalý sestup, risk a zisk. Takové vyjádření žánru pak představuje různé způsoby ztvárnění životních krizí (Čermák, 2004b).

### **Prezentace výsledků**

Způsob sdílení výsledků narativního výzkumu bychom mohli odvodit z Brunerova rozlišení narativního a paradigmatického modu vědní (Bruner, 1986; viz též Čermák, 2004a). Výzkumná zpráva by pak byla bohatým, významově mnohvrstevnatým útvarem, zachycujícím převážně narativní pravdu o zkoumaném jevu.

O historické a narativní pravdě viz např. Spence (1982). Spolu s Lieblichovou, Tuval Masiachovou a Zilberovou (1998) sdílíme názor, že příběhy nejsou pouze fikcí, ale že jsou odpovědí na životní fakta či události, byť nikoli jejich přesnou reprezentací. Autorky jsou přesvědčeny, že příběhy jsou interpretacemi zapamatovaných faktů: „We believe that stories are usually constructed around a core of facts or life events, yet allow a wide periphery for freedom of individuality and creativity in selection, addition to, emphasis on, and interpretation of these remembered facts“ (s. 8).

Zpráva by měla zachytit živou zkušenost vypravěče s důrazem na významy, které jí participant přisuzuje. Tyto významy se zpravidla utvářejí v průběhu výzkumu, proto by měla být zachycena i jejich aktuální geneze, ale též interpretace významů v čase, neboť příběhy jsou zpravidla vyprávěny podle klasického schématu začátek – průběh a konec. Na tuto skutečnost zareagovali lingvisté Labov a Waletzky (1967), když zformulovali i pro psychologické výzkumy využitelnou obecnou strukturu narativity, později upravenou Labovem (1972). Cílem bylo objasnit funkci věty v mluvené narativě, která má následující strukturu: abstrakt, orientace, komplikující jednání, evaluace, vyřešení, coda. Pokud má příběh strukturu odlišnou od Labovova schématu, pak je možné použít jiné druhy strukturní analýzy, např. podle Jamese Gee (1991), který na příkladu analýzy vyprávění ženy se schizofrenií ukázal, že její narativita nemá časové uspořádání, ani není tematicky fokusovaná. Podle jeho modelu je důležité věnovat pozornost tomu, jak jsou narativní sekvence vyprávěny. Pro narativního výzkumníka je však nejdůležitější zachytit takové narativity, které lze označit jako příběhy, tj. obsahují „potíž“ či dilema, případně jsou odlišné od kanonické narativity (Bruner, 1996/1999). Riessmanová (1993, 2008) označuje s jistou sebeironií tuto ambici jako otázku, kterou by měl narativní výzkumník příběhu položit: No a co? Co má být? Ve zprávě o výzkumu by tedy měla být vzata v úvahu a odpověď na ni uvedena i patřičnou interpretací, totiž proč byl daný příběh vyprávěn, jaký je jeho smysl pro vypravěče, výzkumníka i širší auditorium.

Mishler v roce 1986 upozornil na fakt, že není možné provádět výzkum, aniž bychom do interpretací zakomponovali jeho dialogickou povahu.

Je tedy zřejmé, že v prezentaci výsledků se věnujeme obsahu a struktuře či způsobu vyprávění. Důraz na obsah či témata nám v prvním plánu umožní významy identifikovat, důraz na strukturu (syžet) nám je pomůže zpřesnit a lépe kontextualizovat. Výzkumné zprávy mají podobu případových studií nebo vícenásobných případových studií. Může jít o studie, které jsou přínosem k porozumění zkoumaného jevu jako takového. Detailní analýza případů rozšiřuje naše vědění o daném jevu. Pečlivě vybraný případ může být základem nové teorie. Paradigmaticky zvolený případ nebo případ atypický, extrémní či ojediněle se vyskytující (např. prezident České republiky) rozšiřuje dosah existujících teorií, tj. posiluje vědění týkající se obecnějších

charakteristik jevu. Další příběhy jsou získávány proto, aby objasnily výskyt jevu v sociální realitě, většinou jde o nové nebo citlivé jevy, které jsou snáze přístupné prostřednictvím příběhů. Jiné příběhy jsou zachyceny proto, že mohou vést k revizi stávajících výkladů. Další příběhy jsou předmětem analýzy proto, že poskytují pozoruhodný narativní detail (viz Flyvbjerg, 2004). Je tedy zřejmé, že ve zprávách o narativním výzkumu převažuje hledisko „zanořování se do příběhu“ (*burrowing*), jeho detailní analýza, spíše než „rozšiřování poznatků“ (*broadening*), kumulace zjištění (Clandinin a Connelly, 2000). V narativních studiích bývá zvláštní pozornost věnována též názvu, který otevírá „scénu“, upoutává pozornost čtenáře a naznačuje výzkumný problém či jeho řešení: například „Challenging ordinary pain: narratives of older people who live with pain“ (Becker, 2001). Zprávy z narativního výzkumu mají nejrůznější podobu, často v akademickém světě kontroverzní, obsahují metafory, celé básně, jsou psány jako dialog, na konferencích někdy doprovázeny zpěvem, nebo dramatizovány. Saldaña (2003) píše o participantech jako hercích, kteří ztělesňují charaktery na jevišti. Strízlivější výzkumné zprávy obsahují citace z příběhů (spíše více, jedna není dostačující), či viněty případů, které jsou kontextualizovány, což přispívá ke koherenci výzkumné zprávy. Slouží také jako ilustrace vypravěčova užívání jazyka, pojmů, vyjadřování pojetí zkoumaného jevu, exemplifikují významy, které lidé dávají danému tématu či fenoménu, ilustrují hloubku, bohatost a diverzitu příběhů a též postihují postoj vypravěče k výzkumu.

### **Ukázka analýzy**

V ukázce jsme se zaměřili na zkušenost žen s onemocněním rakovinou prsu z hlediska jejího ztvárnění ve vyprávění, přičemž ve snaze o co nejkomplexnější přístup k rozhovorům nebyl předmětem výzkumného zájmu určitý dílčí aspekt této zkušenosti, což by implikovalo zacházení s příběhy spíše v duchu kategoriálního přístupu, ale příběh jako celek. Do popředí tedy vystoupila *holistická* dimenze příběhu, a to jak její *obsahové*, tak *formální* aspekty.

V souladu s výše popsáním přístupem k tématu jsme hlavní výzkumnou otázku formulovali následovně: **Jaké varianty příběhů vyprávějí ženy s onemocněním rakovinou prsu?** Otázku by bylo možné položit také takto: *Jakým způsobem ženy vyprávějí o zkušenosti s rakovinou prsu?* Dále jsme položili dvě podotázky: *Které mezníky považují ženy s rakovinou prsu*

za klíčové v procesu rozvoje a léčby onemocnění? a Jak tyto mezníky propojují ve vyprávění příběhu onemocnění? Provázanost uvedených dimenzí narativní analýzy s jednotlivými analytickými kroky a výzkumnými otázkami bude ozřejmána v dalším textu.

## *I. Příběh Hannelore: „Nemoc mi nakonec víc dala než vzala“*

### **1. Rozdělení textu na fabuli – syžet**

Transkripce části příběhu Hannelore s důrazem na rozlišení fabule a syžetu je uvedena v Rámeček 4.15.

**Rámeček 4.15 Transkripce části příběhu Hannelore** (podtržené části textu jsou syžetem, nepodtržené fabulí)

12. Ten nádor byl hrozně velikej, ale ten lékař, ke kterému jsem přišla, tak mi prostě řekl diagnózu, že teda to vypadá na operaci, a že teda abych počítala spíš s ablací, protože to je strašně velký, a že by mi teda nejdřív nabídnul zmenšovací chemoterapii
13. a já jsem prostě – když řekl slovo chemoterapie, tak to bylo pro mne tak strašný, a on docela byl – asi mě odhad dobře, protože na mne docela tak zhurta: „Co blázníte, jako, chemoterapie – já jsem ji před čtyřma rokama sám jako absolvoval, a tak – jsem tady a to bude dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy“. Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není vůbec důležitý,
14. já se bála tohohle“, protože fakt i rok před tou nemocí mi umřela kamarádka – jako na rakovinu plic. Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky, to bylo rakovina se rovná smrt. Neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil.
15. No, takže – to bylo takový dost hrozný, no ale nějak – jak jsem se dostala do tý léčby... měla jsem štěstí na ty lidi, který tam byli, který byli dál v tý nemoci, takže jsem najednou viděla, že vlastně se o tom mluví jako o chřipce [zasmání], jakože vůbec jako to. A měla jsem výhodu, že jsem měla kolem sebe lidi, který se mnou chtěli o tom furt mluvit a já taky teda.
16. Takže jsem se z toho opravdu vymluvila – no, všechno to probíhalo úplně úspěšně [povzdech], pak teda ty chemoterapie byly docela dobrý... Je fakt, že pak s tou operací, po těch čtyřech chemoterapiích to bylo trochu horší, můj zdravotní stav se už zhoršil dost, protože ta operace mě opravdu hodně porazila, že ta síla – už jí nebylo tolik, no.
17. Ale zase taky – prostě mám kamarádku, co má velkou rodinu a jezděj na celý léto pryč, takže když jsem skončila všechny chemošky, tak mě vzali s sebou na dovolenou na soukromou chalupu, s vnučkama, já nevím, se všema lidma [zasmání]. Já jsem s nima byla asi čtrnáct dní a chodila jsem bez paruky a potom

18. – jenže pak přišla další rána [zasmání], když už jsem měla jít na ozařování, tak prostě – mi ta onkoložka dost teda hrozným způsobem na chodbě řekla, že mám prostě metastáze v plicích, a abych si už jako moc nedělala naděje, jo [hořké zasmání]
19. To vám to takhle řekla?
20. Na chodbě, no, to mě teda rozložilo, ale strašně. Protože to bylo pro mě úplně šílený,
21. naštěstí ten můj onkolog teda, poslala mě pak k němu, že dělali mi ještě dvě CéTěčka, všechno se to potvrzovalo, že teda mám nějaký velkej nádor v plicích a že se jedná zřejmě o metastázy, protože to bylo na druhý straně než to prso a všechno,
22. tak jsem se prostě rozloučila se životem [povzdech, pláče], opravdu, jako jsem – to měla těžký,
23. a on mi slíbil, že se pokusí sehnat někoho, jestli by mi to neodoperoval. Protože – že tedy ty výsledky z tý krve, že teda to nevypadá nic tak, ale že teda prokazatelně tam v těch plicích něco je, takže se pokusí mi někoho – a že ať na něj nespěchám, že to bude trvat čtrnáct dní až tři neděle.
24. No, tak v tomhle období jsem prostě [pousmání] nějak k tomu došla, že teda se mi nemůže nic horšího stát, než že jako můžu umřít, no. A že už mi umřelo tolik blízkých lidí, že – prostě, že se třeba s nima někde potkám, no, nebo tak. Tak to bylo takový docela dobrý, že člověk se dostane opravdu na to dno a pak už to zase šlo nahoru,
25. protože nakonec teda jsem se na tu operaci dostala, ten pan doktor byl takovej úžasnej [zasmání], ten mi teda prostě řek, že – popsal všechno, co mi bude dělat, že teda to bude hrozný, že operace plic je opravdu hrozná, že [zasmání] dokonce připravil mě na to, že to bude bolet,
26. ale já jsem pořád říkala, že teda vydržím všechno, že se necejtím na to, abych umřela, protože si připadám, že mi nic není. Že teda jako, že tak nějak dechám dobře a tak, že mi nepřipadá, že lidi který maj nemocný plíce, že nemůžou mluvit nebo tak [zasmání].

## 2. Identifikace klíčových mezníků v příběhu: rozdělení vyprávění do dílčích epizod

V průběhu tohoto kroku analýzy se ukázalo, že vyprávění Hannelore lze rozdělit do tří hlavních částí: 1) *Události předcházející onemocnění* – 2) *Boj s rakovinou* – 3) *Návrat do „normálního života“*. Každou z těchto částí pak tvoří jednotlivé epizody, které utvářejí vlastní strukturu příběhu. Jednotlivé mezníky je možné popsat pomocí autentické formulace participanta-vypravěče, parafrázovat vlastními slovy výzkumníka, případně oba přístupy kombinovat. V první fázi analýzy jsme tedy analyzovaný text rozčlenili následujícím způsobem:

## 1. Události předcházející onemocnění

Na samém začátku vyprávění se Hannelore vrací do doby deset let před onemocněním – svůj příběh tedy neuvádí rozvojem nemoci jako takové, ale líčením událostí, které předcházely onemocnění – **rozvod, odchod dětí z domu**, kdy Hannelore zůstává „*sama ve velkém bytě*“ a následně seberealizace v **podnikání** s přítelem, které pro ni znamená „hlavní životní náplň“ v době, kdy – v kontextu předchozích životních událostí – měla „*pocit, že ji nikdo nepotřebuje*“.

Následují první zdravotní problémy – únavový syndrom a **imunologická léčba**, Hannelore zmiňuje rovněž hormonální léčbu i pravidelná mamografická vyšetření, podle kterých „*byla v pořádku*“. Právě imunologickou léčbu i dlouhodobé užívání hormonální substituce Hannelore uvádí na jiném místě příběhu do souvislosti se vznikem a růstem nádoru, ačkoliv lékaři podle ní tuto hypotézu nepotvrzují.

Tato část vyprávění má tedy z hlediska struktury celého příběhu svoji funkci nejen v navození vyprávění, uvedení do příběhu a událostí souvisejících s onemocněním, ale především v zasazení nemoci do kontextu životního příběhu Hannelore a hledání vysvětlení vzniku a rozvoje onemocnění.

Samotný rozvoj onemocnění Hannelore předznamenává konstatováním „*něco se ve mně dělo*“ – čímž uzavírá kapitolu příběhu popisující dobu před onemocněním a otevírá vyprávění o svém **boji s rakovinou**.

## 2. Boj s rakovinou

Prvním mezníkem této části vyprávění je **nález v prsu** a následná **biopsie** – tyto události paní Hannelore prožívá v kontextu nevydařeného partnerského vztahu s mužem-lékařem, který jí „*na něco přišel v prsu a poslal ji k lékaři*“. V souvislosti s nálezem v prsu a rovněž faktem, že na rakovinu zemřela manželova maminka, Hannelore reflektuje **semknutí rodiny**, podporu bývalého manžela a péči dcery.

**Sdělení diagnózy** lékařem a **chemoterapeutická léčba** představuje další významný mezník. V průběhu chemoterapie potkává Hannelore „dobrou partu lidí“, díky nimž o své nemoci hovoří, což jí pomáhá: „*takže jsem se z toho opravdu vymluvila (...)*“. Zmiňuje rovněž podporu ze strany léčitelky a blízké kamarádky.

Následuje „*další rána*“ – **metastáze na plicích**, kterou Hannelore nešetřně sděluje onkoložka, **operace plic** a další série ozařování.

### 3. Návrat do „normálního života“

Období po ukončení léčby tvoří líčení **působení ve sdružení Mamma HELP**, kde se Hannelore z účastnice rekondičních aktivit postupně stává dobrovolnicí, která „*předává zkušenosti*“ a aktivně pomáhá druhým.

Vyústění celého vyprávění tvoří **závěrečná reflexe**, v níž Hannelore reflektuje zisky a ztráty z onemocnění a významné změny, které nemoc přinesla do jejího života. Protože tato část je zároveň jedním z klíčových bodů obratu celého příběhu, bude jí věnována rozsáhlejší pozornost při popisu dalšího kroku analýzy.

### 3. Identifikace bodů obratu: vývoj příběhu a celková struktura vyprávění

Prvním uzlovým bodem vyprávění je **nález v prsu** a následně **oznámení diagnózy** ošetřujícím lékařem a návrh léčby – chemoterapií a operačním zákrokem. Diagnóza rakoviny prsu a především chemoterapeutická léčba vyvolává u Hannelore obavy ze smrti, které umocňuje nedávná zkušenost úmrtí kamarádky na rakovinu plic, i chybějící zkušenost s někým, kdo by rakovinu přežil: „(...) *to bylo rakovina rovná se smrt (...) neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil.*“ Již líčení první části příběhu, popisující události před rozvojem onemocnění (rozvod, osamocení, první zdravotní problémy), má mírně sestupný charakter; v momentě oznámení diagnózy celková linie příběhu získává výrazný sestupný ráz.

Následujícím mezníkem je samotná **léčba**, která zprvu probíhá nadějně a úspěšně. V průběhu léčby Hannelore zdůrazňuje především podpůrný aspekt setkání s lidmi, se kterými může hovořit o své nemoci: „*A měla jsem výhodu, že jsem měla kolem sebe lidi, který se mnou chtěli o tom furt mluvit a já taky teda. (...) Takže jsem se z toho opravdu vymluvila – no, všechno to probíhalo úplně úspěšně.*“ Linie vyprávění zde nabývá vzestupný směr, ve kterém pokračuje také líčení podpory ze strany léčitelky: „(...) *já jsem ještě kromě toho chodila k léčitelce na – pro nějaký čaj – a ta teda mě docela taky držela, mi vždycky říkala: „Vy máte energie za tři lidi.“ Tak mě teda podpořila, jako že teda to zvládnou všechno.*“

Sestupné zakolísání linie příběhu lze zaznamenat v reflexi zdravotního stavu po chemoterapiích a operaci, které pro Hannelore znamenaly úbytek sil. Progresivní charakter v příběhu má pak zmínka o pobytu na chalupě u kamarádky.



Znatelně nejvýraznější propad v příběhu představuje další rána v podobě **objevení metastází na plicích a nešetrného jednání onkoložky**: „(...) *to mě teda rozložilo, ale strašně. Protože to bylo pro mě úplně šílený (...) tam jsem se prostě rozloučila se životem (povzdech, pláč).*“ Zlomovým bodem, ke kterému postupně směřuje tok vyprávění, je **konfrontace s možností smrti** jako bod obratu v kontextu vnímání vlastní nemoci. Hannelore zde vyjadřuje naději na možné setkání s blízkými: „(...) *nějak k tomu došla, že teda se mi nemůže nic horšího stát, než že jako můžu umřít, no. A že už mi umřelo tolik blízkejch lidí, že – prostě, že se třeba s nima někde potkám (...).*“

V kontextu celého vyprávění zároveň tato událost figuruje jako nejnižší bod, od kterého se však postupně opět odráží, jak sama reflektuje v závěrečné části vyprávění: „(...) *člověk se dostane opravdu na to dno a pak už to zase šlo nahoru (...).*“ Příběh Hannelore opět nabývá vzestupný ráz.

Další peripetie onemocnění již Hannelore reflektuje z hlediska výše zmíněného bodu obratu – lichení náročné operace plic, benigní nález a následně pooperační stav paní Hannelore uzavírá slovy: „(...) *dá se to vydržet samozřejmě, je to pořád lepší než umřít. Ale to bylo dobrý, protože to mělo dobrej konec(...).*“

Významnou roli v dalším pozitivním vývoji vyprávění hraje **zkušenost se svépomocným sdružením Mamma HELP**, které Hannelore kontaktuje v době, kdy se dozvídá o nádoru v plicích. Sdílení zkušenosti se ženami s podobnými příběhy vede Hannelore k uvědomění, „*že v tom není sama*“. V této konfrontaci zřetelněji začíná vnímat vlastní zdroje ke zvládnutí situace a chápe se iniciativy, zaujímá pozici aktérství. V tomto bodě jakoby se příběh vracel zpět na začátek, kde Hannelore zmiňuje odchod dětí z domu, osamocení, hovoří o pocitu „*že mě nikdo nepotřebuje*“ a následně vysokém pracovním nasazení, které jí dodává novou životní náplň. V tomto období však přichází také první zdravotní obtíže, únavový syndrom a imunologická léčba, již Hannelore dává do souvislosti právě s růstem nádoru. Na konci svého vyprávění se opět „*zkouší (...) zařadit do normálního života*“ – pracuje ve sdružení Mamma HELP, pomáhá své dceři s účetnictvím, ale zároveň hovoří o změně postoje k takovým činnostem: „*už si nedělám to násilí, co jsem si dělala dřív. (...) to bych řekla, že mi ta nemoc dala, že to umím už si rozhodnout, jestli to chci dělat nebo ne (...) tak takhle jako to ponaučení z té nemoci.*“ A na jiném místě uvádí: „(...) *fakt to byl tenkrát stres tenkrát, tak*

*v té době byl tak strašnej, že já už si dávám pozor, abych už se nikdy do takového stresu nedostala, jo, protože to byl takovej ten nezvladatelněj, jak už máte takovej ten pocit, že už nestojíte vůbec pevně na zemi. Jako že padáte dolů. (...) No tak se snažím... se jako šetřit. To po týhle stránce, po stránce toho stresu, aby se člověk nenechal unášet.“* Také v oblasti pomáhání Hannelore zdůrazňuje vzájemnost namísto sebeobětování: *„Jako že můžu pomoci někomu a že tím pádem pomáhám i sama sobě (...) ještě pořád mi to dává víc než by mi to bralo.“*

**Závěrečná reflexe** tvořící finální část vyprávění paní Hannelore tak zároveň poskytuje určité rozuzlení celého příběhu: *„No, já bych řekla, že nakonec mi ta nemoc víc dala než vzala, protože jsem poznala lidi, který bych nikdy nepoznala.“* Spolu s výše uvedeným přehodnocením vztahu k pracovnímu nasazení hodnotí jako přínos rovněž semknutí rodiny. Kruh se uzavírá a v závěrečném zúčtování zisků a ztrát hovoří Hannelore o onemocnění ve smyslu přínosu v mnoha oblastech života. Linie vyprávění tedy směřuje nadále vzhůru a celý příběh získává výrazně nadějný ráz.

Jak ve své analýze textu uvádějí Chrz, Čermák a Plachá (2006), celkový tvar vyprávění Hannelore má podobu písmene „U“: příběh oznámením diagnózy sestupuje ke dnu, jež ve vyprávění představuje objevení metastázi na plicích. Uvědoměním si možnosti smrti jako nejzazší možnosti, které pro Hannelore znamená určité smíření i vyjádření naděje, linie příběhu opět získává znatelně vzestupný charakter, což Hannelore ve svém vyprávění také sama reflektuje.

#### **4. Identifikace žánrové konfigurace vyprávění**

V žánrové analýze nejde primárně o to, přiřazovat ke zkušenosti zkoumaných osob typy známé z literární a divadelní teorie, tj. „dávání do škatulek“ (a v případě zkušenosti těžkého onemocnění by používání termínů jako „komedie“ nemuselo působit náležitě), ale o to, použít tyto ideální typy jako orientační body pro porozumění způsobu konfigurace zkušenosti. Takto je možné analyzovat příběh paní Hannelore. Přestože obsahem Hannelori-  
na vyprávění je řada negativních událostí, její promluvou prostupuje určité „ladění“, které se projevuje častým užíváním výrazů jako „naštěstí“, „měla jsem štěstí“ a podobně. Dokonce i nepříjemný pooperační stav popisuje následujícími slovy: *„Dá se to vydržet, samozřejmě, je to pořád lepší, než umřít. Ale bylo to dobrý, protože to mělo dobrej ten konec.“* V Hanneloriině vyprávění

se opakovaně objevuje princip dobrého vyústění vlivem šťastných okolností. Je zde patrná tendence věci nevyhrocovat, spíše jim „otupovat hrany“. Onemocnění rakovinou je chápáno jako zisk, jako smíření se svým údělem: *„Nakonec mi ta nemoc vlastně dala víc než vzala. Protože jako jsem poznala lidi, který bych nikdy nepoznala... A už mě teď nedrtí to, že jsem třeba rozvedená.“*

Hannelore své zkušenosti onemocnění rakovinou prsu vtiskuje výraznou a čitelnou konfiguraci. Tuto konfiguraci lze zjednodušeně charakterizovat následujícím způsobem: celkovým tvarem Hanneloreina vyprávění je tvar písmene U. Příběh sestupuje na dno, kde po hrozivých komplikacích nastává šťastný obrat. Dochází zde k pohybu od osamocení a oddělení k začlenění do (nového) společenství. Ve vyprávění je opakovaně akcentován dobrý konec vlivem šťastných okolností. Podstatná je zde také skutečnost, že klíčovým momentem narativní konfigurace je konfrontace s možností zemřít (*„nic horšího se mi nemůže stát, než že jako můžu umřít“*).

## ***II. Příběh Inky: „Přijala jsem to jako změnu, která mi pomohla“***

Analýzu příběhu paní Inky jsme prováděli již se znalostí a porozuměním příběhu paní Hannelore. Protože se tento postup v předchozí analýze osvědčil, i v tomto případě jsme se nejprve zaměřili na **identifikaci klíčových mezníků příběhu**.

Podobně jako Hannelore, také Inka se na začátku svého vyprávění krátce dotýká své životní situace před onemocněním a zároveň hned v úvodu reflektuje přínos onemocnění: *„ (...) nikdy jsem nepropadala žádný panice, ten stres vlastně byl jenom na začátku s tím papírem, kde bylo napsáno, že jsem maligní, ale jinak ten stres vlastně nikdy nepřišel. Naopak mně to pomohlo vyřešit takovou nepříjemnou situaci v zaměstnání, kde jsem byla strašně nespokojená, nešťastná (...) Chtěla jsem nějakou změnu, tak jsem si ji vlastně přála a sama jsem si to asi vnitřně, v podvědomí nějak naprogramovala (...).“* A zdánlivě překvapivě – a jak sama uvádí, *„paradoxně“* – i přes nepříjemné důsledky onemocnění a léčby hodnotí toto období jako *„nejpohodovější rok“*.

Tímto úvodem zároveň předznamenává další vývoj příběhu, jeho celkový tvar a ladění. Podobně jako v příběhu Hannelore, i Inčiny klíčové mezníky reflektují zejména průběh onemocnění a léčby: náhodné objevení útvaru v prsu, následující gynekologické a mamografické vyšetření, stanovení

diagnózy, operace, propuštění z nemocnice a pooperační období zahrnující, podobně jako v předchozím příběhu, nejprve rekondiční pobyty a později také aktivní působení v rámci svépomocného sdružení Mamma HELP.

Přesto jsou však oba příběhy odlišné, což se vyjevilo v rámci dalších kroků analýzy. Jestliže jsme ve vyprávění Hannelore identifikovali několik bodů obratu, které znamenaly výrazné dějové zvraty, v Inčině příběhu onemocnění je nejvýraznějším – a nejsilněji negativně prožívaným – **bodem obratu** stanovení diagnózy, potvrzení malignity nálezu: „*No a tam hned mi potvrdili, že teda to je maligní, to byl právě ten moment nepřijemnej, kdy už jsem to měla na papíře a kdy v tu chvíli mi vyhrkly slzy (...)*“. Následující vývoj příběhu nemoci a léčby pak Inka uvádí slovy: „*No a pak už to zase bylo takový příjemný (...)*“.

Další události jsou líčeny s určitým nadhledem až lehkostí: „*(...) operace, tam se mi moc líbilo (zasmání)*“ a na jiném místě: „*(...) tak, a je to za mnou, tak mi to vyndali, prsa mi neuřízli, tak jsem celá, tak co chci víc. Je něco ze mě pryč (...)*“.

Inka uvádí především pozitiva, která nemoc vnesla do jejího života: „*No, a potom jsem dostala plný invalidní důchod, takže vlastně jsem třetím rokem doma. Mám takovou pohodu, že nemusím ráno vstávat, což mě hrozně zatěžovalo...*“ Zmiňuje rovněž partnerskou rozdílnost jako pomocný faktor při zvládání nemoci i větší zapojení dcery do chodu domácnosti.

Celková linie Inčina vyprávění má tedy progresivní charakter – onemocnění je ve svém důsledku vnímáno jako spouštěč žádoucích změn v Inčině životě: „*Že to bude takhle blbá změna, to mě nenapadlo určitě, ani bych si to nepřála, ale prostě se to tak stalo, ale je fakt, že jsem to přijala opravdu jako změnu, která mi pomohla.*“

Završujícím krokem analýzy byla, stejně jako v předchozím příběhu, **identifikace žánrové konfigurace vyprávění**. Důležité je, že Inka zahrnuje nemoc do sféry své odpovědnosti a svého vlivu: „*Chtěla jsem nějakou změnu, tak jsem si ji vlastně přála a sama jsem si to vnitřně, v podvědomí nějak naprogramovala.*“ Nemoc zde figuruje jako cosi, co si pacientka nejenom přála, ale také – byť nevědomě – v jistém smyslu způsobila, tj. „naprogramovala“. Inka své onemocnění rakovinou přijímá jako to, co jí pomohlo v životě. Jak je uvedeno výše: změnu – při vědomí její negativity – chápe jako něco, co jí pomohlo. K hlavním figurám Inčina vyprávění patří „změna“ a „transformace“.

Rakovina je chápána jako prostředek žádoucí změny, jako otevření nového prostoru. Změna probíhá jak v „krajně události“ (situace v zaměstnání), tak také, a to především, v „krajně vědomí“ (vnitřní postoj). Řečeno Inčiny slovy: „...*je to o nastavení mysli... já si svým myšlením můžu pomoci.*“

V Inčiny příběhu je v konfrontaci s rakovinou výrazně akcentována sféra vlivu, aktérství a odpovědnosti. Inka se chápe jako odpovědný aktér jak ve vztahu k příčinám, tak také k průběhu a léčbě nemoci. Svůj vliv chápe jako cosi, co se odehrává především v „krajně vědomí“. *„Záleží na mně, jestli tomu dovolím, aby se to znovu otevřelo, nebo jestli tomu už nedám šanci nastartovat to.“* Také pro Inčin příběh je příznačný určitý „celkový tvar“, v němž je zkušenost onemocnění rakovinou konfigurována jako žádoucí a vnitřně kontrolovaná změna. Tato konfigurace se vyznačuje výrazným způsobem a mírou aktérství. Inka prožívá svoji nemoc jako cosi, co z podstatné části probíhá v její „režii“. Nacházíme zde jakési „titánské přitakání“ osudu, který je tak zahrnut do sféry vlastní vůle (Nietzscheho „Tak jsem tomu chtěl“).

### **III. Příběh Marianny: „Boj s větrnými mlýny“**

Posledním analyzovaným byl příběh Marianny. I tentokrát ovlivnila „čtení“ tohoto příběhu provedená analýza předchozích dvou příběhů. Postupovali jsme opět v popsání krocích, ovšem vzhledem ke zkušenosti s již analyzovanými příběhy hned od počátku analytické práce vystoupilo do popředí celkové ladění, které je výrazně odlišné od předchozích dvou příběhů.

Stejně jako v předchozích příbězích, i v případě Marianny je prvním klíčovým mezníkem nález v prsu. Na rozdíl od příběhů Hannelore a Inky však k němu dochází v medicínském kontextu – v rámci vyšetření u onkologa na popud gynekologa – což je pro Mariannu „*velkým překvapením*“, jelikož *„osm nebo devět let jsem v péči po půl roce, třech měsících, a najednou nález (...).“* Následuje ultrazvukové vyšetření, biopsie a sdělení diagnózy, které Marianna vnímá jako bezohledné: *„Nejhorší bylo vyslechnout to, to podání teda, to byla první věc (...).“* Sdělení diagnózy navíc přichází v době Marianniných dalších zdravotních obtíží. Následuje hospitalizace a operace – celková ablace prsu, kterou Marianna velmi těžko nese: *„Já si dodneška myslím, že jsem nemusela mít celý prso odoperovaný (...) ani podívat na sebe ne. Říkám – Kyklop. To je středověk, tohle.“* Podobně jako předchozí participantky dochází Marianna v pooperačním období do sdružení Mamma HELP, které vnímá

jako osobně nápomocné: „(...) *snad i tady tím, že jsem sem přišla nebo viděla jsem, zúčastňovala jsem se tu přednášek, tam nějaký posezení, no tak... nejsem sama, jak se říká, v jednotě je síla...*“

Klíčové mezníky Mariannina vyprávění se tedy výrazně neliší od předchozích dvou vyprávění, přesto je celkové směřování příběhu odlišné – zatímco vyprávění Hannelore a Inky směřují k pozitivnímu vyústění, linie Mariannina vyprávění má spíše regresivní, sestupný ráz. V celkovém ladění příběhu vystupují do popředí pocity křivdy, zoufalství, bezmoci, opakované narážky na nepochopení, nevlídné jednání ze strany zdravotnického personálu, které je vnímáno jako „*věčný boj*“ či „*boj s větrnými mlýny*“.

Jako završující krok je opět provedena žánrová analýza. Mariannino vyprávění nese nejvýraznější prvky žánru ironie. Základní figurou ironie je snižování, deziluze, skepse, rezignace, akceptace omezené, „upadlé“ či jinak pokřivené skutečnosti (Chrz a Čermák, 2005). Rovněž Mariannin způsob vymezování se vůči mašinérii lékařských vyšetření a procedur je charakteristický ironickým snižováním a zlehčováním. Chrz, Čermák a Plachá (2006a, b) uvádějí následující příklady: ošetřující lékař figuruje jako ten, kdo „*mrská notesem*“ a „*řeže*“, zdravotníci si „*vykazují čářečky*“, další lékař má u vyšetření „*stóry*“ a „*průpovídky*“. Tváří v tvář subjektivně značně nepříjemným situacím se však paní Marianna prezentuje jako „*poměrně otrlá, srdnatá*“, jako ta, která se „*umí ozvat*“, což dokumentuje mimo jiné poskytnutím zpětné vazby lékaři, který jí sdělil diagnózu rakoviny: „*(...) pro příště, važte ty slova (...) s někým to může pěkně zatočit, že i vy budete mít hlavu zamotanou*“. Chrz, Čermák a Plachá (2006a, b) nazvali tyto prvky v příběhu „*rétorickým aktérstvím*“, které můžeme chápat jako specifickou tendenci přebírání kontroly v těchto situacích. Spolu s výše popsáním celkovým laděním a strukturou příběhu „zapadá“ do obecné struktury žánru ironie.

### **Výsledky analýzy**

Prezentace souhrnných výsledků narativní analýzy bude provedena v návaznosti na zvolené výzkumné otázky. V procesu analýzy tří příběhů žen s onemocněním rakoviny prsu jsme postupovali ve čtyřech krocích, které byly podrobně popsány v předchozím textu. Každý z kroků výrazněji napomohl k zodpovězení jedné z podotázek a zároveň posunul míru porozumění textu-vyprávění o další úroveň. Jednotlivé kroky analýzy přirozeně

směřovaly k završující fázi (4. krok analýzy) – identifikaci žánrové konfigurace vyprávění, která zároveň nejvíce přispěla k zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

### ***Které mezníky považují participantky za klíčové v procesu rozvoje a léčby onemocnění?***

Zodpovězení této výzkumné podotázky se nejvíce dotýkal druhý krok procesu analýzy – identifikace klíčových mezníků příběhu. Zaměřením na *obsah* jednotlivých mezníků v kontextu *celého* příběhu tento analytický postup nejvíce odpovídá *holisticko-obsahové* perspektivě.

Příběhy žen s onemocněním rakovinou prsu v této studii je možné rozdělit do tří hlavních částí, přičemž každá z těchto částí vyprávění je dále členěna do dalších dílčích epizod: 1) *Události předcházející onemocnění*, 2) *Onemocnění rakovinou a léčba* a 3) *Období po ukončení léčby*.

Ad 1) Jedná se o úvodní část vyprávění, jež ukotvuje příběh v čase, začleňuje jej do kontextu konkrétního životního příběhu a uvozuje další vývoj a směřování příběhu. Zároveň lze již v této části vyprávění zachytit klíčová témata příběhu, která jsou v dalším vyprávění rozvíjena.

Pro Hannelore je toto období ve znamení odchodu dětí z domu, pracovního stresu a počínajících zdravotních problémů, které sama dává do souvislosti s rozvojem onemocnění. Inka zmiňuje nespokojenost v práci, Marianna zdravotní problémy v důsledku úrazu, v průběhu vyprávění také úmrtí manžela a další obtížné životní události. Následující vyprávění o boji s rakovinovým onemocněním tedy v případě všech účastnic nasedá na nepříliš pozitivně vnímané životní období. Přesto však každá z žen dále rozvíjí příběh svého onemocnění odlišným způsobem, což se nejzřetelněji vyjevilo v rámci třetího a čtvrtého kroku analýzy.

Ad 2) Část příběhu zachycující onemocnění rakovinou a proces léčby je možné na základě provedených rozhovorů rozdělit do několika dílčích mezníků: *Nález v prsu – vyšetření – oznámení diagnózy – léčba*.

**Nález v prsu** je pro participantky prvním klíčovým mezníkem této části příběhu. Hannelore na útvar v prsu upozorňuje partner – lékař, Inka si jej objevuje sama v kontextu úvah o plastice prsu, Marianně útvar v prsu nacházejí v rámci pravidelného lékařského vyšetření.

Následuje série lékařských **vyšetření** – gynekologie, ultrazvuk, mamograf, biopsie – a následně **oznámení diagnózy rakoviny**. Ve všech analyzovaných příbězích jde o klíčový moment a zároveň nejnižší bod vyprávění, umocněný účastnicemi vnímaným nešetným způsobem podání ze strany lékařů. Následuje chemoterapeutická a chirurgická **léčba**, kterou každá z žen prožívá a ztvárňuje odlišným způsobem – Hannelore zmiňuje setkání s „*dobrou partou lidí*“ a semknutí rodiny, Inka ji popisuje s určitým nadhledem a odlehčením jako „*docela příjemnou*“, Marianna naopak jako „*boj s větrnými mlýny*“. Inka i Marianna zůstávají po operaci bez recidivy a dále tedy popisují svůj návrat do běžného života, Hannelore prožívá další významný zvrat – objevení metastází na plicích a další operaci.

Ad 3) Třetí a závěrečná část vyprávění zahrnuje období po ukončení léčby. Jelikož kontakt na účastnice výzkumu byl získán prostřednictvím svépomocného sdružení Mamma HELP, pro všechny ženy bylo významným mezníkem této části příběhu právě zapojení do činnosti tohoto sdružení – Hannelore a Inka se dokonce stávají aktivními dobrovolnicemi v rámci poradny Mamma HELP. Pro všechny ženy představují aktivity sdružení setkání s dalšími pacientkami a informace zde získané významný zdroj pomoci a podpory.

Klíčovou součástí této části příběhů tvoří závěrečná reflexe, shrnutí zkušeností s onemocněním, které zároveň tvoří rozuzlení příběhů: Hannelore svoji zkušenost vyjadřuje slovy: „*No, já bych řekla, že nakonec mi ta nemoc víc dala než vzala*“, pozitivně hodnotí zejména zapojení do svépomocného společenství, semknutí rodiny a především osobní změnu – přehodnocení své někdejší potřeby „být užitečná“ ve smyslu většího vnímání vlastních potřeb. Inka reflektuje zkušenost s onemocněním již v úvodu vyprávění, když předesílá: „*(...) přijala jsem to jako změnu, která mi pomohla*“ a v závěrečném „zúčtování“ zdůrazňuje zisky, které jí onemocnění přineslo – vyřešení situace v zaměstnání i pozitivní změny v rodinném životě. Mariannino ztvárnění závěrečné části vyprávění se liší od předchozích dvou: Marianna vnímá



onemocnění jako „*věčný boj*“ či „*boj s větrnými mlýny*“, jako pravděpodobně zbytečnou vnímá rovněž celkovou ablací prsu, se kterou se nedokáže smířit.

### ***Jak tyto mezníky propojují vyprávění příběhu onemocnění?***

Jestliže druhý krok analýzy se zabýval jednotlivými mezníky vyprávění, v rámci třetího kroku jsme se zaměřili na způsob, jak jsou tyto mezníky propojeny v kontextu celého příběhu, jeho vývoje a směřování. Identifikace bodů obratu ve vyprávění ještě odpovídá spíše postupům *holisticko-obsahové* analýzy, zaměření na celkovou strukturu příběhu je charakteristické pro přístup *holisticko-formální*.

Celková linie vyprávění Hannelore odpovídá tvaru písmene U – linie příběhu má v návaznosti na první zdravotní potíže, nález v prsu, vyšetření a oznámení diagnózy nejprve sestupnou tendenci. Po oznámení metastázy na plicích onkoložkou, které tvoří pomyslné dno příběhu, opět stoupá a celkové vyznění příběhu směrem ke smíření a naději vtiskuje tomuto vyprávění vzestupný ráz.

Inčino vyprávění má progresivní, vzestupný charakter – nejnižším místem příběhu je oznámení diagnózy, další průběh nemoci, léčby a následný návrat do běžného života již Inka ztvárňuje ve smyslu vyřešení nepříjemné životní situace a nemoc jako takovou reflektuje jako změnu, která jí v tomto směru pomohla.

Zcela jiný ráz má vyprávění Marianny. Diagnózu rakoviny a další peripetie nemoci vnímá jako nesmyslné, absurdní, smyslu a zisku-prosté životní události. Celková linie vyprávění je tedy konstantně regresivní.

### ***Jaké varianty příběhů vyprávějí ženy s onemocněním rakoviny prsu?***

Poslední analytický krok – žánrová analýza příběhů – synteticky završil celý proces analýzy. S využitím poznatků z předchozích kroků analýzy byly příběhy srovnávány s obecnou strukturou žánrů komedie, romance, tragédie a ironie. Podle Chrze a Čermáka (2005) nelze jednotlivé žánry chápat jako přísně oddělené kategorie, ale spíše jako kontinuum. Podobně v našem výzkumu byl koncept žánru použit jako analytický nástroj sloužící k porozumění a popsání kontinua zkušenosti participantek tak, jak ji ztvárnily ve svých příbězích.

Ve vyprávěních žen, které onemocněly rakovinou prsu, je zkušenost s jejich onemocněním ztvárněna v rámci výrazných konfigurací. Budeme-li sledovat, co tyto konfigurace činí charakteristickými a odlišnými od ostatních,

můžeme provizorně identifikovat několik „dimenzí“ či „aspektů“. První výrazný rozdíl „celkového tvaru“ zkoumaných příběhů spočívá v již zmíněném různém způsobu a průběhu dosahování žádoucího, či vyhybání se nežádoucímu. To je ve shodě s Fryem (2003), podle kterého jsou základní strukturální principy narativní imaginace především strukturami „touhy“ (desire). Tento aspekt je dobře viditelný na Hannelořině příběhu (tvar U). Podobně se lze podívat také na zbývající dva příběhy: zatímco v případě Inky je žádoucí změna dosaženo, Mariannin příběh, podobně jako řada absurdních dramát, postrádá nějaké výraznější směřování, otázka žádoucího je zde tedy z podstatné části dána stranou.

Druhým výše zmíněným aspektem zkoumaných konfigurací je především způsob a míra aktérství (*agency*). Vyprávějíci – vzhledem k dosahování žádoucího, či vyhybání se nežádoucímu – různým způsobem ztvárňují svou kapacitu jednat, a vymezují tak sféru svého vlivu a odpovědnosti. Zatímco například v Hannelořině vyprávění přispívají k dobrému vyústění spíše šťastné okolnosti, v případě Inky probíhá žádoucí změna z podstatné části v „režii“ nemocné. Také Marianna si ve svém příběhu vymezuje jistou „sféru vlivu“, v níž disponuje určitou podobou „režie“, tj. umí se ozvat v ironickém zlehčování a snižování.

Zde je možné navázat na Franka (1995) a jeho pojetí a typologii „vyprávění nemoci“. Jeho pojetí, zdůrazňující dimenzi kontroly versus kontingence (nepředvídatelnosti a neovlivnitelnosti), poskytuje rámec, v němž je možné uvažovat o výše uvedených příbězích. Konfigurace konstruované v těchto příbězích lze chápat jako způsoby, jakými nemocné ženy odpovídají na určité otřesení a přerušování, jež do jejich života vnesla rakovina prsu. V Hannelořině příběhu nalézáme akceptaci tváří v tvář nejzazší podobě kontingence lidského života, tj. faktu smrtelnosti („*nic horšího se mi nemůže stát, než že jako mužů umřít*“). Hannelořino vyprávění se vyznačuje zvláštním způsobem akceptace, se kterým otupuje hrany i samotné smrti. V jejím způsobu ztvárnění se z kontingence lidského života, včetně její nejzazší podoby, stávají „šťastné okolnosti“ přispívající „k dobrému konci“.

Také Marianna se ve svém příběhu vztahuje ke kontingenci lidského života. Na způsob „absurdního dramatu“ chápe svoji situaci jako nepochopitelnou a marnou. V jejím případě lze jen těžko hovořit o akceptaci kontingence, spíše lze říci, že Marianna si od své situace udržuje určitý odstup tím, že ji v ironickém zlehčování ztvárňuje jako absurdní. Marianna určitým

způsobem „suspenduje“ tíživou stránku kontingence života tím, že ji přesouvá do oblasti absurdního a marného boje s lékařskou mašinerií.

Ve srovnání s předcházejícími příběhy není v Inčině příběhu nemoc prostorem kontingence, ale naopak prostorem kontroly. Fakt, že Inka onemocněla, ale také to, zda se nemoc vrátí, „záleží na ní“. Minulost, přítomnost i budoucnost jsou zahrnuty do sféry vlastního vlivu a vlastní vůle. Tím, že Inka takto dává stranou základní kontingenci lidského života, tak podstatným způsobem dává stranou také zkušenost lidské smrtelnosti, křehkosti a konečnosti.

### **Limity**

Prubířským kamenem každé výzkumné práce je validita (např. Čermák, 2002; Čermák a Štěpaníková, 1997, 1998; Parker, 2004; Polkinghorne, 2007). Jedním z pilířů validity v kvalitativním výzkumu je kritérium teoretické nasycenosti. Podobně jako v jiných přístupech kvalitativní analýzy není velikost výzkumného souboru daná předem, ale v průběhu analýzy se ptáme, zda další výzkumná data ještě přinášejí nové poznatky, či zda je již možné výzkum ukončit. Avšak dostatečně docenit výhodu kvalitativního výzkumu lze jen tehdy, když si budeme neustále připomínat, že zobecnitelnost zjištění se neodvozuje od velikosti vzorku. Odpověď na otázku, zda „nositel“ zkušenosti nám poskytl takové informace, které přispívají k porozumění zkoumaného jevu, je mnohem důležitější. Lze se tudíž ptát, zda paní Hannelore, paní Marianna a paní Inka jsou „validními“, či lépe řečeno věrohodnými vyprávěčkami z hlediska zkoumaného jevu – zkušenosti žen s rakovinou prsu. Zda jejich vyprávění obohacuje naše vědění o daném fenoménu. Zda je srozumitelné a umožňuje sdílení. Abychom dostáli jednomu z kritérií validity či věrohodnosti kvalitativního výzkumu, měli bychom se pokusit „nalézt“ takové příběhy, které by nepodporovaly zjištění, že se vyprávění odvíjí v režimu nějakého žánru, nebo takové, které by popřely nález, že způsob vyprávění – žánr – je zdrojem údajů o osobnosti, způsobu zvládání životních krizí apod.

Všechny výzkumné rozhovory byly získané prostřednictvím sdružení Mamma HELP – z hlediska co nejširšího zachycení zkušenosti s rakovinným onemocněním, z hlediska jeho ztvárnění v životním příběhu by bylo nosné zahrnout do výzkumného souboru i ženy, které tento druh svépomoci nevyhledaly.

Dalším prostředkem validizace by mohlo být zahrnutí další perspektivy narativní analýzy či dalšího výzkumného nástroje vedle použitého rozhovoru (např. technika čáry života, Tyl, 1985; Čermák, 2004; Chrz a Čermák, 2005; Vlčková a Blatný, 2005, či analýza deníků, případně kompletní NOI, apod.). Pro potřeby narativní analýzy v naší ukázce jsme v završujícím kroku využili koncept žánrů. Klasické literární žánry (mythoi podle Frye) jsme však využili jako inspiraci, nikoli jako „kadlub“, do něhož vměstnáme osobité příběhy, které si předtím uzpůsobíme předem vymezeným charakteristikám. A tak přestože jsme v příbězích participantek identifikovali znaky žánru romance, komedie a ironie, jejich konkrétní obsah i tvar jsme identifikovali v procesu analýzy a interpretace. Jinak řečeno, každá dílčí analýza má svoje omezení, což je třeba mít na zřeteli. Jedině tak je možné se vyhnout zjednodušením či metodologické „demagogii“.

Z hlediska posílení participativní, dialogické stránky výzkumu bychom mohli provedené analýzy poskytnout účastnicím a požádat je o zpětnou vazbu k námi provedené analýze, což bývá hojně využíváno i v závěrečných studentských pracích (např. Pfeřlová, 2008).

Zpětná vazba, kterou účastníci výzkumu poskytují k analýzám a interpretacím výzkumníků, má i další funkci – transparentnost. Z rigorózního hlediska je jeho validizační síla slabší než u jiných technik validizace, avšak posiluje demokratický, neautoritativní ráz výzkumu jako formy komunikace v kultuře. Takový „audit“ provedený participanty posiluje pluralitu perspektiv a jeho důsledkem může být i podnětění sebereflexe účastníků, posílení či změna postoje, apod.

Nezbytnou součástí „reálného výzkumu“ by dále byla propracovaná diskuse, zahrnující zasazení výsledků analýzy do kontextu stávajících výzkumů, s návrhy případného využití poznatků pro praxi i naznačení směrů dalšího zkoumání. Například kategorii „strategie zvládnutí“ a další by bylo potřebné a užitečné propojit s existujícími teoretickými koncepty z oblasti klinické psychologie, psychoonkologie (copingové strategie, koncept osobní nezdolnosti a další).

### **Kritéria hodnocení výzkumné zprávy**

Existuje řada vynikajících článků či kapitol v knihách, které lze použít jako vodítko pro kritické hodnocení kvalitativní výzkumné zprávy (např. Elliott, Fisher a Rennie, 1999; Parker, 2004; Čermák, 2006; Polkinghorne, 2007; Josselson a Lieblich, 2003) a je zřejmé, že je lze s úspěchem aplikovat

i na narativní studie. Je to proto, že kvalitativní výzkum navzdory teoretické diverzifikaci různých svých podob (přesnější by bylo zdůraznit různá teoretická východiska, ale také obecnější pojetí účelu příslušného druhu kvalitativního výzkumu) konverguje ke sdílení pravidel pro praktické provedení výzkumu. Hollowayová a Freshwaterová (2007) jsou přesvědčeny o tom, že obecnější rámec, který je srozumitelný odborné komunitě, je vhodný jako východisko posouzení kvality kvalitativního, a tedy i narativního výzkumu: například dostatečně široká výzkumná otázka, která odpovídá narativní výzkumné perspektivě, zdůvodněná a diskutovaná podložená výzkumná metodologie a z ní odvozený design, kontextuální včleněnost, dále takový způsob práce s literaturou, který naznačuje mezery ve vědění o daném jevu, a tudíž poskytující argumenty pro volbu narativního výzkumu atd. Autorky však zároveň upozorňují na to, že tato kritéria dostatečně nepostihují kvalitu narativního výzkumu, která závisí především na tom, zda narativní výzkum byl pro daný problém zvolen vhodně, zda se neopomněla holistická perspektiva při interpretaci, zda bylo dosaženo určité věrohodnosti (validity) výzkumu (tedy i výzkumných zjištění) a zda je zpráva o výzkumu srozumitelná.<sup>11</sup>

Lieblíková, Tuval-Mashiachová a Zilberová (1998) navrhly čtyři kritéria pro hodnocení kvality narativního výzkumu: **1. Šíře:** komplexnost výzkumných zjištění (četné citace a návrhy alternativních výkladů, což dává čtenáři podklady pro posouzení kvality provedeného výzkumu a interpretace nálezů). **2. Koherence:** způsob, kterým jsou různé části interpretace použity k tvorbě úplného a smysluplného obrazu zkoumaného jevu. Autorky rozlišují mezi vnitřní koherencí, tj. jak do sebe zapadají dílčí části, a externí koherencí, totiž jak nálezy souvisejí s existujícími teoriemi a předchozími výzkumy.<sup>12</sup> **3. Vhled a porozumění:** čtenář nabude přesvědčení, že příběh a jeho analýza přináší něco nového nebo originálního. **4. Úspornost:** schopnost provést analýzu založenou na malém počtu konceptů tak, aby

11 Hollowayová a Freshwaterová (2007, s. 145–147) nabízejí podrobný formát pro hodnocení narativních studií v podobě otázek, které jsou užitečným a konkrétním vodítkem pro hodnocení výzkumné zprávy).

12 Parker (2004) však upozorňuje, že každé kritérium může být konkrétním výzkumem zpochybněno. Koherence kupříkladu totiž také znamená, že se postupně od jednoho bodu k druhému buduje interpretace, až se dosáhne smysluplného uzavření celku. Lze si však představit případy, kde zcela záměrně zůstávají interpretace fragmentované a otevřené (Curt, 1994, pochybnosti o užitečnosti kritéria koherence vyjadřuje i Mishler, 1999).

působila elegantně nebo esteticky. Toto kritérium odkazuje na schopnost výzkumníka prezentovat písemně nebo ústně výsledky svého výzkumu. Dle našeho mínění by nemělo být přeceňováno. Podobně uvažuje o výsledku narativního výzkumu Riessmanová (1993, s. 65–68, 2008, s. 183–200), když na něj pohlíží prizmatem přesvědčivosti, korespondence, koherence a pragmatického důsledku.

Greenhalghová s Wengrafem (2008) provedli rok trvající online delfskou studii s cílem vytvořit předběžný návod k identifikaci „dobrého“ narativního výzkumu. Mimo jiné zjistili, že se experti shodli, že narativní výzkum musí splňovat obecná kritéria vysoce kvalitního výzkumu jako jsou: a) původnost, jasnost a důležitost výzkumné otázky, b) vhodně zvolený výzkumný design ve vztahu k výzkumné otázce, c) velikost a reprezentativnost zkoumaného souboru, d) robustnost procesu sběru dat včetně použitých nástrojů sběru dat, zkušenosti výzkumníků, úroveň připravenosti a supervize výzkumného týmu, e) rigorózní a transparentní analýza zahrnující koherenci teoretického rámce a identifikovatelné jednotky analýzy, f) logika a koherence souvislostí mezi zjištěními a závěry, g) výzkumníkovo vědomí, že může dojít k chybám a explicitní vyjádření kroků vedoucích k jejich minimalizaci v průběhu celého výzkumného procesu. Výzkumu se zúčastnilo 20 participantů převážně z Velké Británie, ani jeden z nich však nebyl autory studie deklarován jako psycholog. Navíc z analýzy byli vyloučeni takoví účastníci, kteří považovali osobní příběh za podklad k narativní analýze bez nutnosti zakotvení v historickém (anamnestickém) kontextu. Za problematickou považujeme především položku c), která bez bližšího objasnění odkazuje k tradičnímu kvantitativnímu výzkumu.

Narativní analýza má řadu podob, na některé z nich jsme průběžně upozorňovali v textu, či jsme je sami použili k analýze. V tradici narativního výzkumu se tak můžeme setkat s analýzou narativního umístování (*narrative positioning*), tématickou analýzou, obsahovou analýzou, strukturální analýzou, holistickou analýzou a dalšími. Hiles, Čermák a Chrz (Čermák, Hiles a Chrz, 2007; Hiles a Čermák, 2008) se pokusili o integraci různých přístupů v narativně orientovaném výzkumu (NOI). Cílem všech variant narativní analýzy je prokázat, že jsou vhodnými přístupy k porozumění významům, které lidé dávají příběhům o svých životech. Jsou nástrojem narativního modu poznávání, a představují tudíž nezastupitelnou podobu epistemologie.

## Doporučená literatura

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. London: Sage Publications.

Hojně používaná monografie s příklady holisticko-obsahové, holisticko-formální, kategoriálně-obsahové a kategoriálně-formální narativní analýzy.

Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.

Původní česká monografie o narativním výzkumu s řadou ukázek z výzkumu.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Příručka zahrnující různé přístupy k narativní analýze: tematickou, strukturální, interakční, dialogicko-performanční a vizuální.

Hiles, D., Čermák, I. (2008). Narrative psychology. In C. Willig, W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research psychology* (s. 147–164). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kapitola nastiňující možnosti integrace různých přístupů k analýze narací. Je zároveň zdrojem této kapitoly. Česká verze: Čermák, I., Hiles, D., Chrz, V. (2007). Narativně orientovaný výzkum: interpretační perspektivy. In V. Řehan, M. Šucha (Eds.), *Psychologica 37, Sborník z konference Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku 6* (s. 53–66). Olomouc: Univerzita Palackého.

Emerson, P., Frosh, S. (2004). *Critical narrative analysis in psychology: A guide to practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Vynikající příručka psychologické narativní analýzy s prvky analýzy diskursivní, zachycující různé úrovně a sekvence analýzy. Detailní analýza jednoho případu ukazuje, jak procedury narativního výzkumu pomáhají porozumět komplexní zkušenosti.

## Další užitečné prameny

Clandinin, J. (Ed.). (2007). *The handbook of narrative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Academic Press.

Josselson, R., Lieblich, A., McAdams, D. P. (Eds.). (2003). *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research*. Washington, DC: American Psychological Association.

Mnoho příkladů narativního výzkumu lze nalézt v jedenáctidílné sérii studií souhrnně označené *The Narrative Study of Lives*, šest z nich bylo

vydáno nakladatelstvím Sage a editováno Josselsonovou a Lieblichovou (Josselson a Lieblich, 1993, 1995, 1999; Lieblich a Josselson, 1994, 1997) a pět dalších vyšlo v nakladatelství APA Books pod editorským dohledem Josselsonové, Lieblichové a McAdamse (2003, 2007), Lieblichové, McAdamse a Josselsonové (2004) a McAdamse, Josselsonové a Lieblichové (2001, 2006).



## Metody diskurzivní analýzy

*Kateřina Zábrodská a Magda Petrjánošová*

Diskurzivní analýza (*discourse analysis*, dále DA) je zastřešující pojem pro přístupy zabývající se rolí jazyka při konstrukci sociální reality (Willig, 2008). Z metodologického hlediska DA zahrnuje systematické postupy sběru, transkripce a analýzy kvalitativních dat, především verbální interakce (konverzace, interview, focus groups) a psaných textů (mediální dokumenty, informační brožury, učebnice, atp.). DA tedy nepředstavuje jednu metodu, ale celou řadu interdisciplinárních přístupů, které se do určité míry liší z hlediska teoretických východisek i analytických konceptů a postupů.

Wodak (2008) dokonce už v současné době hovoří o *discourse studies* jako o specifické společensko-vědní disciplíně na pomezí lingvistiky, psychologie, sociologie, etnologie, kulturologie, filozofie a dalších. Studia diskurzu se zabývají jak analýzou různých textů v písemné podobě (od textu na krabičce od zubní pasty po programy politických stran), tak analýzou mluvené řeči v podobě interview, fokusových skupin, televizních debat a dalších textů, jejichž neoddelitelnou součástí je i vizuální obraz (např. reklamy v televizi, multimediální online texty).

Wetherell, Taylor a Yates (2001a) rozeznávají šest tradic diskurzivně analytického výzkumu: 1. konverzační analýza a etnometodologie, 2. interakční sociolingvistika a etnografie komunikace, 3. diskurzivní psychologie, 4. kritická diskurzivní analýza a kritická lingvistika, 5. bachtinovský výzkum, 6. foucaultovský výzkum. Přes vzájemné rozdíly všechny tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že porozumění psychické a sociální realitě vyžaduje zkoumat procesy, jimiž je tato realita reprezentována, reprodukována či transformována v jazyce a dalších sémiotických systémech (Zábrodská, 2009). Diskurzivní analýzu tak lze definovat jako skupinu přístupů, které se zaměřují na hledání pravidelností objevujících se při utváření významu psychické a sociální reality v psaném a mluveném jazyce (Wetherell, Taylor, Yates, 2001a).

V psychologii se uplatňuje celá řada směrů DA: diskurzivní psychologie, foucaultovská/poststrukturalistická diskurzivní analýza, kritická diskurzivní

psychologie a kritická diskurzivní analýza.<sup>13</sup> V této kapitole se zaměříme na **kritickou diskurzivní psychologii** (*critical discursive psychology*, dále CDP). Pro tento přístup je klíčové, že vychází z konstrukcionistického paradigmatu, což je potřeba zvážit při volbě výzkumného designu. Volba DA je namístě, pokud v našem výzkumu předpokládáme, že realita je utvářena spíše než reflektována. Tím máme na mysli, že účastníci a účastnice našeho výzkumu prostřednictvím svých výpovědí pouze nepopisují sebe sama a svět kolem sebe, ale že je také současně utvářejí – konstruují.

Výzkumné problémy, k jejichž zodpovězení je vhodné zvolit DA, zahrnují (ale nejsou omezeny na) následující otázky? Jak sociální aktéři konstruují určitý aspekt psychosociální reality? S jakými důsledky pro identitu a možnosti jednání? Jakými jazykovými prostředky je dosahováno této konstrukce? Jaké mocenské vztahy jsou utvářeny v rámci těchto konstrukcí? Jak jsou tyto konstrukce provázány s fungováním sociálních institucí a společnosti jako takové?

### **Kritická diskurzivní psychologie aneb analýza interpretačních repertoárů**

CDP volíme pro účely této monografie proto, že představuje syntetizující typ diskurzivní analýzy, který poskytuje výzkumníkům/cím značnou flexibilitu. CDP označuje směr, který propojuje tzv. mikro- a makroanalýzu diskurzu (Wetherell, 1998; Wetherell a Edley, 1999). Jedná se o jeden z novějších směrů DA, který překlenuje etnometodologické přístupy orientované na funkce řeči a kritické směry zajímavící se o ideologickou funkci diskurzu a jeho zasazení do kulturního a historického kontextu.<sup>14</sup> Zaměření CDP je tedy dvojí. Na jedné straně v návaznosti na diskurzivní

---

13 Přehled hlavních směrů a jejich aplikace v psychologii, viz Zábrodská (2010).

14 Podobně jako některé další metody (např. IPA), je CDP spjata s celou řadou teoretických předpokladů o povaze sociální reality a možnostech jejího poznání. Východiska CDP zahrnují teorii řečových aktů, etnometodologii, sémiologii, kritickou teorii a poststrukturalismus (Wiggins, 2009). Použití CDP tedy vyžaduje jejich znalost a aplikaci. Vzhledem k tomu, že cílem této monografie je představit postupy analýzy, teoretickými východisky CDP se zde nezabýváme. Zájemcům lze doporučit celou řadu zahraničních (např. Potter a Wetherell, 1987; Wetherell, Taylor a Yates, 2001a; Wetherell, 1998; Wiggins, 2009; Wiggins a Potter, 2009; Wooffitt, 2005) a českých a slovenských textů (Bačová, 2009; Beneš, 2008; Homoláč, 2009; Plichtová, 2000; Zábrodská, 2006, 2009) zabývajících se teoretickými východisky diskurzivní analýzy v psychologii.

psychologii zkoumá **použití a funkce řeči v sociální interakci** (Wiggins, 2009). Jinak řečeno, zabývá se tím, jak mluvčí používají řeč, aby dosáhli určitých komunikačních a interpersonálních cílů (obhajoba, vyjádření postoje, získání kontroly, atp.). V rámci tohoto zaměření nás tedy například může zajímat, jak klienti v průběhu terapie používají řeč k tomu, aby odmítali a přesouvali vinu za rozpad partnerského vztahu na svého partnera/ku (např. Wiggins a Potter, 2009). Na straně druhé se CDP v návaznosti na kritickou teorii zajímá také o obecné a ve společnosti **sdílené vzorce utváření významu a porozumění a o jejich ideologické důsledky**. Těmito vzorci máme na mysli kulturně sdílené vzorce významů (tzv. *interpretační repertoáry* nebo *diskurzy*), které mají členové kultury k dispozici při porozumění a konstrukci sociální reality. Cílem CDP je identifikovat v analyzovaných textech tyto sdílené vzorce, popsat jejich funkci v dané interakci a analyzovat jejich ideologické důsledky pro jedince a skupiny. V rámci tohoto zaměření se tak můžeme například soustředit na to, jaké konstrukce (významy) partnerského vztahu používají klienti v průběhu terapie a jaké mají tyto konstrukce důsledky pro jejich identitu a (ne)udržování partnerského vztahu (např. Willig, 2008).

V praxi je CDP velmi blízká foucaultovské diskurzivní analýze (*Foucauldian discourse analysis*, dále FDA), označované někdy také jako poststrukturalistická diskurzivní analýza (blíže viz Zábrodská, 2009). Přes jejich rozdílné názvy se ve skutečnosti jedná o metody s podobnými východisky a postupy analýzy. Postupy, kterými se níže zabýváme, lze tedy uplatnit jak pro CDP, tak FDA.

### **Výzkumná otázka**

Volba výzkumné otázky se stejně jako u ostatních kvalitativních metod odvíjí od povahy výzkumného problému. V některých situacích však máme při volbě výzkumné otázky volné ruce, například při analýze již poskytnutých dat, kdy provádíme analýzu „na zakázku“. Máme tedy k dispozici data, která byla sebrána pro jiné výzkumné účely, a naším úkolem je teprve na základě těchto dat zvolit, na co se v analýze zaměříme. (Jedná se tedy o opačný postup než při standardním výzkumu, kde typicky začínáme výzkumnou otázkou a teprve až na jejím základě volíme a sbíráme data.) V této situaci opakovaně pročítáme empirický materiál a zjišťujeme, jaká témata budou pro analýzu nejvíce nosná. Nosnost témat může být založena

na různých kritériích. Může se jednat o téma, které: 1. je v analyzovaných datech nejčastěji zmiňováno, 2. se jeví jako klíčové pro účastníky/ce výzkumu, 3. se vztahuje k výzkumnému problému, kterým se dlouhodobě zabýváme, 4. umožňuje zaplnit „mezeru“ ve stávající teorii a stavu vědění.

Klíčová je vhodná formulace výzkumné otázky, která musí odpovídat teoretickým a epistemologickým východiskům DA v sociálním konstrukcionismu. Je důležité si uvědomit, že existuje celá řada výzkumných otázek, které pomocí CDP (a diskurzivní analýzy jako takové) zodpovědět nemůžeme. DA se zabývá sdílenými jazykovými prostředky a jejich užitím v lidské interakci. Není tedy vhodná pro zkoumání vztahů mezi proměnnými (jako metoda zakotvené teorie) nebo individuálního prožívání (jako IPA). Jak bylo uvedeno výše, v DA se výzkumná otázka zaměřuje na způsoby konstruování psychosociální reality, prostředky těchto konstrukcí a jejich důsledky: Jak je konstruován objekt našeho výzkumného zájmu? Pomocí jakých jazykových a rétorických strategií je této konstrukce dosahováno? Jaké jsou ideologie vztahující se k objektu našeho výzkumného zájmu? Jako příklad uveďme několik výzkumných otázek z konkrétních výzkumů: Jakým způsobem je konstruován význam „deprese“ ženami s touto diagnózou (Lafrance, 2007)? Jaké diskurzy stárí a stárnoucího těla používají aktivní seniorky a s jakými důsledky pro svou identitu (Paulson a Willig, 2008)? Jak muži konstruují sociální identitu „muže“ a jak se k této konvenční definici mužství vztahují (Wetherell a Edley, 1999)? Jaké diskurzivní mechanismy používají lidé k vyjadřování xenofobních a sexistických předsudků (Gotsbachner, 2001; Speer a Potter, 2000)?

## **Tvorba dat**

### ***1. Vhodný typ dat***

DA se typicky zaměřuje na data „textové povahy“, čímž máme na mysli verbální interakci a psané texty všeho druhu (Potter a Wetherell, 1987). Konkrétní typ dat, která budeme sbírat, se odvíjí od výzkumného problému. Chceme-li například zkoumat konstrukce zdraví a nemoci v současné onkologii, vhodným materiálem budou rozhovory s lékaři doplněné analýzou dokumentů (např. informačních letáků a brožur distribuovaných onkologickým pacientům). Zajímají-li nás změny identity pacientů v důsledku nemoci, vhodným materiálem budou polostrukturované rozhovory s pacienty. Chceme-li studovat mocenskou asymetrii mezi lékaři a pacienty, zvolíme

nahrávky konverzací mezi lékaři a pacienty v přirozeném prostředí, např. v lékařské ordinaci a při vizitách (podaří-li se nám do takového prostředí získat přístup). Nahrávky tohoto typu nám umožní studovat, jak je mocienská nerovnost utvářena přímo prostřednictvím konkrétních konverzací mezi lékaři a pacienty.

Pokud nám jako data neslouží psaný text, ale verbální interakce (konverzace, výzkumné interview, focus group), je nutné tyto interakce nahrát na diktafon či videokameru a následně přepsat do písemné podoby. V DA nelze pracovat pouze s terénními poznámkami z interview a konverzací (jako například v etnografii). To proto, že cílem DA je detailní analýza jazyka a jeho role v konstrukci psychosociální reality, což vyžaduje přesný a detailní záznam použitého jazyka, včetně použitých slov, frází, ale (v případě některých typů analýz) také pauz, intonace, zadrhnutí v řeči a dalších paraverbálních znaků. Význam detailního přepisu vychází z předpokladu, že pokud je řeč orientovaná na jednání (*action oriented*), pak jsou právě takové detaily řeči klíčové pro akty, které konkrétní výpověď vykonává (Wilkinson, 2000). Jak ukazuje například konverzační analýza, i zdánlivě nevýznamné paraverbální projevy mají v sociální interakci značný význam. Za účelem přepisu audio či videomateriálu byly proto vyvinuty poměrně sofistikované metody přepisu neboli tzv. transkripční notace (viz níže).

DA nejčastěji pracuje s audio nebo videonahrávkami verbální interakce a psanými texty, avšak jednotlivé směry DA se z hlediska vhodnosti různých typů dat liší.<sup>15</sup> V případě CDP je kromě konverzací v přirozeném prostředí nejhodnějším (a nejobvyklejším) materiálem **výzkumný rozhovor**. Rozhovor umožňuje analyzovat jak sdílené vzorce významů dostupné účastníkům a účastnicím výzkumu, tak také interakční kontext, ve kterém jsou uplatňovány. Rozhovor může mít relativně nestrukturovanou povahu, ale vhodnější je **polostrukturovaný rozhovor** se stanoveným okruhem otázek, na které účastníci/ce volně odpovídají. Seznam otázek zaručuje, že se účastníci/ce budou vyjadřovat ke stejným tématům, což je důležité proto, že tak můžeme nejlépe identifikovat sdílené způsoby konstrukce jevů, které jsou objektem našeho zájmu (Potter a Wetherell, 1995). Například ve výzkumu Wilkinson (2000) zaměřeném na analýzu laické etiologie rakoviny prsu byl

---

15 Například konverzační analýza a diskurzivní psychologie preferují jako materiál pro analýzu konverzace v přirozeném prostředí, tedy ve výzkumníkem/cí neovlivněné situaci (blíže k výhodám tohoto typu dat, viz Wiggins a Potter, 2009).

při realizaci focus groups s ženami s touto diagnózou stanoven seznam otázek orientovaných na několik klíčových témat: sdělení diagnózy, zvládnání a podpora, dopad na zdraví a vztahy a předpokládané příčiny rakoviny. Tato témata byla pokryta ve všech 13 focus groups, což následně umožnilo získat bohatý korpus výpovědí týkajících se laických konstrukcí příčin rakoviny. Vhodné také je, abychom se na téma, které je objektem výzkumu, účastníků/cí ptali vícekrát v různých kontextech (Potter a Wetherell, 1995). To nám umožní rozkrýt různé konstrukce stejného jevu, které mají mluvčí k dispozici, a sledovat, jaké funkce plní v závislosti na kontextu.

Pro účely CDP ideálně pracujeme s větším množstvím rozhovorů (příp. konverzací či focus groups), a to v řádu desítek rozhovorů. To proto, že hledáme kulturně sdílené významové vzorce, které by se tedy měly objevovat napříč rozhovory s příslušníky zkoumané skupiny, nikoliv pouze u několika málo případů. Například v již zmiňovaném výzkumu laické etiologie rakoviny prsu (Wilkinson, 2000) bylo použito 13 focus groups, jichž se účastnilo celkem 77 žen s diagnózou tohoto onemocnění. Výzkum Öster et al. (2007) analyzující interpretační repertoáry rakoviny prsu byl založen na analýze rozhovorů s 42 ženami a výzkumu věnujícímu se konstrukci aktérství u pacientů a pacientek s různými typy rakoviny se účastnilo 43 participantů/tek (Bishop a Yardley, 2004). Záleží ovšem na výzkumném zaměření a výzkumné otázce, například v případě detailní analýzy jazykových a rétorických strategií (spíše než analýzy interpretačních repertoárů) postačuje i menší počet rozhovorů.

Důležité je rovněž vhodně zvolit formát rozhovoru. Na rozdíl od narativního rozhovoru by rozhovor realizovaný pro účely DA neměl popisovat ani tak sled událostí (co se kdy stalo, co předcházelo čemu atp.), ale především objasňovat významy a argumentace. Ze strany výzkumníka/ce proto můžeme častěji zasahovat do rozhovoru tak, aby účastníci/ce byli podněcováni k argumentaci: Jak chápete to a to? Jak byste to popsala? Jak si to vysvětlujete? Cílem je získat data bohatá na argumentaci, rétoriku, a významy. Níže si ukážeme, že některé formáty rozhovorů nejsou pro CDP vhodné.

## ***2. Transkripce dat***

Nahrávky verbální interakce, které chceme analyzovat, je nutné přepsat do písemné podoby. Transkripce v DA je obvykle detailnější než konvenční metody přepisu. Míra detailnosti přepisu se liší v závislosti na výzkumné

otázce. Pokud například chceme zkoumat vyjednávání mocenských pozic mezi lékařem a pacientkou, pak je detailní přepis zahrnující paraverbální znaky (pauzy, intonace, zaváhání, důraz) nutný, protože tyto znaky jsou součástí mocenského vyjednávání. Například direktivní a důrazná řeč na straně lékaře a naopak váhání a dlouhé pauzy na straně pacientky jsou nedílnou součástí toho, jak je mezi nimi ustanovována mocenská nerovnost. Míra detailnosti však současně závisí také na typu diskurzivní analýzy, který pro svůj výzkum zvolíme. Obecně platí, že CDP nevyžaduje tak detailní přepis jako například konverzační analýza a diskurzivní psychologie. I přesto je však vhodnější zvolit spíše detailnější přepis zahrnující paraverbální a non-verbální znaky, jelikož tyto znaky ovlivňují význam řečeného a nedůsledný přepis by tak mohl změnit význam analyzovaných výpovědí. Nejprpracovanější transkripční notace vhodné pro velmi detailní přepis nalezneme u konverzačních analytiků (Atkinson a Heritage, 1984), avšak pro účely CDP obvykle postačí základní notace tak, jak je prezentuje Wooffitt (2005, s. 201). Příklady viz Rámeček 5.16.

#### Rámeček 5.16 Příklady transkripční notace

<u>podtrhnutí</u>	podtrhnutí značí důraz
VELKÝ	velká písmena značí zvýšení hlasu u daného slova
=	rovnítko značí návaznost promluv mezi jednotlivými mluvčími
(.)	tečka mezi dvěma kulatými závorkami značí krátkou pauzu (pokud je v závorce číslo, označuje přesnou délku pauzy v sekundách)

Jednotlivé řádky přepisu se v CDP často číslují. Ve výstupech pak výsledky analýzy dokumentujeme ukázkami z rozhovorů a odkazujeme přímo na čísla řádků, o kterých se vyjadřujeme, což zjednodušuje orientaci v textu. Níže jako příklad uvádíme krátký výňatek z focus group představující střední hranici detailnosti přepisu. Ukázka pochází z focus groups o rakovině prsu (Wilkinson, 2000, str. 448). V ukázce jedna z účastnic výzkumu, Doreen, reaguje na otázku, zda má nějaké vysvětlení, proč se u ní rakovina rozvinula (viz Rámeček 5.17).

### Rámeček 5.17 Ukázka číslování řádků v transkripci

24	<i>Doreen:</i> Ne – Jedině snad, z mého pohledu, nevím,
25	říká se, říká se, že kojení by mělo, ehm,
26	zaručit nějakou formu <u>ochrany</u> . No, tak já jsem kojila a teda
27	[smích], u mě to evidentně nefungovalo, že jo? Ehm, co byla
28	ta další věc? Říká se, že braní antikoncepce, neprokázalo se, že by
29	[pauza], říkám to správně?

Jak je z této ukázky patrné, Wilkinson (2000) ve svém výzkumu použila doslovný přepis interakce zahrnující paraverbální znaky (přeřeknutí, opakování, důrazy) a nonverbální znaky (smích, zaváhání). Taková forma přepisu je dostatečně detailní na to, aby umožnila interakční analýzu, avšak nezahlučuje detaily snižujícími čtivost textu. Nezahrnuje tedy takové detaily, jako je například délka pauz (které bychom museli zohlednit pro účely konverzační analýzy a diskurzivní psychologie). Úroveň detailnosti prezentovaná ve výše uvedené ukázce bude vhodná pro většinu studií v rámci CDP/FDA.

## Postup analýzy

### 1. Základní analytické koncepty

Předtím než popíšeme postupy analýzy, je potřeba definovat základní koncepty, se kterými CDP pracuje: **interpretační repertoáry**, **diskurzy**, **subjektové pozice**. Tyto koncepty jsou ekvivalentem konceptů, které používají jiné typy kvalitativních metod. Podobně jako je cílem zakotvené teorie identifikovat kategorie a proměnné či cílem tematické analýzy pojmenovat témata, cílem CDP je identifikovat interpretační repertoáry/diskurzy a subjektové pozice, které jsou s nimi spojeny. Ve všech případech tyto základní koncepty odkazují na opakující se vzorce, témata či příklady určitého jevu (Wiggins, 2009).

**Interpretační repertoáry:** označují strukturované diskurzivní zdroje, které „umožňují a udržují sociální interakci“ (Wiggins a Potter, 2009, s. 74). Potter a Wetherell (1995, s. 89) definují interpretační repertoáry jako „soubory pojmů, popisů a řečnických obrátů, často seskupených kolem metafor či živých obrazů [...], které jsou v řeči používány ke konstrukci odlišných verzí jednání, self a sociální struktury“. Jinak řečeno, jsou to kulturně



a historicky sdílené zdroje významů, ze kterých příslušníci kultury čerpají v interakci a pomocí kterých dávají význam světu kolem sebe.

Koncept interpretačních repertoárů byl použit například v klasické studii rasistického diskurzu u příslušníků etnické majority na Novém Zélandu (Wetherell a Potter, 1992). Autoři této studie na základě analýzy rozhovorů identifikovali dva interpretační repertoáry, pomocí kterých příslušníci etnické majority konstruovali význam „kultury“: *kultura-jako-dědictví* a *kultura-jako-terapie*. Ukázali, že tyto dva repertoáry představují sdílené zdroje, ze kterých mluvčí flexibilně a v závislosti na konkrétním kontextu čerpali takovým způsobem, že podřývali legitimitu etnických menšin a současně se vyhýbali riziku nařčení z rasismu. Novější výzkumy se pak zabývaly například interpretačními repertoáry rakoviny prsu (Öster et al., 2009), stárnutí a stárnoucího těla (Paulson a Willig, 2008) či repertoáry identity „singles“ (Reynolds a Wetherell, 2003). V českém prostředí byl tento koncept použit při analýze diskurzu o Romech (Homoláč, 2006) a analýze identity českých žen v období státního socialismu (Zábrodská, v tisku).

**Diskurzy:** CDP studuje diskurz jako významovou strukturu, a to ve smyslu regulovaných systémů reprezentace a praxe sociálního života, které mají produktivní a ideologické účinky (Zábrodská, 2009). Diskurzy umožňují i limitují, co může být řečeno, kdy, kde a kým (Sunderland, 2004). Diskurz v tomto pojetí diferencuje legitimní a nelegitimní formy jednání a myšlení a klasifikuje subjekty z hlediska odlišných práv a povinností. Jako příklad můžeme uvést tzv. biomedicínský diskurz. V oblasti psychiatrie se jedná o dominantní diskurz, který konstruuje psychické nemoci (např. depresi) jako důsledek biochemických procesů v mozku (LaFrance, 2007). Biomedicínský diskurz představuje relativně koherentní systém tvrzení a praktik provázaných se společenskými institucemi (univerzity, léčebny, farmaceutický průmysl, ad.), které definují psychické nemoci právě tímto způsobem a v důsledku toho umožňují i limitují, co může být o nemocích řečeno, či výroky jsou klasifikovány jako pravdivé a jaké formy jednání (např. ve vztahu k léčbě deprese) jsou správné a legitimní (např. léčba psychofarmaky), a jaké již nikoliv. S tímto diskurzem mohou „soutěžit“ alternativní diskurzy, které konstruují význam psychických nemocí odlišně, a mají proto odlišná měřítka pro to, jaké formy jednání a myšlení jsou ve vztahu k nemocím považovány za smysluplné a oprávněné.

Jednoduchou, pro výzkum velmi užitečnou, definici diskurzu nabízí Parker, podle kterého je diskurz „soubor tvrzení, která konstruuji objekt a řadu subjektivních pozic“ (Parker, 1994, s. 245). Při identifikaci diskurzů jsou předmětem našeho výzkumného zájmu jevy textové povahy, přičemž „textem“ rozumíme psaný a mluvený jazyk, ale také další objekty, procesy a jevy nesoucí význam (Wooffitt, 2005). Ve zvoleném „textu“ (tj. našem empirickém materiálu) pak hledáme právě takové „soubory tvrzení“, které konstruuji „objekt“ právě určitým způsobem a který se liší od jiných souborů tvrzení, jež jej konstruuji jinak. „Objektem“ máme na mysli sociální a psychologické jevy, které chceme zkoumat, např. „vztah lékař-pacient“ či „pojetí zdraví a nemoci“. Při analýze tedy hledáme strukturované soubory tvrzení (diskurzy), které konstruuji různé verze těchto jevů a diskutujeme jejich důsledky z hlediska různých skupin (např. důsledky různých diskurzů zdraví pro pacienty a lékaře, pro povahu vztahu mezi lékařem a pacientem apod.)

Jaký je tedy rozdíl mezi interpretačními repertoáry a diskurzivními zdroji? Oba koncepty označují kulturně a historicky sdílené diskurzivní zdroje, avšak interpretační repertoáry jsou chápány jako flexibilnější a variabilnější než diskurzy – nejde o „statické“ významové celky, ale o flexibilní zdroje (Wiggins a Potter, 2009), které jsou orientovány na konkrétní interakční kontext, a které se proto napříč kontexty mohou měnit. Diskurz je navíc sporný termín s mnoha rozdílnými významy (Mills, 2004), jehož definice v závislosti na různých typech DA variují od diskurzu jako užití jazyka (*language-in-use*) až po diskurz ve smyslu sociální praxe a pravidel utváření významu. Výhodou konceptu interpretačních repertoárů tedy je, že na rozdíl od diskurzu má zcela jednoznačný význam a zřetelně odkazuje ke kulturně sdíleným jazykovým zdrojům používaným v sociální interakci (Edley, 2001).

**Subjektové pozice:** Jak ukazuje výše uvedená Parkerova definice, diskurzy/interpretační repertoáry neutvářejí pouze odlišné významy psychosociálních jevů, ale také soubor tzv. subjektivních pozic (*subject positions*). Tento koncept má své kořeny v teorii „umístování“ (*positioning*, Davies a Harré, 2001). Subjektové pozice jsou „místa“ v diskurzu, která mohou být zaujímana různě v závislosti na jejich dostupnosti a kontextu. „Subjektová pozice zahrnuje jak konceptuální repertoár, tak i umístění daných osob do struktury práv dostupných těm, kteří používají tento repertoár. Jakmile osoba

přijme určitou pozici jako svou vlastní, nevyhnutelně vnímá svět z perspektivy této pozice a v pojmech specifických obrazů, metafor, příběhových linií a konceptů, které jsou [v rámci této pozice] učiněny relevantními“ (Davies a Harré, 2001, s. 262).

Pokud jedinec určitou pozici přijme za svou, má to důsledky z hlediska jeho prožívání, identity a jednání (Willig, 2008). Dostupnost pozic pro jednotlivé aktéry současně vypovídá o širším ideologickém kontextu. Například v rámci medicíny, definované biomedicínským diskurzem a relativně striktní hierarchií moci, jsou pacienti typicky umísťováni do pozic „objektu“ (Öster et al., 2007), což má důsledky z hlediska jejich prožívání a jednání (např. nemožnost zpochybňovat názor lékaře). Této pozici však pacienti současně mohou vzdorovat zaujímáním alternativních pozic. Například ženy s diagnózou rakoviny prsu, které se účastní arteterapie, mohou získat přístup k odlišným subjektivním pozicím, které jim umožní lépe si stanovovat osobní hranice a obhájit vlastní interpretace nemoci (Öster et al., 2009). Jedinci se tedy mohou umísťovat do různých pozic s různými důsledky pro své prožívání a jednání.

## 2. Cíle analýzy

Cílem CDP je identifikovat regulované a vnitřně koherentní významové celky (diskurzy/interpretační repertoáry), které jsou k dispozici sociálním aktérům v rámci dané skupiny či kultury, a popsat jejich důsledky pro ty, kteří v této kultuře či skupině žijí (Willig, 2008). Cílem tedy například může být popsat interpretační repertoáry a subjektové pozice, které mají k dispozici ženy po operaci rakoviny prsu (Öster et al., 2007, 2009), nebo diskurzy, které utvářejí porozumění a jednání ve vztahu k depresi (Lafrance, 2007).

Kromě identifikace diskurzů/interpretačních repertoárů se v CDP zohledňuje tzv. performativní stránka jazyka – co mluví sledují a jakými prostředky svých cílů dosahují – což je označováno jako tzv. **orientace na jednání** (*action orientation*). Výpovědi tedy neposuzujeme z hlediska reality, o které referují, ale z hlediska jejich funkce v dané interakci (či psaném textu). Vezměme si jako příklad větu pacientky: „Doktor říkal, že cukrovku mám z toho, že jsem jedla moc sladkého.“ Tato věta nebude v CDP interpretována jako pouhý doklad o tom, co se stalo – tedy tak, že doktor skutečně tuto informaci pacientce poskytl. Namísto toho nás zajímá, co tento výrok *dělá*, tj. jaká je funkce tohoto výroku v lokálním interakčním

kontextu (Wilkinson, 2000). Nápadným rysem toho výroku například je, že není prezentován jako vlastní názor, ale názor někoho jiného. Ptáme se, jakou to má funkci – pacientka tímto způsobem může legitimizovat svůj osobní názor odkazem na expertní vědění, nebo naopak vyjadřovat distanc prezentováním výroku jako cizího názoru anebo může výrok sloužit jako nástroj, kterým se pacientka snaží vyhnout potenciální kritice tím, že si ponechává možnost daný výklad později zamítnout jako mylný názor někoho jiného (Wilkinson, 2000). Jinak řečeno, rozhovor není v CDP chápán jako pouhý popis respondentčiny zkušenosti, ale jako sociální situace, v níž jsou konstruovány určité verze reality jako pravdivé (a jiné vylučovány jako nepravdivé) a již jsou sledovány určité cíle. Zajímají nás pak: 1. důsledky takových verzí reality, 2. prostředky, kterými jsou tyto verze utvářeny, 3. funkce v lokálním kontextu.

### **3. Postupy analýzy**

Postupy analýzy nejsou v CDP (a DA jako takové) tak pevně stanovené jako u některých jiných metod (např. GTM). Diskurzivní analytici a analytičky kladou důraz na interpretační schopnosti konkrétního výzkumníka/ce spíše než na ustanovený soubor analytických procedur a mnozí autoři a autorky proto používají své specifické strategie analýzy. Jako první se pokusili stanovit postupy DA Potter a Wetherell (1987); tento postup je nicméně poměrně stručný a nepřilíš návodný. Naopak Parker (1994) formuloval velmi detailní a rozsáhlý „návod“ ve 20 krocích, jak postupovat při foucaultovské diskurzivní analýze, avšak tento postup je zdlouhavý a dle našeho názoru zahrnuje zbytečně velké množství analytických procedur.<sup>16</sup> Nejužitečnější, a v současné době pravděpodobně nejrozšířenější postup vhodný pro CDP/FDA studie, navrhla Willig (2008). Tento postup, doplněný postřehy dalších autorů/ek, zde nyní popíšeme.

#### **1. Seznámení s textem**

Text se doporučuje nejprve volně číst, bez snahy jej analyzovat (Willig, 2008). Volné čtení slouží k tomu, abychom získali určitý „pocit“ z textu (Wiggins, 2009), umožňuje nám tedy pocítit, jakých diskurzivních efektů se text snaží dosáhnout (Willig, 2008). Nad textem si klademe otázky: Jaká

---

16 Parkerův postup je nicméně užitečný v tom, že představuje jeden z mála návodů, jak z psychologické perspektivy spojit identifikaci diskurzů s mocenskými vztahy, společenskými institucemi a ideologiemi.

realita je v textu konstruována? Čeho se mluvčí/autor výroků snaží dosáhnout? Jaké alternativní verze reality jsou v textu prezentovány, nebo naopak zamlčovány? Pomocí jakých prostředků (slova, metafory, argumenty)? Potter a Wetherell (1987) také doporučují ptát se: Proč čtu tento úryvek právě tímto způsobem? Jaké rysy textu vedou k tomu, že text má na mě právě tento (a ne jiný) efekt?

## 2. Výběr úseků pro analýzu

Neanalyzujeme celý datový soubor (např. celý rozhovor), ale vybíráme pouze ty úseky, které se vztahují k výzkumné otázce.<sup>17</sup> Například zajímá-li nás laické konstrukce příčin rakoviny, vybereme pro analýzu ty sekce rozhovoru, které nějakým způsobem o příčinách rakoviny něco vypovídají, ať již jsou tyto výpovědi spontánní nebo vyvstaly v odpovědi na dotazy výzkumníka/ce (Wilkinson, 2000). Následující kroky analýzy jsou pak již zaměřeny pouze na tyto vybrané úseky. Důležité přitom je zahrnout do analýzy veškerý materiál relevantní pro výzkumnou otázku, tedy i materiál, který se k výzkumné otázce vztahuje pouze nepřímo (Willig, 2008). Snažíme se tak eliminovat riziko, že při prvním čtení vyřadíme části textu, které potenciálně mohou být relevantní, byť jejich vztah k výzkumné otázce zatím nevidíme. V průběhu analýzy je žádoucí opakovaně se k původnímu datovému souboru vracet a ověřovat, zda jsme nějaký důležitý úsek dat nevyřadili. Současně průběžně vyřazujeme ty úseky, které se v průběhu analýzy ukážou jako nerelevantní (Wiggins a Potter, 2009).

## 3. Diskurzivní konstrukce

Toto je ústřední část analýzy. Jejím cílem je identifikovat různé konstrukce jevu, který je předmětem našeho výzkumného zájmu. V závislosti na našich teoretických východiscích můžeme tyto konstrukce nazvat buď interpretačními repertoáry (a pak se zaměřujeme více na jejich flexibilní použití v dané interakci), anebo diskurzů (a pak se budeme více soustředit na jejich provázanost s mocí, institucemi a sociální praxí). Například pokud nás zajímá vztah lékař-pacient, naším cílem bude identifikovat všechny způsoby,

---

17 Někteří autoři (např. Wiggins a Potter, 2009; Willig, 2008) označují tento krok v DA jako „kódování“. To je však do určité míry zavádějící, protože kódování v kvalitativním výzkumu typicky označuje přidělování kódů jednotlivým výročkům (jako např. v GTM), nikoliv výběr úseků dat pro analýzu. Proto jsme se rozhodli výraz kódování v tomto kontextu nepoužívat.

kterými se o tomto vztahu v našem empirickém materiálu hovoří. Důležité přitom je, že se budeme snažit popsat i „lokální diskurzivní kontext“ (Wilkinson, 2000), ve kterém jsou repertoáry uplatňovány. Jak upozorňuje Willig (2008), to vyžaduje zahrnout do analýzy nejen výroky účastníků/ic výzkumu, ale také výroky tazatele, protože ty spoluutvářejí kontext dané promluvy.

K identifikaci repertoárů používáme **principu variability** (Potter a Wetherell, 1995). Variabilita znamená, že hledáme různé konstrukce stejného jevu nejen napříč rozhovory, ale i v rámci jednoho rozhovoru, což nám umožní rozkrývat kontradikce a dilemata, které mluvčí ve vztahu k danému tématu řeší. DA ukazuje, že mluvčí typicky mají k dispozici několik více či méně rozporných zdrojů významu, ze kterých čerpají v závislosti na kontextu, a proto si mohou v jednotlivých fázích rozhovoru protirečit. To je chápáno jako normální znak diskurzu – právě proto, že řeč z perspektivy DA nevyjadřuje trvalé postoje, ale je nástrojem jednání, je logické, že mluvčí budou používat různé (a často vzájemně rozporné) konstrukce v závislosti na tom, jakou verzi reality se v daném momentu konverzace snaží prezentovat (Potter a Wetherell, 1995). Cílem analýzy proto není najít ten „správný“ význam, ale využít této nekonzistence k analýze interpretačních repertoárů/diskurzů a jejich funkcí.

Při analýze se zaměříme jak na explicitní významy, tak na významy implicitní. Pokud nás například zajímají laické konstrukce rakoviny, musíme věnovat pozornost i implicitním významům rakoviny – například pacient s touto diagnózou může hovořit o rakovině jako o „tom“ nebo o „té nemoci“. I tento způsob vyjadřování dává rakovině konkrétní význam: konstruuje ji jako něco, o čem se nehovoří, něco nepojmenovatelného až tabuizovaného (Willig, 2008). Abychom tedy identifikovali jednotlivé diskurzivní konstrukce, sledujeme specifické výrazy, stylistiku, gramatiku či metafory. I zdánlivě samozřejmé výrazy poskytují bohatý materiál pro analýzu. Ilustrativní příklad uvádí Kress (2001). Jedná se o část věty z publikace australského historika zabývajícího se osidlováním Austrálie britskými kolonisty, ve které tento historik hovoří o „bílé invazi na pobřeží“ („white invasion on the coast“, Kress, 2001, s. 36). I z těchto několika málo slov lze mnoho vytěžit. Výraz „invaze“ (oproti například výrazu „osídlení“) evokuje politické celky a násilné překračování jejich hranic a implikuje tedy, že šlo o násilný a potenciálně nelegitimní akt. Použití slova „invaze“ tak

otevřít prostor pro kritiku tohoto aktu, stejně jako výraz „bílá“, který evokuje uvědomění si etnické povahy invaze a mocenské dominance britských kolonistů. Naopak výraz „pobřeží“ není politický, ale čistě geografický pojem, který navíc evokuje volné území neobydlené lidmi (oproti například výrazu „domorodé území“). Tento výraz tedy zakrývá fakt, že nešlo o invazi do neobydlené geografické plochy, ale do prostředí místních obyvatel. Výraz „pobřeží“ tedy v daném výroku mění sémantický význam a sílu výrazu „invaze“ a činí akt invaze méně problematickým. Autorovi výroku tak tato konkrétní volba slov umožňuje vyjádřit svou politickou senzitivitu (volbou výrazu „invaze“) a současně se zcela neztotožnit se silně politickým významem tohoto slova (volbou výrazu „pobřeží“). Jinak řečeno, každé použité slovo je volbou z mnoha alternativních výrazů a tato volba má důsledky pro to, jaká verze reality je výpovědí konstruována. Naším úkolem pak je rozkrýt důsledky volby konkrétních slov, výpovědí a argumentů.<sup>18</sup>

#### 4. Identifikace a pojmenování interpretačních repertoárů/diskurzů

Poté, co jsme identifikovali všechny způsoby, kterými se v našem empirickém materiálu konstruuje objekt našeho zájmu, přistoupíme k jejich vzájemnému porovnání. Zde můžeme použít **metodu konstantního porovnávání**, kdy zpřesňujeme identifikaci interpretačních repertoárů/diskurzů tím, že hledáme shody a rozdíly mezi jednotlivými konstrukcemi a ujišťujeme se, že jsme je vymezili pokud možno co nejpřesněji. Volíme také pojmenování repertoárů/diskurzů. Použít můžeme „in vivo“ kódy, tj. výroky samotných účastníků/ic výzkumu, které výstižným způsobem vyjadřují téma daného repertoáru (příklad viz Zábrodská, v tisku). Tato část analýzy by měla skončit tím, že jsme identifikovali všechny repertoáry/diskurzy, které se v textu objevují, formulovali definici (resp. stručný popis) jednotlivých repertoárů/diskurzů, zvolili jejich názvy a rovněž máme sadu extraktů, kterými výskyt jednotlivých repertoárů/diskurzů dokumentujeme.

V této fázi (ale i později) můžeme také usilovat o zasazení identifikovaných konstrukcí do kontextu globálních diskurzů, které přesahují analýzu

---

18 Uvedený příklad také ilustruje, že analýza diskurzivních konstrukcí by neměla vypadat tak, že pouze přepíšeme různé způsoby, kterými se o určitém jevu hovoří. Je potřeba „jít za text“ a interpretovat, a to právě prostřednictvím detailní analýzy použitého jazyka. Umění diskurzivní analýzy spočívá v tom, že odhalíme něco, co není na první pohled zřejmé, ale zároveň jsme schopni zakotvit naši interpretaci v datech tak, že prokážeme její validitu.

konkrétního textu. Příkladem je výzkum Willig (2008), jehož cílem bylo zjistit, jak lidé popisují a zdůvodňují ukončení partnerského vztahu. Objektlem zájmu byl význam „partnerského vztahu“. Willig identifikovala dvě hlavní konstrukce: 1. vztah jako forma dohody, kdy výměnou za investici emocí a času získáváme bezpečí, 2. vztah coby mezikrok na cestě k manželství jako nadřazené formě svazku. První konstrukci Willig zasadila do *ekonomického diskurzu* (vztah jako forma investice), druhou konstrukci do *romantického diskurzu* (vztah jako předstupeň manželství chápaného jako naplnění života). V případě identifikace diskurzů se tak posouváme z konkrétnější roviny diskurzivní konstrukce na obecnější rovinu diskurzů, které následně můžeme vztahovat k mocenským vztahům a institucím (zde např. instituci manželství oproti registrovanému partnerství).

### **5. Orientace na jednání**

Identifikací, pojmenováním a definováním interpretačních repertoárů/diskurzů jsme skončili hlavní část analýzy. Nyní nás čeká navazující část, ve které se zabýváme funkcí a důsledky identifikovaných diskurzivních konstrukcí. Orientací na jednání hledáme odpověď na otázky: Co jednotlivé repertoáry/diskurzy „dělají“? Čeho je jejich použitím dosaženo? Jakou funkci mají v lokálním interakčním kontextu? Příkladem je výzkum Wilkinson a Kitzinger (2000), ve kterém se autorky zabývaly trendem „pozitivního myšlení“ ve vztahu k rakovině. Prostřednictvím analýzy focus groups se ženami po diagnóze rakoviny prsu ukázaly, že výroky typu „Snažím se zůstat pozitivní“ či „Je potřeba myslet pozitivně“ nedokumentovaly ani tak kognitivní procesy žen (pozitivní postoj k rakovině), ale představovaly idiom, který sloužil několika specifickým komunikačním cílům. Takovým cílem bylo například ze strany mluvčí získat souhlas a podporu ostatních žen ve skupině po sérii výroků, kdy žádnou podporu neobdržely (vlastností idiomů je, že reprezentují „zdravý rozum“, a proto jejich vyjádření typicky vyvolává souhlas).

### **6. Umístování a subjektivita**

V tomto kroku se ptáme, jaké subjektové pozice jednotlivé interpretační repertoáry/diskurzy nabízejí. Sledujeme, jaké formy identity repertoáry/diskurzy konstruuji a jaká práva přisuzují různým typům sociálních aktérů. Zajímají nás tedy důsledky identifikovaných vzorců významu pro subjektivní zkušenost (Willig, 2008). Tomuto kroku se detailně věnujeme níže v ukázce analýzy, proto jej zde nebudeme dále rozvádět.



## 7. Praktiky

Zatímco předchozí bod se zabýval důsledky identifikovaných repertoárů/diskurzů z hlediska identity a prožívání, závěrečná část analýzy se zabývá jejich důsledky z hlediska jednání. Tím, že konstruují určité verze světa a umísťují jedince do specifických pozic, repertoáry/diskurzy činí některé formy jednání legitimnějšími než jiné. Klademe si tedy otázky: Jaké možnosti jednání dané konstrukce otevírají, a jaké naopak uzavírají? Jak se tyto možnosti liší pro různé typy sociálních aktérů? Vybízejí identifikované repertoáry/diskurzy k udržování statu quo, nebo nabízejí prostor pro rezistenci a změnu?

### Prezentace výsledků

Analýzou proces výzkumu nekončí, nyní musíme závěry přesvědčivě prezentovat. Schopnost kvalitně prezentovat výsledky není jen jakousi dodatečnou fází výzkumu, ale naopak představuje jednu ze stěžejních a možná i nejobtížnějších fází výzkumu. Je proto důležité, aby se zájemci o CDP (a další formy DA) důkladně seznámili s tím, jak se výsledky analýzy prezentují v diskurzivně-analytických studiích publikovaných v kvalitních zahraničních a domácích časopisech. Základním pravidlem přitom je, že výsledky je třeba prezentovat tak, abychom čtenářům umožnili posoudit validitu našich analytických závěrů o zkoumaném materiálu. V DA je tak validizace zakomponována do procesu analýzy a prezentace výsledků (Wiggins a Potter, 2009). Tím, že prezentujeme detailní a dostatečně rozsáhlou analýzu společně s vybraným úsekem přepsaných dat, čtenáři sami mohou posoudit, zda je analýza koherentní a přesvědčivá. Při prezentaci dat je proto vhodné zvolit kratší, informačně bohaté úryvky a věnovat více prostoru jejich detailní analýze, přičemž platí, že bychom měli neustále odkazovat na analyzovaný extrakt (např. pomocí odkazování na čísla řádků), a tím demonstrovat validitu analýzy. Jistě tedy není vhodné – jak se s tím někdy setkáváme – při prezentaci výsledků nakupit za sebe řadu úryvků, které buď nejsou vůbec interpretovány (s mylnou představou, že „mluví samy za sebe“) nebo jsou interpretovány povrchně.

### Hannelore: limity dopředu sebraných dat

Podobně jako v předchozích kapitolách je nyní naším cílem představit modelovou analýzu tří rozhovorů s těžištěm na analýzu Hannelore. Při

čtení rozhovorů však narážíme na poměrně zásadní problém: data nebyla sebrána v souladu s principy a cíli diskurzivní analýzy a v důsledku toho jsou některé výše popsané postupy CDP obtížně realizovatelné. Pojďme si nyní tyto problémy z didaktických důvodů shrnout.

Za prvé, rozhovory mají výrazně narativní povahu: popisují sled událostí s minimem dotazů a zásahů ze strany tazatelky. Tato forma narativního interview má z hlediska DA několik podstatných nevýhod. Problematické především je, že rozhovor pokrývá celou řadu témat povšechně a žádnému z nich se nevěnuje detailně. V důsledku toho jsou data k jednotlivým tématům (např. význam rakoviny) poměrně chudá, především pak nejsou rozvedeny postoje a argumentace, což je klíčový zájem DA.<sup>19</sup> Protože rozhovory nebyly ze strany tazatelky usměrňovány, každá z žen hovoří zčásti o jiných tématech: někdy o prožívání nemoci, jindy o problémech v manželství, jindy zase o dopadu rakoviny na výchovu dětí atd. V důsledku toho nejsou data zabývající se jedním „diskurzivním objektem“ dostatečně bohatá a variabilní, což ztěžuje identifikaci sdílených vzorců významu vztahujících se k těmto objektům. Například jedno z potenciálně nosných témat analýzy je konstrukce rakoviny, což je poměrně častý objekt diskurzivně-analytického výzkumu (viz např. Collie a Long, 2005; Wilkinson, 2000). Pokud však chceme zkoumat konstrukce rakoviny, pak by rozhovory měly být systematicky směřovány k objasnění vnímání této nemoci, a to u všech respondentek.

Za druhé, přepisy rozhovorů nejsou dostatečně detailní a opomíjejí vstupy tazatelky, což znemožňuje provést interakční analýzu, tedy analyzovat výroky z hlediska jejich funkce v konkrétním interakčním kontextu. Jak jsme diskutovali výše, DA předpokládá, že mluvčí ve svých výpovědích vždy konstruují určitou verzi reality (jednu z více možných), a tím implicitně či explicitně reagují na jiné možné verze. Prezentováním jedné verze událostí tedy nepopisují jen své vnímání reality, ale také současně stavějí argumenty pro odmítnutí alternativních verzí (Wiggins a Potter, 2009). Analýza konkré-

---

19 Rozhovor pro účely DA má odlišnou logiku než rozhovor vedený pro účely narativní analýzy. V případě narativní analýzy nás v rozhovoru zajímá příběh, jeho struktura a jeho žánr (Švaříček, 2007). V DA namísto příběhu potřebujeme zaměřit rozhovor na jedno téma (např. význam nemoci) a získat co nejvíce výroků v co nejvíce různých kontextech vztahujících se k tomuto tématu tak, abychom odhalili co nejvíce různých způsobů, kterými účastníci/ce výzkumu toto téma významňují.

ní výpovědi proto vyžaduje znalost argumentačního a situačního kontextu, ve kterém je tato výpověď zakotvena. I to, co se jeví jako pouhý faktografický popis událostí, je forma jednání, zaměřená na dosažení určitých cílů (např. určité formy sebe prezentace). Z této perspektivy můžeme předpokládat, že Hannelore používá různé konstrukce rakoviny v závislosti na lokálním kontextu, což zahrnuje vstupy tazatelky, včetně nonverbálních projevů (např. delší mlčení, které může být ze strany Hannelore interpretováno jako nesouhlas či nepochopení vyžadující další objasnění – srov. Potter a Wetherell, 1995). V „monologu“ Hannelore cítíme, jakoby na něco reagovala, zejména když přechází od jednoho tématu k jinému. Protože však interakční kontext neznáme, nemůžeme určit, na co se Hannelore ve svých výrocích při změně témat orientuje a jakých interakčních cílů se snaží dosáhnout.

Za třetí, tazatelka se v rozhovoru nesnaží objasnit výpovědi Hannelore, takže mnoho z použitých významů a argumentů zůstává nedořečených a nedovysvětlených. Například hned v úvodu rozhovoru Hannelore popisuje, co předcházelo rozvoji a diagnóze rakoviny: rozvod, odchod dětí z domova, velké pracovní vytížení a stres. Vzhledem k existujícímu výzkumu laické etiologie rakoviny (např. Wilkinson, 2000) se můžeme domnívat, že Hannelore tyto události uvádí jako jedno z vysvětlení rozvoje rakoviny. K potvrzení této interpretace by však bylo nutné: 1. vědět, na jakou otázku nebo téma daný úsek reaguje, 2. ze strany tazatelky položit objasňující otázku, zda se Hannelore domnívá, že tyto události hrály nějakou roli v rozvoji její nemoci. V případě kladné odpovědi bychom mohli analyzovat celý tento úsek jako příklad laické etiologie, která by pak mohla představovat objekt naší analýzy. Protože však k takovému objasňování v průběhu rozhovoru nedocházelo, nelze tuto interpretaci potvrdit, a tedy s ní ani pracovat.

Nesoulad mezi postupy DA a formátem rozhovoru s Hannelore je didakticky užitečný, neboť ilustruje limity situace, kdy máme dopředu sebraná data a snažíme se na ně „našroubovat“ metodu analýzy dat. Takový postup často nefunguje a za normálních okolností je lepší se mu vyhnout. Obsah a způsob vedení rozhovorů/focus groups by měl být stanoven až v návaznosti na výzkumnou otázku a zvolenou metodu analýzy dat.<sup>20</sup> I přes výše uvedené limity se však pokusíme analýzu provést, resp. ukázat způsob, kterým by postupovala.

---

20 Existují výjimky: především etnografie.

## Ukázka analýzy

### 1. Seznámení s textem

Prvním krokem analýzy bylo všechny tři rozhovory opakovaně číst a položit si nad nimi následující otázky: O čem text vypovídá? Co text dělá? Jaká realita je v něm konstruována? Opakované čtení ukázalo, že v rozhovorech lze identifikovat několik potenciálně nosných témat k analýze: 1. konstrukce rakoviny prsu, 2. konstrukce diagnózy, 3. konstrukce vztahu pacientka – lékař, 4. konstrukce identity nemocné ženy, 5. laická etiologie rakoviny prsu. Rozhovory odpovídají na otázku, co tyto „diskurzivní objekty“ pro Hannelore a další ženy znamenají. Jako téma pro analýzu jsme nakonec zvolili téma konstrukce rakoviny prsu, neboť právě význam rakoviny je v rozhovorech nejvíce rozvinut. Na základě toho byla stanovena výzkumná otázka: Jak ženy s diagnózou rakoviny prsu konstruují význam rakoviny? Tato hlavní výzkumná otázka byla dále specifikována pomocí několika konkrétnějších otázek: Jaké interpretační repertoáry ženy používají, když hovoří o rakovině prsu? S jakými důsledky pro své jednání a identitu? Jak se tyto repertoáry vztahují ke globálním diskurzům o nemoci a zdraví?

### 2. Výběr úseků pro analýzu

Po stanovení výzkumné otázky následoval výběr úseků relevantních pro její zodpovězení. V rámci rozhovorů tedy byly identifikovány všechny výroky, které se vztahovaly k významu rakoviny prsu, a to jak explicitně, tak implicitně. Příkladem explicitního konstruování významu rakoviny je následující úryvek: *„všichni měli v té rodině s tou rakovinou docela nepříznivou, jako zkušenost, že si mysleli, že prostě rakovina – slovo rakovina je – znamená úmrtí, jo, takže i ty děti (povzdech) se ke mně dost semknuly, když jsem to, takže se mi hrozně snažily pomoci“ (Hannelore).* Zde se zcela explicitně hovoří o významu rakoviny jako smrti, či obecněji jako zásadního ohrožení života, které vede k výrazné změně chování blízkých osob, zde konkrétně pomoci, podpory a upevnění rodinných vztahů. Naopak příkladem implicitního konstruování rakoviny je úryvek: *„No a já mám trochu strach jít mezi normální lidi, normální lidi (zasmání) – já se tady stykám s takovým okruhem těch lidí a mně to zatím stačí a vyhovuje a mám prostě trochu strach z těch lidí.“ (Hannelore).* Ačkoliv se zde explicitně nehovoří o rakovině, i v tomto úryvku je rakovina specifickým způsobem konstruována, totiž jako vytržení z normality a okruhu „normálních“, nemocí nepoznamenaných lidí. Hannelore

však současně reflektuje jistou problematickosti tohoto popisu, jak indikuje její smích. Oba typy výroků tedy bylo potřeba zahrnout do výběru úseků k analýze. Celkem byly všechny rozhovory v tomto stadiu analýzy detailně čteny 4x, abychom se ujistili, že žádné relevantní výroky nebyly opomínuty.

### **3. Diskurzivní konstrukce**

Třetí a nejdůležitější fáze analýzy zahrnovala identifikaci diskurzivních konstrukcí vztahujících se k objektu našeho výzkumného zájmu. Jelikož tímto objektem byla „rakovina prsu“, cílem bylo identifikovat různé způsoby konstruování (utváření významu) rakoviny, a to napříč všemi třemi rozhovory. Opakované čtení vybraných úryvků ukázalo, že lze identifikovat čtyři různé konstrukce rakoviny, které implikují čtyři různé subjektové pozice, a tedy i různá práva a povinnosti pro jednotlivé aktéry. Tyto konstrukce nyní stručně popíšeme. Jelikož hlavním těžištěm analýzy byl stejně jako v ostatních kapitolách rozhovor s Hannelore, identifikované konstrukce dokumentujeme primárně na rozhovoru s ní. Zároveň však při analýze interpretačních repertoárů musíme prokázat, že stejné konstrukce používaly i ostatní ženy, Inka a Marianna.

#### **1. Rakovina jako smrt**

V rámci první konstrukce, kterou lze v rozhovoru s Hannelore identifikovat, je rakovina popisována jako smrt či obecněji jako zásadní ohrožení života. Tuto konstrukci Hannelore používá zejména v první části rozhovoru vztahující se k počátku a diagnóze nemoci, kdy používá celou řadu výroků ztotožňujících rakovinu se smrtí: „*mýho muže maminka na to zemřela*“, „*my jsme měli už úmrtí na tuble diagnózu*“, „*slovo rakovina je, znamená úmrtí*“, „*taky to bylo – rakovina rovná se smrt*“, „*neznala jsem nikoho, kdo by to prostě přežil*“. Konstrukci rakoviny jako smrti uplatňuje také Inka a Marianna. Marianna tak například hovoří o tom, jak informaci o nálezů rakoviny prožívala jako rozsudek smrti („*No, to když vám řekne (o nálezů), tak si myslíte, že už je za pět minut dvanáct a zejtra že už budete v pánu*“). Podobně Inka používá konstrukci rakoviny jako smrti, když hovoří o tom, jak ostatní ženy vnímaly diagnózu jako „*ortel*“ implikující „*ortel smrti*“. Na rozdíl od Hannelore a Marianny však Inka tuto konstrukci používá kriticky, tj. uplatňuje význam rakoviny jako smrti, avšak současně dává najevo, že se s ním sama neidentifikuje, jak to ukazuje její výrok: „*tam jsem viděla, jaký jsou v podstatě mezi námi rozdíl, protože ony tam šly s tím, že si jdou pro ortel*“. Inka tedy tuto

konstrukci má k dispozici jako kulturně dostupný repertoár, avšak používá ji k vymezení se proti ostatním ženám a k akcentování své odlišnosti.

## 2. Rakovina jako biomedicínský problém

Druhou konstrukcí, kterou lze v rozhovoru s Hannelore identifikovat, je rakovina jako biomedicínský problém vyžadující řešení formou expertního (lékařského) zásahu. V rámci této konstrukce je rakovina umísťována do kontextu biomedicínských praktik a charakterizována prostřednictvím expertních, technických výrazů; rakovina je popisována jako „nález“ či „diagnóza“, která je spojena s řadou lékařských procedur jako „operace“, „chemoterapie“, „biopsie“, „histologie“, ad. Vzhledem k dominanci biomedicínského pojetí rakoviny se tato konstrukce může zdát samozřejmou, ale i tento popis „faktu“ biomedicínské povahy rakoviny je kulturně a historicky specifickou konstrukcí, kterou v analýze nemůžeme opominout. Tato konstrukce je používána všemi ženami, zejména v kontextu popisu lékařské péče a komunikace s lékaři, jak to dokumentuje například výrok Marianny: „*a najednou nález – kalcifikovaný útvar, 7 mm – spíš malý než velký, a navíc nešlo to nějak přesně – ohraničený nebo – nešlo dost jako – nebylo to jednoznačné, takže následoval ultrazvuk*“. V tomto úryvku je dobře patrný slovník typický pro konstrukci rakoviny jako biomedicínského problému, zejména neosobní, objektivizující výrazy („*kalcifikovaný útvar, 7 mm – spíš malý než velký*“), což kontrastuje s ostatními konstrukcemi, pro které je naopak charakteristický výrazně emoční slovník.

## 3. Rakovina jako příležitost

Třetí konstrukce je zajímavá tím, že zviditelňuje pozitivní aspekty rakoviny. Rakovina je popisována jako příležitost, a to především příležitost k přehodnocení a zkvalitnění života a k osobnímu růstu. Tato konstrukce se uplatňuje zejména v kontextu popisu reflexe průběhu celé nemoci. Hannelore tak například hovoří o rakovině jako o daru („*nakonec mi ta nemoc vlastně dala víc než mi vzala*“), který jí kromě osobního růstu přinesl i určité osvobození. Například ve výroku „*už mě teď nedrtí to, že jsem třeba rozvedená*“ je rakovina popisována jako zdroj osvobození od sociálních norem (norma žít v heterosexuálním svazku), jejichž nesplňování na ni dříve tíživě dopadalo. Také v dalších výrocích Hannelore konstruuje rakovinu jako něco, co jí umožnilo osvobození od sociálních norem, zejména očekávání druhých lidí: „*dělám teď jenom to, co je mi příjemný*“, „*už si nedělám to násilí,*

*co jsem si dělala dřív*“. Tato konstrukce je používána všemi ženami, avšak v rozdílné míře. Nejčastěji ji používá Inka, jak to dokumentují například její výroky popisující rakovinu jako příležitost k pozitivní změně a osvobození od sociálních tlaků: „*já jsem to přijala opravdu jako změnu, která mi pomohla*“, „*mám teď broznou pohodu, nemusím ráno vstávat, což mě brozně zatěžovalo... přes ten den mám program, jak já si ho vyplním.*“

#### **4. Rakovina jako běžná záležitost**

Tato konstrukce představuje kontrastní repertoár vůči konstrukci „rakovina jako smrt“. Na rozdíl od konstrukce rakoviny jako zásadního ohrožení života je zde rakovina popisována jako něco běžného až všedního, čeho se proto není potřeba obávat. Do této konstrukce patří především výroky používající k popisu rakoviny metaforu chřipky, která implikuje, že rakovina není nic výjimečného, ale naopak běžného (jako chřipka), něco, s čím se lze vyrovnat. Hannelore tuto konstrukci používá pouze jednou, když hovoří o tom, jak ke svému překvapení zjistila, že ostatní ženy mohou rakovinu vnímat jako relativně banální nemoc: „*najednou jsem viděla, že vlastně se o tom mluví jako o chřipce*“. Metaforu chřipky k vyjádření „nefatálnosti“ rakoviny používá především Inka:

*abych to brala nějak osudově, to ne... celou tu nemoc беру jako nějakou vážnější chřipku, že to může mít následky, že na sebe musím dávat pozor, ale že bych měla kvůli tomu umřít, to, to si nějak nepřipouštím, každý umře... no tak... pauza... že by to prostě byl nějaký ortel nade mnou vyřčený... já nevím....*

Tento úryvek ilustruje, že „rakovina jako běžná záležitost“ představuje kontrastní význam vůči „rakovině jako smrti“. Inka se zde kriticky vymezuje proti významu rakoviny jako „ortelu“ a „osudové“ záležitosti nevyhnutelně směřující k úmrtí, což charakterizuje konstrukci „rakovina jako smrt“. Naproti tomu popisuje rakovinu jako „*vážnější chřipku*“, která s sebou sice přináší nutné změny v jednání („*dávat na sebe pozor*“), ale nepředstavuje zásadnější ohrožení nebo vybočení z běžného života.

#### **4. Identifikace a pojmenování interpretačních repertoárů**

V předchozím kroku jsme identifikovali čtyři odlišné diskurzivní konstrukce rakoviny. Nyní je naším úkolem tyto konstrukce popsat a pojmenovat jako interpretační repertoáry, tj. vymezit hlavní vlastnosti každého repertoáru, použitý slovník a metafory a na základě toho zvolit vhodný

název. Tento krok analýzy má smysl, pokud pracujeme s větším množstvím rozhovorů (či jiných dat), jak tomu je u standardních výzkumů. V takovém případě porovnáváme jednotlivé konstrukce napříč všemi rozhovory a prostřednictvím tohoto porovnávání zpřesňujeme definice a název repertoárů. Čím bohatší máme data, tím déle nám bude tato fáze trvat a tím přesnější bude naše identifikace jednotlivých repertoárů. Avšak v našem případě, kdy jsme analyzovali pouze tři rozhovory a měli jen relativně malé množství výroků k analýze, nebylo další zpřesňování nutné, jelikož název, definice i použitý slovník jednotlivých repertoárů jsme identifikovali již v kroku č. 3. V závěru tohoto kroku jsme tedy dospěli k identifikaci čtyř interpretačních repertoárů, které utvářejí odlišné významy rakoviny, a zdokumentovali jsme jejich výskyt napříč analyzovanými rozhovory. Jednotlivé repertoáry přitom chápeme jako kulturně dostupné zdroje významu, které umožňují ženám s rakovinou prsu dávat smysl své zkušenosti (Öster et al., 2007). Tyto repertoáry jsme nazvali: „rakovina jako smrt“, „rakovina jako biomedicínský problém“, „rakovina jako příležitost“ a „rakovina jako běžná záležitost“.

### ***5. Orientace na jednání***

Orientace na jednání vyžaduje, abychom identifikovali funkce jednotlivých repertoárů v rámci lokálního interakčního kontextu. Zajímá nás tedy, jak jsou jednotlivé významy rakoviny používány a vyjednávány v průběhu konkrétních interakcí (Wilkinson a Kitzinger, 2000). Chceme vědět, v jakém specifickém kontextu jsou ženami používány a jaké interakční cíle plní (např. jak jsou používány k vyjádření příslušnosti ke skupině nemocných žen či při argumentaci pro/proti určitému typu léčby). Tento krok analýzy však vyžaduje, abychom analyzovali detailní přepisy konverzací nebo jiného typu sociálních interakcí, které nám umožní sledovat, jak mluvčí jednotlivé významy mezi sebou vyjednávají. Data, která máme k dispozici pro tuto analýzu, takovou povahu nemají, a tento typ analýzy proto neumožňují. Tento krok tedy vynecháme.

### ***6. Umísťování a subjektivita***

V tomto kroku bylo naším cílem zjistit, jaké subjektivní pozice jednotlivé repertoáry utvářejí a s jakými důsledky pro identitu a jednání žen. Připomeňme, že subjektivními pozicemi máme na mysli „umístění“ v diskurzu, která utvářejí různé identity a implikují odlišná práva a povinnosti



pro ty, kteří dané pozice zaujmou. Výsledkem tohoto kroku byla identifikace čtyř subjektivých pozic, které nyní stručně popíšeme.

### 1. Repertoár „rakovina jako smrt“: pozice bezmoci a potřeby péče

Abychom identifikovali subjektivé pozice, musíme se znovu vrátit k úryvkům reprezentujícím daný repertoár. Podívejme se v tomto kontextu na následující úryvek:

*Fakt i rok před tou nemocí mi umřela kamarádka – jako na rakovinu plic. Taký chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky, to bylo rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. (Hannelore)*

V tomto úryvku Hannelore používá repertoár „rakovina jako smrt“, který konstruuje rakovinu jako ohrožení života. Vidíme přitom, že pozice, kterou tento repertoár implikuje, je pozice bezmoci. Hannelore hovoří o své přítelkyni, která v důsledku rakoviny zemřela, přestože vyvinula řadu aktivit (chemoterapie, ozařování) s cílem se rakovině bránit. Rakovina je tedy v rámci tohoto repertoáru popisována jako něco, vůči čemu je jedinec bezbranný, co je nezávislé na jeho vůli a jednání (stejně jako smrt). Platnost této konstrukce Hannelore podporuje několika rétorickými strategiemi, především v závěru tzv. extrémní formulací („neznala jsem nikoho“).

Pozice bezmoci je v mírnější podobě ilustrována i v dalším úryvku, ve kterém Hannelore hovoří o reakci své rodiny na její diagnózu:

*[Všichni] si mysleli, že prostě rakovina – slovo rakovina je – znamená úmrtí, jo, takže i ty děti (povzdech) se ke mně dost semknuly, když jsem to, takže se mi brozně snažily pomoci – dcera moje, ta mě nenechala vůbec jít někam k lékaři samotnou ..., takže na všechny vyšetření a na všechno – chemoterapii, na všechno mě vozila prostě ona autem. To jako opravdu (se smíchem) nechtěla, abych vůbec jezdila tramvají, abych nechytla nějakou infekci...*

V tomto úryvku vidíme, že repertoár „rakovina jako smrt“ staví Hannelore do pozice někoho, kdo je v neustálém ohrožení (infekcemi, vyčerpáním apod.), proti kterému se sám nemůže bránit, a o koho je proto potřeba pečovat. Tato pozice tedy nemá jen negativní důsledky ve smyslu bezmocnosti, ale poskytuje Hannelore specifická práva: právo očekávat péči, ochranu a podporu tváří v tvář fatální nemoci. Tento repertoár tak spolu s tím, jak pro nemocné utváří pozici bezmoci, stanovuje pro zdravé morální imperativ

péče (srov. Davies a Harré, 2001). To pak může být zdrojem frustrace v situacích, kdy se nemocným ženám podpory nedostává. Reflektuje to především rozhovor s Mariannou, která se prostřednictvím repertoáru „rakovina jako smrt“ rovněž umísťuje do pozice bezmoci a potřeby péče, avšak ve svém okolí nenachází nikoho, kdo by její potřeby naplnil.

## 2. Repertoár „rakovina jako biomedicínský problém“: pozice objektu

Subjektová pozice, která je Hannelore a ostatním ženám nabízena v rámci repertoáru „rakovina jako biomedicínský problém“, je pozice objektu, což je spojeno s omezením aktérství a autonomie ve vztahu k průběhu rakoviny a její léčbě. Tento repertoár je založen na předpokladu expertního vědění a tzv. paternalistického modelu lékařské péče (Bishop a Yardley, 2004), v jehož rámci se Hannelore a ostatní ženy jako objekty podrobují vyšetřením a procedurám, na jejichž volbu a průběh mají minimální vliv. V pozici aktérů, kteří přebírají odpovědnost za volbu vhodného řešení „nálezu“ a za konečný výsledek, jsou lékaři jako nositelé expertního vědění. Tento repertoár staví ženy do pasivní a odcizené pozice objektu (jak to pěkně vyjadřuje Marianna, když přirovnává pozici pacientek k „*houskám na krámě*“). Tato pozice se (nijak překvapivě) dostává do konfliktu s potřebou aktérství a podržení si určité míry kontroly nad nemocí, kterou v rozhovorech vyjadřují všechny ženy. Nejexplicitněji je však kritika pozice objektu artikulována Mariannou, jak to ilustruje například její popis komunikace s lékaři:

*„Vy tady každéj práskáte notesem, vy už mě chcete řezat, ale mám do toho – můžu do toho něco aspoň málo říct? Já nejsem rozhodnutá, zda vůbec to podstoupím a taky, zda tady“. To teď koukali, načež pan doktor onkolog pronesl: „No, to jako paní Marianno, my to neděláme z plezírů, my vám zachraňujeme život“, jo. Kruci, tak to už bylo opravdu – vytočená jsem byla dost, ale uzemnil mě opět.*

V začátku tohoto úseku Marianna odkazuje na pozici objektu, do které ji lékaři svým jednáním umísťují (viz výrazy přisuzující aktérství lékařům „*vy práskáte notesem*“, „*vy mě chcete řezat*“). Pozice objektu je tu zároveň akcentována použitím slova „*řezat*“, které evokuje řezání nějaké věci (oproti např. výrazu „*operovat*“). V opozici k tomu Marianna však vyjadřuje svou potřebu aktérství („*já nejsem rozhodnutá*“), která v tomto kontextu představuje poměrně výraznou formu rezistence. Nicméně, celý úsek končí potvrzením pozice Marianny jako objektu spolu s tím, jak lékaři prezentují superioritu

své pozice a závislost Marianny na jejich vědění („*my vám tady zachraňujeme život*“, „*uzemnil mě opět*“).

### 3. Repertoár „rakovina jako příležitost“: pozice aktérství

Repertoár „rakovina jako příležitost“ na rozdíl od předchozích dvou nabízí Hannelore a ostatním ženám subjektivou pozici aktérství, tj. pocit a možnost kontroly nad vlastním životem. Implikuje tedy, že ženy mohou svým postojem a jednáním ovlivnit vývoj a průběh rakoviny. Tato pozice je v opozici vůči postavení objektu, ke které jsou ženy vybízены v rámci repertoáru „rakovina jako biomedicínský problém“, jak to dokumentuje například následující výrok Inky:

*Z víc stran slyším, že je to o nastavení mysli, o tom, jak já žiju... tohleto se strašně těžko vysvětluje, ale myslím si, že když už se mi to teda přihodilo, tak vlastně já si myšlením svým můžu pomoci a že mi nemůže pomoci nikdo jiný... Samozřejmě taková chemoterapie a radioterapie, to jsou všechny takový ty, ty prostředky, kterejma se odstraní to nejhorší, ale pořád to ve mně je a záleží na mně, jestli tomu dovolím, aby se to znovu otevřelo, nebo jestli tomu už nedám šanci nastartovat to...*

V tomto úryvku Inka opakovaně přisuzuje sobě samé možnost ovlivnit průběh nemoci svým vlastním postojem a jednáním („*je to o tom, jak já žiju*“, „*já si myšlením svým můžu pomoci*“). V těchto výrociích současně můžeme spatřovat souvislost s diskurzem rozšiřovaným populárně-psychologickou literaturou, která spojuje rakovinu s nastavením mysli a prezentuje pozitivní myšlení jako nástroj obrany proti rakovině (Wilkinson a Kitzinger, 2000). Inka zde přitom kontrastuje své aktérství právě s pozicí objektu, která je ženám nabízena v rámci pojetí rakoviny jako biomedicínského problému: lékařské procedury (chemoterapie, radioterapie) jsou podle ní nutné, ale nikoliv dostačující („*odstraní to nejhorší, ale pořád to ve mně je*“). Úsek tak končí potvrzením klíčové role vlastního aktérství a vlivu na rakovinu („*záleží na mně, jestli tomu dovolím... jestli tomu dám šanci*“). Tento úryvek současně ilustruje, že spolu s možností kontroly nad nemocí pozice aktérství implikuje, že odpovědnost za průběh rakoviny spočívá na konkrétních ženách („*mi nemůže pomoci nikdo jiný*“). Jak ukážeme níže, přisouzení individuální odpovědnosti přitom nemusí mít jen pozitivní dopad, ale může vést k obviňování žen za neúspěšný průběh léčby z důvodu jejich „nesprávného“ postoje (Wilkinson a Kitzinger, 2000).

#### **4. Repertoár „rakovina jako běžná záležitost“: pozice normality**

Tento repertoár byl v analyzovaných datech používán jen zřídka, a to pouze v rozhovoru s Hannelore a Inkou. Na rozdíl od ostatních repertoárů máme tedy při jeho analýze k dispozici jen několik málo výroků, což komplikuje identifikaci subjektové pozice. Jelikož tento repertoár konstruuje rakovinu jako něco běžného, nevybočujícího z normálního života, lze předběžně říci, že ženám s diagnózou rakoviny nabízí pozici „normality“. Můžeme uvažovat o tom, že prostřednictvím „normalizace“ rakoviny na jednu stranu usnadňuje ženám zvládnání rakoviny a na straně druhé odebírá ženám právo očekávat speciální zacházení a péči. Může například nastavovat normu bagatelizování rakoviny a vést k ignorování potřeb žen tím, že rakovinu konstruuje jako něco běžného, nijak zvlášť ohrožujícího. K přesnému vymezení pozice bychom však potřebovali realizovat další rozhovory, abychom získali variabilnější a bohatší data vztahující se k tomuto repertoáru.

#### **7. Vztaž k diskurzům**

Prostřednictvím předchozích kroků jsme zjistili, jaké repertoáry ženy používají ke konstrukci rakoviny a jaké pozice tyto repertoáry implikují. Nyní nám zbývá odpovědět na otázku, jak se tyto repertoáry vztahují ke globálním diskurzům o nemoci. Toho docílíme tím, že se posuneme za rovinu analyzovaných dat a pomocí studia relevantní literatury zasadíme výsledky naší analýzy do širšího sociálního a historického kontextu.

##### **1. Repertoár „rakovina jako smrt“**

Tento repertoár můžeme zařadit do kontextu diskurzu o rakovině jako fatální nemoci, který v západní kultuře dominoval po mnoho staletí. Historicky rakovina nevyhnutelně znamenala smrt, teprve až v posledních dekáдах těsné spojení rakoviny a smrti slábně (Sinding a Gray, 2005). Ještě v 80. letech dvacátého století výzkum zabývající se metaforami rakoviny identifikoval jako dominantní koncept rakoviny právě diskurz „rakovina rovná se smrt“ („cancer equals death“ discourse, Pinell, cit. podle Lupton, 2012). V současnosti však tento diskurz (v západní kultuře) ustupuje ve prospěch novějších, „optimističtějších“ diskurzů, a to díky pokrokům v medicíně a boomu aktivismu ve vztahu k rakovině, tj. novému souboru praktik a vědění, které nabízejí naději na překonání rakoviny (Lupton, 2012). Zajímavé v tomto kontextu je, že v analyzovaných rozhovorech byl

repertoár „rakovina jako smrt“ používán ženami pouze při popisu svého prožívání v počátku nemoci a své první reakce na diagnózu. To naznačuje, že repertoár „rakovina jako smrt“ může být charakteristický pro první fáze nemoci, kdy ženy ještě nemají přístup k jiným zdrojům významu, avšak s postupným pronikáním do vědění okolo rakoviny jej mohou nahrazovat pozitivnějšími repertoáry (např. „rakovina jako příležitost“).

## **2. Repertoár „rakovina jako biomedicínský problém“**

V současné době je dominantním diskurzem o rakovině právě diskurz biomedicínský (Collie a Long, 2005). Tento diskurz na jedné straně nabízí naději na přežití (pokud se pacientka podrobí těm správným procedurám, může přežít), současně však může mít negativní důsledky pro prožívání žen (Thorne a Murray, 2000). V rámci tohoto diskurzu jsou ženy typicky objektivizovány jako těla, čísla a diagnózy (Arman et al., 2004), což je staví do pasivní pozice a odebírá jim pocit kontroly nad nemocí. Ženy se také musí podrobit dostupným technologickým a medicínským procedurám bez ohledu na psychické a fyzické utrpení, které jim tyto procedury mohou způsobit, jinak riskují, že budou označeny za „problémové“ a jejich chování za projev patologie (Brown, 2000). Biomedicínský diskurz se také dostává do konfliktu s ženským aktivismem, protože přisuzuje lékařům-expertům autoritu pojmenovat zdroje problémů a definovat „správné“ formy chování, a tím oslabuje schopnost žen rozhodovat o svém životě a dávat smysl své zkušenosti (Collie a Long, 2005).

## **3. Repertoár „rakovina jako příležitost“**

Tento repertoár můžeme dát do kontextu aktivistického diskurzu, který nabývá na popularitě a v rámci kterého je akcentována možnost ovlivnit průběh rakoviny a výsledek léčby prostřednictvím vlastního jednání. Klíčový je tu důraz na „pozitivní přístup“, tj. představu, že vůlí a pozitivním přístupem lze rakovinu překonat (Lupton, 2012). Tento diskurz „soupeří“ s biomedicínským diskurzem, v němž je rakovina definována jako biologická záležitost, tj. něco, co ženy vnímají jako nekontrolovatelné (Collie a Long, 2005). Na rozdíl od konstrukce rakoviny jako biologického jevu přitom poskytují nefyzické dimenze nemoci ženám lepší prostor pro vnímání smysluplnosti své zkušenosti a pro pocit kontroly. Tento diskurz však zároveň může nastavovat normu angažovanosti (např. včetně angažovanosti v podpůrných skupinách), která může vytvářet neúměrný nátlak

na ženy, kterým je takové chování cizí (Thorne a Murray, 2000). Spolu s možností ovlivnit průběh nemoci se současně rakovina konstruuje jako individuální odpovědnost (Lupton, 2012), což může vést k nastavování morálních imperativů až do té míry, že v případě remise mohou být ženy obviňovány z toho, že si neosvojily „správný“ postoj, například nebyly dostatečně „pozitivní“ (Wilkinson a Kitzinger, 2000). Tento imperativ aktivity a „pozitivního postoje“ se například může projevat i na frustraci při čtení rozhovoru s Mariannou, která na rozdíl od Hannelore a Inky tento repertoár používá jen výjimečně.

#### **4. Repertoár „rakovina jako běžná záležitost“**

Jak jsme uvedli výše, tento repertoár nebyl v rozhovorech dostatečně rozvinutý, a možnosti jeho analýzy jsou proto limitované. Na jedné straně můžeme uvažovat o tom, že tento repertoár nese stopy historického diskurzu, v rámci kterého byly ženy rutinně vyzývány zakrývat rakovinu, aby nebyl narušen ideál „normální“, ženy a starostlivé matky a manželky (Thorne a Murray, 2000). Bylo by však také možné zasadit tento repertoár do kontextu nově se objevujícího diskurzu „stejnosti“, v rámci kterého se akcentuje, že nemocní lidé jsou stejní jako ostatní a že důsledky rakoviny jsou překonatelné jako cokoli jiného (Sinding a Gray, 2000). Pozitivním efektem takového diskurzu může být pocit zvladatelnosti a norma rovného zacházení a nevylučování nemocných. Negativním pak norma jednat „jako by se nic nedělo“, což může být v rozporu s pocity některých žen (viz obava Hannelore stýkat se s „normálními lidmi“) a komplikovat vyjádření úzkosti, obav a konfliktů běžně doprovázejících rakovinu (srov. Öster et al., 2009).

#### **Limity**

Stejně jako v ostatních kapitolách je nutné na tomto místě zdůraznit, že předložená ukázka nepředstavuje CDP v její úplnosti, ale pouze ilustruje základní analytické postupy této metody. Kompletní výzkum by vyžadoval několik metodologických změn, z nichž většinu jsme již výše diskutovali. Zde tedy jen stručně shrňme ty nejdůležitější:

- a) **Výzkumná otázka:** Výzkumná otázka by měla být stanovena ještě před samotnou realizací rozhovorů. Obsah rozhovorů by se pak měl odvíjet od výzkumné otázky.
- b) **Počet, struktura a způsob vedení rozhovorů:** Pro validní analýzu bychom především potřebovali výrazně navýšit počet rozhovorů

(ideálně na několik desítek) a získat bohatší data k významům rakoviny. Rozhovory by měly být strukturovány tak, aby pokrývaly u všech participantek stejná témata, přičemž tato témata by se měla vztahovat k výzkumné otázce. Rozhovory by měly mít podobu interakce mezi tazatelkou a participantkou/ami (např. polostrukturované interview či focus groups), nikoliv souvislého, nepřerušovaného vyprávění. Ze strany tazatelky by se očekávala větší míra aktivity a zasahování do konverzace (např. s cílem podpořit argumentaci participantek).

- c) **Transkripce rozhovorů:** Přepis rozhovorů by měl být podstatně detailnější a zahrnovat paraverbální a nonverbální znaky.
- d) **Analýza:** Analýza by se měla věnovat nejen výpovědím participantek, ale měla by také zohlednit vstupy tazatelky (v případě focus groups ostatních participantek). Výsledná analýza by pak měla zohledňovat nejen použité repertoáry, ale také jejich funkci a vyjednávání v konkrétním interakčním kontextu. Analýza použitého jazyka by rovněž měla být detailnější, než jak jsme ji zde prezentovali.
- e) **Interpretace:** Je zřejmé, že interpretace výsledků analýzy by ve standardním výzkumu vyžadovala, abychom pracovali s výrazně větším počtem studií, než jaké jsme zde představili. Validní interpretace rovněž vyžaduje, aby autoři analýzy měli v dané oblasti výzkumu dostatečnou expertizu. Předložená analýza představuje v tomto ohledu nestandardní situaci, protože téma výzkumu i data k analýze byly dopředu stanoveny bez ohledu na výzkumné zaměření autorů a autorek jednotlivých kapitol. Ani jedna z autorek této kapitoly se přitom dlouhodobě výzkumu v oblasti rakoviny prsu či psychologie zdraví nevěnuje. Je proto třeba mít na zřeteli, že nedostatek naší expertizy v oblasti psychologie zdraví logicky limituje originalitu a relevanci výsledků.

### **Kritéria hodnocení výzkumné zprávy**

Obecná kritéria hodnocení kvality se u CDP (a dalších typů DA) příliš neliší od ostatních kvalitativních metod.<sup>21</sup> Níže uvádíme kritéria dle Taylor

---

21 Současně bychom měli upozornit, že existují kritéria hodnocení kvality obvykle používaná u jiných kvalitativních metod, která však v DA nejsou vyžadována nebo pro ni nejsou zcela vhodná. Jedná se především o tzv. účastnickou validizaci, tedy o vyžádání

(2001), zahrnující: 1. ukotvení v publikovaném výzkumu, 2. koherenci, 3. rigoróznost, 4. reflexivitu, 5. užitečnost. K nim pak sami doplňujeme: 6. transparentnost, 7. kritickou orientaci.

1. **Ukotvení v publikovaném výzkumu:** Výzkum musí být ukotven v konkrétní výzkumné tradici a explicitně popisovat svůj vztah k předchozím studiím (teoretickým i empirickým) věnujícím se zkoumané problematice. Ve výzkumné zprávě musí být vysvětleno, jak daný výzkum navazuje na předchozí práce, případně jak se vůči nim kriticky vymezuje.
2. **Koherence:** Kvalita analýzy závisí na koherenci předložených argumentů. Všechny výzkumné závěry proto musí být důvěryhodně dokumentovány ukázkami z dat a jejich interpretace musí směřovat k ucelenému a přesvědčivému výkladu zkoumaného jevu.
3. **Rigoróznost:** S předchozím bodem souvisí požadavek, aby analýza vždy měla podobu transparentního, systematického a detailního rozboru dat. Jak jsme diskutovali výše, nikdy bychom neměli předpokládat, že data „mluví sama za sebe“. Žádný úsek dat, který ve výzkumné zprávě prezentujeme, nesmí být pouze prezentován, ale musí být důkladně analyzován.
4. **Reflexivita:** Reflexivita zahrnuje dva důležité aspekty. Za prvé, výzkumník/ce by si měl/a uvědomovat svou roli ve výzkumném procesu a ve výzkumné zprávě zohlednit, jakým způsobem se jeho/její vlastní sociální a teoretická pozice mohou promítat do průběhu a výsledků výzkumu. Za druhé, je zřejmé, že z perspektivy DA nejsou výsledky výzkumu neutrálním popisem reality, ale jsou součástí utváření reality. Výzkumná zpráva by proto měla zahrnovat také reflexi toho, jaký dopad mohou mít předložené výzkumné závěry na zkoumanou oblast reality (v našem případě např. na identitu nemocných, na kvalitu péče, na vztahy mezi lékaři a pacienty, atp.).

---

zpětné vazby od účastníků/nic výzkumu. Logika takové validizace spočívá v předpokladu, že účastníci/ce výzkumu mají privilegovaný přístup k „autentické pravdě“ o sobě a své zkušenosti. Je proto vhodná u metod, jako je IPA, které tento předpoklad sdílejí. Naopak DA je obecně ke konceptům „autentičnosti“ a „pravdy“ kritická. Předpokládá, že jednání, myšlení a identita jedinců jsou utvářeny prostřednictvím kulturně sdílených diskurzů či ideologií, které jedinci sami nemusí reflektovat. Není proto důvod domnívat se, že by účastníci/ce výzkumu měli nějaký privilegovaný přístup k potvrzení či vyvrácení správnosti určité interpretace (srov. Taylor, 2001).



5. **Užitečnost:** V rámci tohoto kritéria hodnotíme výzkum z hlediska jeho schopnosti generovat novou teorii, nové interpretační rámce, koncepty či hypotézy vztahující se ke zkoumanému jevu nebo jevům příbuzným.
6. **Transparentnost:** Pro každý kvalitativní výzkum je klíčová transparentnost celého výzkumného procesu. Ve výzkumné zprávě tak musí být jasně popsána všechna výzkumná rozhodnutí a všechny jednotlivé kroky výzkumu. U žádného výzkumného rozhodnutí bychom si neměli myslet, že je „zjevné“ a že jej proto není třeba vysvětlovat. Čím je celý proces transparentněji popsán, tím lépe.
7. **Kritická orientace:** Pro CDP (a DA obecně) je typická kritičnost, a to ve smyslu zájmu o mocenské vztahy a nerovnosti ve společnosti. Výsledkem výzkumu by tak neměl být pouze popis či výklad jevu, ale odhalení nějakého problematického aspektu sociální reality. Výzkum by pak v ideálním případě měl napomoci změně tohoto problematického aspektu, resp. měl by poukázat na způsoby, kterými lze této změny dosáhnout.

Protože uvedená kritéria jsou poměrně obecná, doplňujeme ještě několik specifitějších, „techničtějších“ kritérií k posouzení kvality výzkumu. Tato kritéria jsme diskutovali v průběhu celé této kapitoly, zde tedy shrnujeme jen ta nejdůležitější:

1. Je výzkum ukotven v odpovídajícím teoretickém rámci (sociální konstrukcionismus, kritická psychologie, kritická teorie, diskurzivní psychologie, apod.)?
2. Je výzkumná otázka stanovena v souladu s konstrukcionistickým paradigmatem a zvoleným typem DA?
3. Jsou definovány základní analytické koncepty (diskurz, interpretační repertoár, ideologická dilemata, apod.)?
4. Odpovídá sběr a formát dat principům DA?
  - a. Je přepis dat dostatečně detailní?
  - b. Jsou data dostatečně variabilní a bohatá na významy a argumentace?
  - c. Jsou zaznamenány vstupy tazatele/ky?
5. Jsou jednotlivé kroky analýzy jasně popsány? Vycházejí autoři/ky výzkumu při popisu postupů analýzy z etablované literatury? Jsou postupy analýzy ilustrovány na konkrétních příkladech?

6. Jsou všechny analytické závěry přesvědčivě doloženy dostatečným (ale nikoliv nadbytečným) počtem extraktů?

### **Doporučená literatura**

Willig, C. (2008). Discourse analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (str. 159–183). London: Sage/Open University.

Praktický návod, jak postupovat při diskurzivní analýze v psychologii, dokumentovaný na konkrétních příkladech z výzkumu autorky. Zahrnuje srozumitelný popis jednotlivých kroků pro dva typy analýzy: foucaultovsky (kriticky orientovanou) analýzu a pro diskurzivní psychologii. Lze použít i pro účely CDP.

Wetherell, M., Taylor, S., Yates, S. J. (Eds.). (2001). *Discourse theory and practice: A reader*. London: Sage/Open University.

Wetherell, M., Taylor, S., Yates, S. J. (Eds.). (2001). *Discourse as data: A guide for analysis*. London: Sage/Open University.

Vynikající dvoudílná přehledová publikace o diskurzivní analýze. První díl se zaměřuje na teorii a zahrnuje stati předních autorů a autorek zabývajících se teoretickými východisky hlavních směrů diskurzivní analýzy. Druhý díl je orientován prakticky a poskytuje návod, jak realizovat šest různých typů diskurzivně orientovaného výzkumu (včetně CDP).

## Závěr

*Roman Hytych, Tomáš Řiháček a Ivo Čermák*

Účelem této monografie bylo nabídnout materiál, který čtenáři umožní vyzkoušet si a porovnat čtyři nejznámější přístupy kvalitativní metodologie na jednotném datovém korpusu. Volba kvalitativního přístupu ve vědeckém výzkumu má smysl tehdy, když je vhodné využít flexibilní výzkumný design (Robson, 1998). Flexibilita výzkumného designu na straně jedné otevírá velký prostor pro kreativní setkávání se s předmětem našeho výzkumu, na straně druhé si však s sebou nese též značnou míru nejistoty a neurčitosti, které jsou žité lidské zkušenosti vlastní. Jedním z podstatných znaků validity kvalitativně zpracované výzkumné zprávy je transparentní zachycení obou výše zmíněných skutečností v rámci celého procesu výzkumu. Jejich opominutí je naopak zřetelným signálem buď nedostatku výzkumníkových dovedností, nebo vůbec nevhodné volby designu pro řešení daného výzkumného problému. Zvládnutí obou těchto aspektů vyžaduje značnou tvůrčí a časovou investici. Pro výzkumníka, který se teprve s kvalitativním výzkumem seznamuje, se tato skutečnost může stát výzvou, jež bývá i nad jeho síly. První pokusy realizované třeba v rámci diplomových prací pak někdy nemívají ohlas, který by odpovídal výzkumníkem investované energii. Avšak existují i diplomové práce, jejichž autorky/autoři je dovedli do knižní podoby. Zkušenost s analýzou a interpretací, otevřenost myslí, odolnost vůči kritice kvalitativního výzkumu, kterou nešetří tradičně orientovaní badatelé, a již zmíněná tolerance vůči víceznačnosti zkoumané reality jsou nezbytnými předpoklady, jimiž by měl být kvalitativní výzkumník vybaven.

Vzhledem k tomu, že autoři všech kapitol pracovali se stejným empirickým materiálem, nabízí se nyní možnost porovnat prezentované výsledky. Při pohledu na jejich obsahovou stránku nás zaujal jejich společný aspekt, který prostupuje všemi analýzami – zachycení aktivity (vitality, nezdolnosti, aktérství) respondentek tváří v tvář jejich nemoci či bezmoci, je-li jim tato možnost odepřena. Nad tímto rysem se lze zamýšlet i na obecnější rovině jako nad skutečností, která je pro kvalitativní přístup charakteristická

ve smyslu vnímání lidské zkušenosti coby intencionální zvýznamňující aktivity. Určitou bazální shodu či konvergenci mezi přístupy lze také chápat jako známku validity kvalitativního přístupu jako takového. Zároveň je však patrné, že tato aktivita či vitalita nabývá v jednotlivých kapitolách různých podob a jejich význam autoři různě interpretují.

Výsledky interpretativní fenomenologické analýzy zdůrazňují pnutí mezi tendencí *udržovat skutečnost nemoci v jiné, „subverzivní“ realitě* na straně jedné a procesem *smiřování se s nemocí* na straně druhé. Zachycený pohyb mezi oddělováním se od nemoci a jejím integrováním do životního prostoru respondentky ztělesňuje významnou aktivitu žen s onemocněním rakoviny prsu. V případě zakotvené teorie se aspekt aktivity soustředí okolo centrální kategorie *získávání kontroly nad nemocí*, která zachycuje jednání jak pacientek, tak lékařů. Jiný aspekt aktivity respondentek pak vystupuje v situacích neempatického přístupu lékařů jako *snaha o prosazení vlastních potřeb*, kdy je aktivita žen značná, aby dokázala čelit „odnímání aktérství“ ze strany lékařů. V případě narativní analýzy je samotný koncept *aktérství* neoddelitelnou součástí této výzkumné perspektivy. Jde o charakteristické prizma, kterým výzkumník na vytvářená data pohlíží, podobně jako narativní analýzou rozlišované jednotlivé žánry. Různých významů rakovin prsu a s nimi spojených pozic ve vztahu k aktérství si pak všímá i diskurzivní analýza.

Při porovnání formální stránky výsledků jednotlivých přístupů nám do popředí vystoupilo několik dimenzí, v nichž se jednotlivé přístupy mohou od sebe odlišovat. Jednou z nich je **idiografické zaměření versus hledání obecnějších principů, témat či kategorií**. Každý kvalitativní výzkum usiluje o nalezení *lokálně* platného poznání, avšak zároveň se musí vyrovnávat s oscilací mezi jedinečnou zkušeností participantů a nalezením obecnějších, sdílených témat či kategorií. Přestože by se mohlo zdát, že idiografický pól této oscilace je zde reprezentován spíše fenomenologickou analýzou a narativním přístupem a metoda zakotvené teorie směřuje spíše k vytvoření obecného modelu a diskurzivní analýza k zachycení sdílených významů, jde jen o jeden zdůrazněný aspekt studií, který bychom neměli absolutizovat. Ve skutečnosti všechny čtyři přístupy usilují o porozumění významu zkušenosti žen s rakovinou prsu a díky tomuto implicitnímu či explicitnímu gnoseologickému maximu mohou přispět k obecnému poznání zkoumaného jevu.

Další rozdíl spočívá v tom, **zda výzkumník v analýze více zdůrazňuje obsah analyzovaných dat, či naopak jejich formu.** Ze čtyř analýz, prezentovaných v této monografii, je obsah nejvíce zdůrazněn u zakotvené teorie. Všechny zbývající přístupy v různé míře zohledňují i formu dat, ať už jde o analýzu založenou na používání slova „jako“ v případě interpretativní fenomenologické analýzy, o „tvar“ příběhů u narativní analýzy či pozornost věnovanou specifickým výrazům, stylistické a gramatické stránce či používání metafor u diskurzivní analýzy. Je ovšem třeba podotknout, že to, zda se bude výzkumník při analýze více soustředit na formu či obsah, záleží do značné míry na konkrétním výzkumném projektu a představené přístupy v tom výzkumníkům poskytují značnou volnost.

Prezentované analýzy se také liší v tom, do jaké míry využívají **vnější<sup>22</sup> interpretační rámce**, pomocí kterých organizují analyzovaná data. V narativní analýze se autoři inspirovali mýtickými žánry, „mythoi“, aby pak identifikovali individuální žánry vyprávění žen, které prošly martýriem onemocnění rakovinou prsu. Nešlo však o mechanické použití mythoi jako nástroje analýzy, nýbrž o zachycení „režimů“ vyprávění s jejich specifickými charakteristikami. U diskurzivní analýzy lze v tomto smyslu poukázat na aspekty, jež se často ocitají v centru její pozornosti – např. téma moci a nerovnosti či normality. Metoda zakotvené teorie při této konkrétní analýze používala „ad hoc“ vypůjčený interpretační rámec teorie řešení konfliktů, mohli bychom však poukázat na „matici podmiňujících vlivů“ podle Strausse a Corbinové (1998), která takový vnější rámec nabízí. Fenomenologický přístup takový explicitní rámec nemá, nicméně z kapitoly věnované interpretativní fenomenologické analýze je zřetelné, že nástrojem porozumění zkušenosti participantek se stává osobní i zprostředkovaná zkušenost samotných výzkumníků.

Poslední perspektiva, kterou zde zmíníme, představuje **zaměření pozornosti na to, co se „samo v datech“<sup>23</sup> jeví“ versus věnování pozornosti tomu, co je v pozadí, co je pouze naznačené či co v datech „chybí“.** Představené přístupy nabízejí různé možnosti jak „zviditelnit“ tyto „potlačené“ aspekty, ať už se jedná o princip teoretického vzorkování u zakotvené teorie, směřující

22 Termínem „vnější“ máme na mysli „nevyplývající z dat“, nýbrž „existující již před analýzou.“

23 Z didaktických důvodů používáme označení „data“, avšak jako kvalitativní výzkumníci bychom spíše psali o „textu“, „diskurzu“, „vyprávění“, „rozhovoru“.

k nalezení podob zkoumaného jevu, které dosud nebyly v datech zachyceny, nebo o snahu diskurzivní analýzy dát prostor hlasům, které jsou stávajícím mocenským uspořádáním umlčovány, či o hermeneutiku podezření zakomponovanou do interpretativní fenomenologické analýzy.

Věříme, že reflektování podobností a rozdílů mezi přístupy může čtenáři pomoci při hledání vhodné metody pro jeho vlastní výzkumný projekt. Závěrem zbývá jen vyjádřit přání, aby text posloužil jako inspirativní průvodce „krajinou“ kvalitativního výzkumu.

## Přílohy

### Přepis rozhovoru s paní Hannelore

*Paní kolem padesátky, usmívá se, vyzařuje z ní spousta sil, ale oči tak trochu plavou v slzách, nenavazuje moc oční kontakt. Mluvíme spolu v „relaxační místnosti“ Mamma HELPu, pokoj se stolem, křesílky a gaučem. Hannelore před chvílí skončila její služba. Vyprávění je souvislé, napínavé. Není potřeba se ptát, jsem ráda, je to můj první rozhovor...*

Tak já jsem se deset let před tou nemocí rozvedla a dcera se už při tom rozvodu ode mne odstěhovala, už jí bylo jako 19, tak zůstala sama, řekla, že nepůjde ani ke mně ani k manželovi. Zůstal u mě syn, taky když mu bylo 19, tak se ode mne taky odstěhoval, já jsem zůstala sama ve velkém bytě (*smutný úsměv*)... prostě jsem se vrhla – měla jsem takovýho kamaráda, přítele, s kterým jsem podnikala... tedy podnikal on, já jsem byla jeho zaměstnanec, ale vzala jsem to, jako by to bylo moje a opravdu jsem se štvala. Protože to bylo takový moje hlavní, takový moje hlavní -naplň životní, protože jsem měla pocit, že mne nikdo nepotřebuje, tak jsme vedli, vedli jsme obchod velikej, měl výrobu a ještě jsme měli noční restauraci, prostě jsem opravdu dělala sedm dní v tejdnu a asi tak tejdnu dovolený v roce.

Prostě tak jsem byla dost, pak jsem začala mít problémy, chodila jsem na imunologii, začala, měla jsem syndrom únavy, takže jsem chodila na imunologickou léčbu a prostě pořád měl takový podezření, posílal mě na různé vyšetření, jsem nevěděla co se děje, ale zřejmě jsem měla trošičku už rozhozený markry, ale nebylo to asi nic závažného, že teda se mnou nic nedělal. A kromě toho jsem právě od toho rozvodu (*pozdech*) užívala hormonální substituci a chodila jsem jednou za dva roky na mamograf a těsně předtím, než jsem onemocněla, tak jsem byla jenom na sonu, protože vždycky to bylo ob rok, a tam mi potvrdili, že jsem v pořádku (*zakolísání hlasu*).

A prostě, mě teda – něco se ve mně dělo, no a já jsem si říkala – já jsem v té době měla takovou nějakou známost, tak jsem tak ňák zase začala aktivně sexuálně žít (*zasmání*), tak jsem si říkala, že to jsou asi změny nějaký a tak... no, jenže to bylo... vlastně ten člověk byl lékař a ten mě upozornil na to sám, že něco teda se, že na něco přišel v tom prsu, poslal mě k lékaři, tak jsem po čtvrt roce zase šla na ten mamograf a měla jsem strašně velkej jako nález, no a to bylo tak strašně jako všechno rychlý, protože když mi to

poprvé sdělili, tak jsem, jakože teda tam něco je, tak jsem se málem zhroutila (*pousmání*), to bylo hrozný. Pak jsem šla na biopsii a po tý biopsii jsem to už dokázala přijmout snáž. Akorát bylo pro mě hrozný, že ten člověk, co mi to zjistil a kterému jsem, do kterýho jsem vkládala takovou tu, že mi pomůže, ten se ode mě hrozně odtáh... Prostě se vůbec neozval a to bylo pro mne docela dost hrozný (*pousmání*).

No a zase teda naopak rodina – moje děti i můj bývalej manžel se strašně ke mně semknuli, protože... my jsme měli už úmrtí na tuhle diagnózu v rodině – můjho muže maminka na to zemřela asi tři roky předtím, i když teda měla až recidivu asi 11 let po operaci, jako tu přežila – no ale ten konec, to teda bylo docela dost smutný, no a všichni měli v tý rodině s tou rakovinou docela nepříznivou jako zkušenost, že si mysleli, že prostě rakovina – slovo rakovina je -znamená úmrtí, jo, takže i ty děti (*povzdech*) se ke mně dost semknuly, když jsem to, takže se mi hrozně snažily pomoci – dcera moje, ta mě nenechala vůbec jít někam k lékaři samotnou, jako, protože ona podnikala, takže si přece jenom ten režim mohla udělat, takže na všechny vyšetření a na všechno – chemoterapii, na všechno mě vozila prostě ona autem. To jako opravdu (*se smíchem*) nechtěla, abych vůbec jezdila tramvají, abych nechytla nějakou infekci...

No takže – taky první bylo, když lékař mi sdělil tu diagnózu, to bylo pro mne docela dost hrozný, protože já měla ten nádor opravdu hrozně velikej, on díky tý imunologický léčbě mně hrozně vyrost a bylo, nikdo mi to nepotvrdil (*s povzdechem*), ale zřejmě to bylo trošičku vyvolaný tou – dlouhodobým užíváním hormonální substitute, protože dneska už vím, že třeba by se neměla brát dýl než 5–8 let a já ji brala 11 let. Asi to bylo zřejmě z toho. A asi nikdo mi neudělal ani nějaký vyšetření na hormonální hladinu, prostě tak asi, (*pousmání*) bylo to tímhle způsobem.

Ten nádor byl hrozně velikej a ten lékař, ke kterému jsem přišla, tak mi prostě řekl diagnózu, že teda to vypadá na operaci a že teda abych počítala spíš s ablací, že ten to je strašně velký a že by mi teda nejdřív nabídnul zmenšovací chemoterapii a já jsem prostě – když řekl slovo chemoterapie, tak to bylo pro mne tak jako, tak strašný, a on docela byl – asi mě odhad dobře, protože na mne docela tak zhurta: „Co blázníte, jako, chemoterapie – já jsem ji před čtyřma rokama sám jako absolvoval, a tak – jsem tady a to bude dobrý. Akorát vám vypadaj vlasy.“ Já říkám: „Ty vlasy, to pro mě není vůbec důležitý, já se bála tohohle“, protože fakt, i rok před tou nemocí mi



umřela kamarádka – jako na rakovinu plic. Taky chodila na chemoterapii a taky ozařování a prostě – taky to bylo rakovina se rovná smrt. Takže kolem mne jsme neměli – neznala jsem nikoho, kdo by prostě to přežil. Jakoukoliv tu nemoc.

No, takže – to bylo takový dost hrozný, no ale nějak – jak jsem se dostala do tý léčby, tak tam byla docela dobrá taková parta na tý chemoterapii, to se chodí jenom ambulantně – a bylo tam se mnou – měla jsem štěstí na ty lidi, který tam byli, který byli dál v tý nemoci, takže jsem najednou viděla, že vlastně se o tom mluví jako o chřípce (*zasmání*), jakože vůbec jako to. A měla jsem výhodu, že jsem měla kolem sebe lidi, který se mnou chtěli o tom furt mluvit a já taky teda.

Takže jsem se z toho opravdu vymluvila – no, všechno to probíhalo úplně úspěšně (*povzdech*), pak teda ty chemoterapie byly docela dobrý, akorát ten můj kamarád s tím zaměstnáním, prostě se mu přestalo úplně dařit a zkrachoval. V tý době, v začátku tý mý nemoci, takže já jsem ještě byla schopná mezi těma chemoterapiema počátečníma mu pomoci zlikvidovat ten krám, ještě udělat inventury a všechno (*zasmání*). To opravdu – já jsem ještě kromě toho chodila k léčitelce na – pro nějaký čaje – a ta teda mě docela taky držela, mi vždycky říkala: „Vy máte energie za tři lidi“. Tak mě teda podpořila, jako že teda to zvládnou všechno. Je fakt, že pak s tou operací, po těch čtyřech chemoterapiích to bylo trochu horší, můj zdravotní stav se už zhoršil dost, protože ta operace mě opravdu hodně porazila, že ta síla – už jí nebylo tolik, no.

Ale zase taky – prostě mám kamarádku, co má velkou rodinu a jezděj na celý léto pryč, takže když jsem skončila všechny chemošky, tak mě vzali s sebou na dovolenou na soukromou chalupu, s vnučkama, já nevím, se všema lidma (*zasmání*). Já jsem s nima byla asi čtrnáct dní a chodila jsem bez paruky a potom – jenže pak přišla další rána (*zasmání*), když už jsem měla jít na ozařování, tak prostě – mi ta onkoložka dost teda hrozným způsobem na chodbě řekla, že mám prostě metastáze v plicích a abych si už jako moc nedělala naděje, jo (*hořké zasmání*).

*To vám to takhle řekla?*

Na chodbě, no, to mě teda rozložilo, ale strašně. Protože to bylo pro mě úplně šílený, naštěstí ten můj onkolog teda, poslala mě pak k němu, že dělali mi ještě dvě CěTěčka, všechno se to potvrdovalo, že teda mám nějaký velkej nádor v plicích a že se jedná zřejmě o metastázy, protože to bylo

na druhý straně než to prso a všechno, tak jsem se prostě rozloučila se životem (*pozdech, pláče*), opravdu, jako jsem – to měla těžký, a on mi slíbil, že se pokusí sehnat někoho, jestli by mi to neodoperoval. Protože – že tedy ty výsledky z té krve, že teda to nevypadá nic tak, ale že teda prokazatelně tam v těch plicích něco je, takže se pokusí mi někoho – a že ať na něj nespěchám, že to bude trvat čtrnáct dní až tři neděle.

No, tak v tomhle období jsem prostě (*pousmání*) nějak k tomu došla, že teda se mi nemůže nic horšího stát, než že jako můžu umřít, no. A že už mi umřelo tolik blízkých lidí, že – prostě, že se třeba s nima někde potkám, no, nebo tak. Tak to bylo takový docela dobrý, že člověk se dostane opravdu na to dno a pak už to zase šlo nahoru, protože nakonec teda jsem se na tu operaci dostala, ten pan doktor byl takovej úžasnej (*zasmání*), ten mi teda prostě řekl, že – popsal všechno, co mi bude dělat, že teda to bude hrozný, že operace plic je opravdu hrozná, že, (*zasmání*) dokonce připravil mě na to, že to bude bolet, ale já jsem pořád říkala, že teda vydržím všechno, že se necejtím na to, abych umřela, protože si připadám, že mi nic není. Že teda jako, že tak nějak dejchám dobře a tak, že mi nepřipadá, že lidi který maj nemocný plíce, že nemůžou mluvit nebo tak (*zasmání*).

Tak mě objednali hrozně brzo, za čtrnáct dní, no a já jsem v té době – naštěstí mám bezvadnou kamarádku od dětství, tak jsme jezdily tak asi třikrát tejdně někam na nějaký túry a hrozně jsem trénovala (*zasmání*) na tu operaci, abych jako všechno přežila a bylo to fakt dobrý, protože jsem z toho v té nemocnici fakt žila. No a otevřeli mi ty plíce, obrovská hrudní operace a naštěstí to byl prostě úplně nádor, kterej jsem měla z něčeho jinýho, kterej nebyl vůbec zhoubnej. Takže když mě vezli jako ze sálu, tak mně to jako jeden doktor šťastněj – ten anesteziolog říkal: „Paní Hannelore, není to vůbec žádný – žádná rakovina, nebojte se, je benigní nádor, ještě se dělá biopsie – teda, nebo prostě ta histologie – a bude to dobrý.“ Tak já jsem teda, mně už to pak – já jsem říkala, tak teď už mi je všechno jedno, teď už mi můžete uříznout i hlavu a fakt, to bylo takový, jako když vám řežou hlavu (*smích*). Protože, ono, ty plíce přece jenom – se učíte znovu mluvit a hospodařit s tím vzduchem, protože se stáhnou jako, takže ten pooperační stav – jako nikomu bych to moc nepřála, jako, dá se to vydržet samozřejmě, je to pořád lepší než umřít. Ale bylo to dobrý, protože to mělo dobrej ten konec, že jo.

Takže jako jsem to, no opravdu, hned jak jsem byla po té operaci, tak mě ten můj doktor hned hnal na to ozařování, ale už jsem nešla na tohle

pracoviště, teda sem na ty Vinohrady – na tu onkologii, protože jsem řekla, že už tam nechci jít, že prostě mně tam ublížili, jako že tam se mnou hrozně ošklivě jednali – i když já jsem si teda neodpustila nakonec při té konečný náký, když mě předávala nazpátek tomu mému doktorovi, tak jsem tý doktorce řekla, že bych jí nikdy nepřála, aby seděla na mém místě, že si nedovede představit, jako když už člověk má ten normální život zase nadosah a když ho prostě úplně jen tak jako jedním, tak jako mě ubila, (*zasmání*) jak jako mi řekla: „Vy máte metastáze v plicích, tak to už ukončíme...“, tak jako mě to (*zasmání*) připadalo: „Tak jako už prostě umíráš, tak na shledanou...“, nebo něco takovýho (*zasmání*), takže jsem šla do M. a tam bylo to jednání úplně bezvadný. Ale byla jsem opravdu už strašně, jako vyčerpaná už, protože ta nemoc, ta operace, vlastně v tom roce byly dvě velký operace a ozařování, ale skončila jsem tenkrát to ozařování na Silvestra, to jsem si naplánovala, tak, takže ten rok jsem prožila celej vlastně v děsný euforii teda, opravdu (*smích*).

Tak do března jsem byla teda úplně vyřízená, to jsem ještě doma pořád dost polehávala a byla jsem taková opravdu špatná, ale celou dobu vlastně moje dcera, protože už jsem vlastně zůstala v invalidním důchodu, tak ta, abych prostě neměla pocit, že mě podporuje, tak ona, jak podniká jako v účetnictví, tak chtěla, abych jí pomáhala. Tak jsem jí jako začala pomáhat, protože abych neměla pocit, že mi dává peníze za nic. Ale já jsem tu účtařinu dělala taky dost v životě, takže takhle mě vlastně zaměstnávala k tomu, takže já jsem si nepřipadala vůbec zbytečná.

No a, no a pak jsem vlastně, jak jsem v tý nejhorší době jsem do Mamma HELPu vůbec nechodila, během tý normální nemoci, až jsem tady byla tenkrát, když mi teda tady ta doktorka vzala tu naději, no a tady mi nemohli stejně nic nabídnout, no ale začal mi domů chodit ten časopis a tak, no a tak na jaře vyhlásili nějaký rekondice a já jsem sem teda došla a zaujalo mě, že se jede do L.T. a že bych teda s nima jela.

No, to jsem nikoho neznala odtud, to jsem byla asi dva dni před tou rekondicí, jsem myslela, že teda – úplně jak dítě, který jede na tábor (*zasmání*) a nechce jet. Takže jsem prostě měla hrozný – ježíš, tolik ženských a všechny nemocný, no a mně teda ještě – jak jsme skončili v tý práci, tak mně opravdu tam ty spolupracovnice tak strašně jako ublížily, prostě nám udělaly strašný manko, jak věděly, že jsem nemocná a tak, no já jsem už prostě neměla vůbec důvěru v takovou masu těch žen jako (*zasmání*), protože

v tom obchodě ty prodavačky, to je docela dost náročný, takový, že když vidí, že vám není dobře nebo tak, zaměstnanci maj takovej – ne že bych byla jejich zaměstnavatelka, ale pořád jsem je jako vedla, od samýho začátku, takže, to byla taková ta zášť od nich byla vždycky, tak jsem prostě měla strach z těch ženskejch, jako vůbec, z masy lidí a já se tam budu muset rejpat v tý nemoci a tak... No a prostě, bylo to tak úžasný, že se tam sešli lidi, který byli docela čerstvě po léčbě stejně jako já a já jsem tam úplně obživla, jako, potkala jsem se tam s lidma, s kterýma dodneška kamarádím a najednou jsem si prostě uvědomila, jako že v tom nejsem sama, sice jsem tam vůbec nebyla schopná, jako když jsme si takhle povídali, třeba u toho ohně a každé něco říkal, tak já vůbec ze sebe nevypravila, já vždycky brečela úplně hned, jsem říkala: „Ježíšmarjá, já nemůžu vůbec nikde vystoupit na veřejnosti, já neřeknu ani slovo.“ No ale pak nák, pak, bylo to opravdu úžasný, pak jsem přijela domů a začala jsem sem víc chodit, pak se jelo na další rekondici, no a – já prostě jsem najednou měla pořád pocit, že teda musím to těm druhým předat, ty zkušenosti. No a tak mě tady namotivovali, odešli odsud lidi, co tady sloužili, a nabídli mi, jestli tady nechci pracovat, no a já vlastně už tady jsem ty dva roky, a tím pádem ze mě pořád ta nemoc jako odchází ještě. Já – tím – ne teda že odchází, ale tím, že pomáhám těm druhým, nemám vůbec čas na tu svou... jako – chodím sice normálně na ty prohlídky a tak všechno, ale jak to předávám těm dalším lidem, tak mně to hrozně pomohlo. Pomáhá mi to, takhle – ještě pořád mi to dává víc než by mi to bralo. To říkám, až to bude taková ta mez, až mě to třeba bude hrozně unavovat, tak si myslím, že bych toho nechala hned, v tu chvíli. Ale zatím pořád mám takovej pocit, že jako mně to víc dává, když prostě někomu pomůžu – ne pomůžu, no ale prostě dokážu mu sdělit tu mou zkušenost a nějak ho podpořit.

No, myslím si, pořád si myslím, že mám tý energie pro víc než pro sebe, (*zasmání*) že to docela dokážu, no tak... taky jsou nějaký ty problémy zdravotní, ale nějak to pořád je dobrý. Jsem pořád v invalidním důchodu, ale taky už teď začínám – tedy pořád dělám u tý má dcery, dělám tady a teď jedněm známejm pomáhám v obchůdku jednou tejdně, nebo tak, prostě pořád to zkouším, jestli se budu moct zařadit do toho normálního života, tam je blbý, že jsem ztratila tu práci, takže ono v padesáti a z invalidního důchodu se jde špatně. No a já mám trochu strach jít mezi normální lidi, normální lidi (*zasmání*) – já se tady stýkám s takovým okruhem těch lidí a mně to zatím stačí a vyhovuje a mám prostě trošku strach z těch lidí. Jako

jít do normální práce a třeba je fakt, že to pořád přetrvává, že se někdy stane při změně počasí, že člověku není tak moc dobře. Jo, a prostě bojím se – dneska to nasazení je všude strašně velký, protože to vidím, jak dělá můj syn, prostě – jemu je pětadvacet a jak dělá ve firmě, jak je ždímají a tak... já bych na to neměla – no, ne neměla, měla třeba, ale nemám na to spíš nervy. (*odmlka*)

No, já bych řekla, že nakonec mi ta nemoc vlastně dala víc než mi vzala (*odmlka*). Protože jako jsem poznala lidi, který bych nikdy nepoznala. A (*povzdech*) trošku jsem přehodnotila takový ty aspekty toho života. Ani už mě teď nedrtí to, že jsem třeba rozvedená. Že nemám jako partnera, ale dokážu se třeba radovat úplně z nějakých maličkostí, že když někde s někým jsem, tak to dokážu daleko lepší prožít. Jako mě mrzí, že děti nemaj ještě rodinu. Že bych... já kromě toho ještě chodím vlastně hlídat děti, jako takhle (*smích*), já teda dělám hodně, pracuju hodně, mám hodně těch to, nejenom že mám nějaký zdroj příjmů, že teda nejsem odkázaná jenom na invalidní důchod, což je teda, si myslím, musí být děsná depka, protože už od padesáti aby člověk měl takovej pocit, že má jenom omezený ten důchod, je opravdu jenom na přežití. A tak abych se prostě, aby ten život byl takovej jaký má, že můžu jet k moři a takový... takže tímhle vším si dokážu k tomu důchodu trochu přivydělat. A ty děti – to mě teda drží při životě (*se smíchem*), protože zase mojí dceři je už třicet, a nějak se jí teda nedaří... (*pousmání*) v životě už druhý dlouhodobý vztah teda ukončila, nějak ty děti zatím nejsou na obzoru a tak, její kamarádky děti maj, a tak ty potřebujou někdy hlídat, když nemaj babičku nebo třeba když chodí cvičit, tak jsem měla asi tři děti, postupně, některý už ubyly a teď mám tedy chlapečka ročního...

Takhle – já prostě dělám teď jenom to, co je mi příjemný, proto nechci – jsem docela ráda, že ten důchod jsem teda zase dostala na další dva roky, protože je to taková moje záloha, že nějaký ty peníze člověk má a jako že (*povzdech*) nemusím jít a nutit se do něčeho, co by mě třeba vůbec nebařilo. Já prostě když něco dělám a nějak mě to přestane jako – nelíbí se mi to nebo to, tak už si nedělám to násilí, co jsem si dělala dřív. Jo, že to je asi důležitý a to bych řekla, že mi ta nemoc dala, že to umím už si rozhodnout, jestli to chci dělat nebo ne, že už – já jsem taková – vždycky jsem byla taková vstřícná, každému jsem jako se snažila za každou cenu, teď tedy taky pomůžu, ale ne za každou cenu. No a to je asi důležitý, jako co ta nemoc by

měla tomu člověku dát. Tak takhle jako (*zasmání*) takový to ponaučení z té nemoci. Tak taky dělám věci špatně, protože mě teď plno lidí sleduje, jestli nejsem moc unavená, že moc pracuju a takovýhle to, ale taky asi někdy to přeháním, ale zase na druhou stranu je fakt, že když jo už jsem vyřízená, tak si odpočinu, tak ... tak to je asi tak všechno...

*Tak vám moc děkuju*

To není zač, hlavně aby vám to k něčemu bylo-

*To určitě jo, máte to tak hezky uchopený, že už to máte...*

No, uchopený, já mám tedy štěstí, že mám u sebe kamarádku, psychologku, to je ta rodina, co mě vzali k sobě po té nemoci, my se známe od dětství, takový to kamarádství, co už je jako součást rodiny. Tak ona a její dcera mi hrozně moc pomohly, ne tedy že bych chodila na psychoterapii, ale tím, že jsme tak spolu tak dobře rozmlouvaly... i když tak nějak – já bych řekla že já jsem neměla ty depky, já jak jsem se začala uzdravovat, tak už jsem prostě byla tak nějak dobře naladěná, jako pozitivně, že teda jsem neměla takový ty – jakože bych měla strach z té smrti – to jsem neměla nikdy, protože jak jsem se dostala opravdu na to dno, jak už mi řekli, že mi není pomoci, tak jsem si to – dokázala jsem si to v sobě nějak jako, že nic horšího už není, no. Prostě jsem se dostala na takový to dno, sice jsem teda – tak asi to trvalo tejdenn bezesnejk nocí, kdy jsem teda si představovala, jak to bude... No, mě teda třeba strašně brzo umřel táta, když mi bylo dvacet teda, a mně teda připadal tenkrát jako starej, že má svoje odžito, mu bylo padesát. A mně se to stalo – ještě mi ani padesát nebylo, tak jsem se nějak jako to... a pak jsem si řekla – že mně fakt jako dost chyběl, jako zajímavý je, až po třicítce, třeba mezi třicítkou a čtyřicítkou mi táta chyběl teda daleko víc, než třeba jako tý holce dvacetiletý, protože v těch dvaceti, to jsem s ním měla docela problémy (*smích*) jako, tak normální, jako mají lidi v tomhle věku. Jo, tak jsem si říkala, třeba se někdy ještě potkáme, jako já nemůžu říct, že bych se upnula úplně k posmrtnému životu nebo tak, ale člověk se něčeho chytit asi musí. A takhle -mně osobně to pomohlo, že teda jsem si řekla, si pak řekla: „Když tyhle ty všichni lidi už všichni jako odešli“.

No, já ještě těsně před tou nemocí (*povzdech*) jsem měla ještě v domě sousedku, o kterou jsem se starala už asi deset let, ale ona totiž mi zase hlídala děti, když byly malý, když jsem chodila do práce, tak ona mi chodila hlídat kluka mýho, tak když jsem musela do práce, protože on byl hodně nemocnej, to bych do práce skoro nemusela, tak jsem s ním byla doma tři

dny a ona pak na něj jako dohlížela – no a tak, dožila se dvaadvadesáti let, takže – ale stalo se to těsně před tou nemocí, že teda umírala hrozně dlouho v nemocnici (*pláče*) a že já jsem opravdu – to bylo takový vyčerpání, že jsem opravdu každéj den za ní do tý nemocnice a každéj den jsem prostě šla s tím, že nevím, jestli bude ještě naživu.

Jo, prostě, fakt to byl ten stres tenkrát, tak v tý době byl tak strašnej, že já už si dávám takovej pozor, abych už se nikdy do takovýho stresu nedostala, jo, protože to byl takovej ten nezvladatelný, jak už máte takovej ten pocit, že už nestojíte vůbec pevně na zemi. Jako že už padáte dolů. No, a tak tohle od tý doby si dávám opravu pozor, abych... i když, opravdu – taky se mi dějou docela strašný věci (*zasmání*). Nemám všechno jenom ideální, ale myslím si, že už tomu tak nepodléhám. Jako, a asi by si to všichni měli uvědomit, ono to asi taky vždycky nejde, ale mám třeba hrozný problémy s maminkou svojí a takovýhle... to je normální věk... asi těch padesátiletých lidí, že musej o rodiče se starat. (*odmlčení*)

No, tak se snažím ... se jako šetřit. To po týhle stránce, po tý stránce toho stresu, aby se člověk nenechal unášet... Tady, opravdu mi připadá, že mi to tady pomůže... Jako že můžu pomoci někomu, a že tím pádem na jednu stranu tím pomáhám sama sobě. Ne že bych teda... nějak moc pomohla, ale dělá mi to zas jako radost... já teda se hodně angažuju v těch rekondicích, už jsem vedla nějakéj ten pobyt... zjistila jsem, že je to opravdu dobrý, protože – lidí, který jsou čerstvě po nemoci, tak mám pocit ... že mě opravdu po tý nemoci, tak se vyjede z domova, k tomu prostředí a mezi těma lidma, bych řekla, že by to mohlo všem lidem pomoci. Jo... protože se dostanou od rodiny, dostanou se z těch zajetejch, no, já jsem měla děsnou výhodu, že už jsem měla děti nějak v životě, vydělávaly si, nebyly na mně závislý, prostě... nevím, jak mám radit třeba ženským, který mají malý děti, to je hrozně těžký. To bych vám jednu docela doporučila.... Ta má šestiletýho chlapečka... to je moje první adeptka, to jsem tady ještě nepracovala, to jsme se potkaly náhodou u doktora, když jsem měla všechno za sebou, tak ona začínala, opravdu (*smích*) jsem jí dávala soukromý terapie do telefonu ... (*pokračuje v popisu případu dané paní*)

Tak to je asi všechno.

*Nicméně, ještě se ukázala další témata, která jsem už bohužel nenahrála. Jako velký vliv na vyrovnání se s nemocí uvádí paní Hannelore to, „že mi vzali jenom kus prsu, takže to není ani vidět. Ženský, kterým vzali celý, se s tím*

vyrovnávají mnohem hůř... „K případnému seznámení s možným partnerem se staví skepticky: „Na ty můj tři jizvy asi nikoho neulovím.“

Jako další výrazný přírůstek nemoci uvádí, že se celá rodina víc dala dohromady, vztahy s bývalým manželem se zlepšily (připisuje to tomu, že mu na stejnou diagnózu zemřela maminka). Do té doby se vídali jen na oslavě narozenin dětí na neutrální půdě někde v restauraci, ale teď mají přátelský vztah (on je nadále se svou partnerkou), pomohl jí se stěhováním apod.

## **Přepis rozhovoru s paní Mariannou**

*Silnější paní, kolem 60 let, opravdu je jako vítr (jak dále vypráví), vypadá, že se umí ozvat (což se také ve vyprávění ukazuje...). Mluvíme spolu opět v Mamma HELPu, za hodinu začne tradiční „Babinec“.*

Takže mně nestačí nikdy jedna jediná věc, já musím s sebou natáhnout další. Takže tohleto já mám od vyšetření pana doktora, onkologa, protože to byl začátek všeho. Já jsem asi sedm – osm let v jeho péči s tím, že v minulosti jsem měla problém s levým prsem, protože jsem brala hormonální přípravky a po používání dvou – tří let došlo k mastopatii, neboli ke zbytnění mléčné žlázy, takže byl vyrušen tenhle lék, no a mně to bude teď tady šrotit, ale možná si vzpomenu na závěr (*na jméno hormonálního přípravku*).

No, já jsem tedy byla v jeho péči, jednou za čas – asi za dva roky – jsem se pravidelně zúčastňovala tý mamografie, čili bylo všechno OK, mimo toho zbytnění teda tý mléčný žlázy. No a jelikož toho mám – ta palice, stačila jsem si i ---- (*nezřetelně*) vyvrbit a osteoporózka pracuje a jak říkám, těch čtrnáct operací, ten vápník je prostě proudem pryč, takže jsem se začala domlouvat s gynekologem, jestli bychom nemohli něco nasadit, teda na ten vápník, že jo, aby to nemožilo a přitom, že jo, zkrátka (*ukazuje na svou rozložitou postavu*) – nás bylo osm sourozenců a já jsem nejhubenější... Takže co dělat, já se sice neodvolávám jenom na to, že to je snad genový nebo dědičný, je pravda, že teda ráda vařím, to vařím, vyhovím si, ale – zejména teď se snažím, a to nejenom rok, ale už nějaký léta před tím, že se snažím opravdu teda tak nějak nehřešit, jo. Jednou za čas hřeším, ale pak tvrdě, no ale jak říkám...

No, teda jsem u toho gynekologa dostala pokyn ten, že ano, můžeme se na něčem domluvit, ale – jestli mám teda nějaký záznamy a nálezy případně



anebo nějakou čerstvou zprávu od onkologa teda, no a s tím jsem odešla, byla to asi ta dvouletá pauza, zase teda na mamograf. Takže jsem se teda podrobila tomu, no a k mému teda velkému překvapení, to jsem byla teda dost vyvalená, protože říkám osm nebo devět let jsem v péči po půl roce, po třech měsících, a najednou nález – kalcifikovaný útvar, 7 mm – spíš malý než velký a navíc nešlo to nějak přesně – ohraničený nebo – nešlo dost jako – nebylo to jednoznačné, takže následoval ultrazvuk, po ultrazvuku – zas různý stóry u toho, pan doktor, kterej mě vyšetřoval, tak takový nějaký průpovídky, protože doktor, kterej mě odesílal, tak tam dal nějaký teda, no, nějaký dotazy, jemu přišly strašně teda jako ke smíchu, no, tak jsem se ozvala: „No, pane primáři, to jsem já, zrovna mě vyšetřujete“, on totiž nečetl zřejmě, že to jsem já (*s úsměvem*) a takový další – jestli to byla sestřička nebo to byla budoucí nějaká stážistka nebo doktorka nebo – takže takovým lehkým žertem mezi sebou povídali, až pak říkám: „To jsem já“, no, takže výsledek byl, že teda ano, je to potvrzeno, že to je teda malý kalcifikovaný útvar a že by teda byla jistota, kdyby se to ještě teda – kdybych se podrobila biopsii.

No, kdybych já byla věděla, co všechno to obnáší, tak nevím, jestli bych byla utekla. Já si i do dneška myslím, že jsem nemusela být – celý prso odoperovaný, protože mně mimo toho kalcifikovaného útvaru nic nenašli, ale v axille byly vybraný teda 22 vzorků těch mízních uzlin a 2 byly prokazatelně s karcinomem. No ale ten karcinom tam mohl už být osm let, mezi mezitím, co jsem chodila – protože vyšetření bylo palpační – jo, (*předvádí prohmatávání*) tady nic nemáte, tady taky nic nemáte (*na druhém prsu*) a hotovo. O tady to (*ukazuje podpaží*) se taky nikdo nestaral, bulky jsem žádný neměla. No.

No tak holt to šlo ráz na ráz, do toho ještě – já jsem měla nějaký úraz na ruce, měla jsem to prostě podebraný, takovouhle bakuli – prst, takže – a odjížděla jsem do Itálie... to bylo konec května, červen, a pan doktor nasadil antibiotika a říkal: „Jedete k moři, tak si to nechte zabalené zatím, ale až přijdete do moře, tak si to tak cachtejte, protože je to slaný, to vám nemůže uškodit“. No, chytila jsem do toho plíseň, takže jsem se vrátila ještě s větší bakulí (*zasmání*) a zase jsem se to – nějaký to řezání – a další antibiotika, jiný druh teda, širší spektra... že jo. No a na základě těch antibiotik jsem se celá osypala, takže byl víkend, začínal víkend – byl pátek, takže já už večer navštívila pohotovost – bylo to na Bulovce... a pan doktor mě přesvědčoval, že to jenom tak, že budu docházet, že to moc nevyřeší, že

to je na kapačky a na lůžko. Já jsem řekla: „Pane doktore, začaly dovolený, já mám kanára, já mám morčata, já mám rybičky“, prostě, děti byly pryč – syn ... tak jsem říkala: „Já se vám nebudu v ničem vzpírat, ale musím to přežít teda do neděle včetně a pak to rozdám po sousedech a už si můžu případně uvažovat o tom, že bych si lehla na kožní.“ No tak on mi teda vypsal na kožní ten lístek, já...jsem se dopravila teda tam na to kožní a paní doktorka samozřejmě taky: „No, víte, chtělo by to lůžkovou část a najedeme prostě silnější ty – větší množství – nějaký ty hydrokortikoidy“. Takže jsem slíbila, že budu teda poctivě docházet, ale musím si zařídit teda tohle. No tak povedlo se i toto, ale pak se mi zase ještě vyvrabilo, že v pondělí, když už bych si měla lehnout na kožní, tak v pondělí jsem se měla dozvědět výsledek biopsie. Tak jsem to ukecala tak u té doktorky na kožním, že nenastoupím hned ve osm ráno, že naopak ve osm ráno budu teprve na onkologii už pro výsledek. No a tam došlo k šoku, poněvadž pan doktor vzal notes a jako tak žádný „tak pojdte, posadte se, já vám něco sdělím“, ale: „Tak, víte, tak paní Marianno, tak je tam nález, tak já vám to vypíšu a to absolvujete teď hned a to můžete tady, a tak půjdete na krev a půjdete na plicní a to je tady na patře a to...“ No, já koukám a povídám: „Ale pane doktore, ale vždyť se na mě koukněte“, já osypaná, zarudlá (*má na krajíčku*) celá, já jsem říkala: „Kam já můžu jít, nejdřív musím být stabilizovaná.“ „No, to víte, to musí být priority, něco musí počkat a něco holt se musí řešit.“ Já říkám: „A co se má řešit, nebo co je?“ „No, tak prostě ten nález tam je.“ No, to když vám řekne, tak si myslíte, že už je za pět minut dvanáct a zejtra že už budete v pánu. Tak já zpanikařila, tlak mi vylítl na 250 (*pláče*), takže další čtyři lidi kolem mě, no, pravda teda je, že to pondělí jsem nastoupila až na poledne na kožní, ale to už říkám, že sháněli internistu, už volali a pan doktor taky nakonec sháněl i na kožním mě, už v jedenáct, tam mu řekli, že jsem ještě nenastoupila, že mám domluveno na poledne, ono začalo pršet do toho, já ještě musela domů, pro zabalenou tašku, že jo, nevěděla jsem, na jak dlouho odcházím do špitálu, nejméně tak tejdén nebo deset dnů, no a hlavně bylo vedro, tak přes třicet stupňů, tak ještě jsem tam měla – protože jsem vdova, mám sice syna, ale jo, jako bych neměla, má svoji rodinu, má co dělat, aby se postaral o sebe, tak dře.

Tak jsem volala známý, ty dorazili, odtáhli mně to všechno, s tou rukou to moc nejde – (*odkašlání*) – copak, to ještě tenkrát nebyla, to ještě bylo před operací. No, tak já ještě zase pro změnu nějakou tu ventrální kýlu, takže

kvůli tomu zase ne tíhu, no ale, jak jinak, do zubů to nevezmu... Takže jsem nastoupila teda na to poledne a, jak říkám, už v pohotovosti kde co, už tam lítali s vozejkem na měření prostě EKG, ... no a pak už se rozneslo pomalu po celým špitálu – ještě jsem nevěděla, kde budu, ale už všichni věděli, že jsem čekatelka na operaci, na celkovou ablaci prsu. Takže musím říct, že – od toho onkologa to bylo bezohledný, jak mi to sdělil (*plác*), zato tam prostě mě hýčkali, jakoby, no, jenomže – hýčkali, věděli proč, já ne... No, (*pláče*) je to ještě živý.

*No, to je...*

No, takže v pondělí jsem nastoupila, v úterý už bylo konzilium, to zase z lůžka mě uvolnili, doprovod s nějakou sanitářkou nebo něčím – nižší zdravotní personál, takže mě doprovodila teda na onkologii, počkala na mě, tam jsem přišla, asi sedm nebo pět doktorů jich bylo, já stála samozřejmě, ještě že jsem měla futro za zády, abych se mohla aspoň opřít. A každé mrskal notesy: „No já mám tady volno na tříadvacátého sedmý.“ Podotýkám, že se to uskutečnilo celé všecko – začalo to 16. – 17. 7. a termín na operaci to chtěli do týdne, už třeba.

No, naštěstí už byla doba dovolených a jako ne každému se to hodilo nebo nemohl nebo tak nějak... Takže se to oddálilo, možná, že to bylo právě to mínus pro mě, no a oddálilo se to na 21. srpna. No a mezi tím – soused tak jako se mně ohlásil a říkal: „Hele, Mariánko, nikde nic jako nepodnikej ty, my zkusíme tam.“ – Máme tam veterináře v ulici – doktora a jeho manželka kdysi dělala na těchhle jako laborkách, takže se spojila s primářem – ale z plicního, já nebyla na tomhle – chirurgie, onkologie a navíc takhle – tahali mě za fusekli, protože já jsem se ozvala: „Vy tady každé práskáte notesem, vy už mě chcete řezat, ale mám do toho – můžu do toho něco aspoň málo říct? Já nejsem rozhodnutá, zda vůbec to podstoupím a taky, zda tady.“ To teď koukali, načež pan doktor onkolog pronesl: „No, to jako paní Marianno, my to neděláme z plezíru, my vám zachraňujeme život“, jo. Kruci, tak to už bylo opravdu – vytočená jsem byla dost, ale uzemnil mě opět. No ale přes to všechno – ty kroky dělal soused, já pak dostala vždycky telefonicky pokyny, kam mám dojít. Já říkala: „Ježíši, jak já můžu dojít někam, když jsem na lůžku a mají mě tady.“ ... To zase (*zasmání*) to jsou takový anomálie, jak jinak byla pohyblivá, nebo provozu schopná a tak dál. Ale říkali: „Musíš tvrdit, že to máš takhle udělaný a prostě dají ti nějaký papír a půjdeš si na to plicní za tím primářem“, a tak dále. No a pan primář na plicním – podíval

se tak na tyhle – materiály z onkologie zase sehnat, a říkal: „A kterej vůl vám tohle řekl, že by se to jako muselo operovat celý, když je to 7 mm malý a kalcifikovaný útvar? Takže jako, já bych to neviděl jako na celkovou – jo, na radikální – jo, třeba kvadrant“, a tak dále.. No... říká: „Nechte mně tady ty materiály.“ To než jsem ty materiály dostala, to si nedovedete představit, jaký tóčo jsem zažila, protože paní doktorka mezitím, co mě objednávala na toho 23. 8., byla na dovolené a – údajně měla v notesu s sebou moje papíry. No, jede na dovolenou, ona bude mít takovýhle čtení lechtivý na dovolenou, ba ne, zřejmě taky chtěli vykazovat čárečky a tak dále... tak mě honili furt od Šavla k Pavlovi, já úplně k uzoufání, 35 nejmiň, to bylo před těma třemi lety, to bylo hrozný teda, ve čtyři hodiny – já od rána od osmi po nemocnici lítala, z chirurgie na gyndu, z gyndy zase na – a čtvrtý patro a šestý patro a do prvního patra... a „teď je poledne“ a „teď mám vizitu“... no vomejvat prostě, to bylo málo. Zoufala jsem si (*pauza*).

No, takže resumé bylo, že jsme zkrátili termín – nikoli 23., ale 12. srpna a na tom plicním to bylo, no těžko říct, jestli dobře nebo špatně, no, jsem tady, tak snad dobře. No, nevím, kdybych byla nebyla takhle ve stresu, jak jsem byla, nejdřív to kožní léčit a pak tohle... tak určitě bych si byla alespoň jednu konzultaci někde buď na Karláku nebo v Motole nebo kdekoliv jinde. Určitě bych si nějakou konzultaci byla ještě vyžádala. A ne takhle prostě se – protože mám kolem sebe případy, že už potvrzené, už prostě z předoperáku utekla a žije a taky takhle – jo, objemnější prsa. No, takže těžko říct teď, když už je po všem.

Takže co říct, to jsou větrný mlýny... bojujete proti každému pak. No, pravda je, že ani slůvkem nikdo neřekl „jak se cítíte“ nebo „budte připravena, že to trochu s vámi zamává“. No, zamávalo to dost, to jo (*otírá slzy*). Já jsem toho měla poněkud víc... 24. dubna ..... – 14. dubna operace, 24. dubna invalidní důchod, a 5. 6. zemřel manžel (*pláče*) no, takže... (*pauza*).

No a s tím nadále – s tím onkologem – no, to je vždycky: „Jo, no vidíte, vy se – tak vypadáte dobře“, no a marně bych říkala, že nespím, potím se, varixy ... „No, to víte, to je daň... to je daň, tohleto se musí.“ No a teď jsme teda dospěli do takových konců, že už odmítám cytostatika, říkám: „Poslední dávku jste mně teď napsal, to mně tak do toho září vydrží a končím, víc je brát nebudu, protože se dostanu na invalidní vozík“, no. Jestli dělám dobře, nevím, protože tady děvčata mají taky recidivy, ale říkám, co bude, to bude...

*A to tedy máte tedy tři roky po operaci...*

Letos budou tři v srpnu. No, tak mě navedte, co ještě chcete slyšet?

*Co vám pomáhalo se vyrovnat s tou rakovinou?*

No to, že jsem tady narazila na tohle (*myslí tím Mamma HELP*), jediné toto, jediné toto. I přesto, že jako v bytě jsem sama, ale sama nejsem, protože jsem ve svazu invalidů – dříve teda, dneska je to – Ježíši, vždyť jsem dělala i předsedničku – jo – Svaz postižených civilizačními chorobami, to jsou názvy teda. Takže jako přítelkyně, kamarádky, snad deset – dvanáct, to už když jsem v nemocnici ležela, tak to každou chvíli denně dvě-tři návštěvy, až mě to docela už unavovalo pak, takže o to nejde.

Ale... říkám, vděčím tomu za dost. Ani nevím, jakým stylem jsem – budu to v nějakém časopisu jsem se dočetla, dokonce i K.E.(ovou) jsem tam viděla, říká: „No a co by se mi stalo, když bych přišla, představila se a řekla, co mě potkalo a vždyť mě neukousne...“, no ale to bylo nějak v zimě... než se vypravím, tak jsem říkala, tak to ještě chvílku vydržím, až se to nějak – nějaký mrazy nebo něco, tak až leden, únor jsem se sem vypravila a trefila jsem se zrovna na Inu. To jako, myslím si, že jsem trefila na toho tak citlivýho člověka, čímž nechci říct, že by zrovna ta K. E. nebyla, ale opravdu... No a pak jsem tak taky viděla, že jsou i hůř teda postižený než já, nebo i mladší, tak to člověka tak trošku dá do latě, aby tak nebo tak, může – bude hůř ještě. Nejdřív jsem se jako oklepala, tak nebudu takhle uvažovat a tak, sepnutý ruce, stará ateistka že jo, tak říkám nakonec se budu modlit... no ale to jsem netušila, že toto je taky druh chemoterapie.

No, zas takový je život prostě, ale nejsem padavka, že by mě museli hned křísit, to už když teda – nevím, co by se opravdu muselo přihodit – no tak, to radši ani nebudu ani náznakem nic říkat, no. Život se se mnou nemazlil, zkrátka a dobře, takže nějak tak jsem – snad i tady tím, že jsem sem přišla nebo viděla jsem, zúčastňovala jsem se tu přednášek, tam nějakých posezení, no tak... nejsem sama, jak se říká, v jednotě je síla... takže tak nějak...

*Mohla byste říct, co bylo asi tak nejtěžší pro vás na tom...*

No, nejtěžší, nejtěžší to „proč právě já, pro pana krále“. Tak jsem osm let pod kontrolou a nikde nic a proč tohle a proč já teda. A když je to jenom, jo... oni to prso uříznou, ono to sice mrňavý je, ale když je to teda, tak se to zakousne a metastáze a podobně, tak to pak jede. No, nejhorší snad je, pro mě například bylo – na pooperáku jak jsem ležela, protože to jsem měla po operaci celou dobu návlek na měření tlaku na tý operovaný ruce, neskutečný bolesti, neskutečný (*slzy*). A když jsem řekla sestře, že mám bolesti,

tak (*naštvané*): „Co já s tím budu dělat a co já s tím?“ Říkám: „Sestřičko, budu zvracet.“ „No to zkuste“, a už byla ohozená. Já jsem nesnášela prášky proti bolesti. Takže ve finále jsem si vypěstovala polyvalentní alergii, jo. No a na obyčejný náplasti, to do dneška ještě mám alergii na náplasti, to mám celou kůži takhle... (*ukazuje a popisuje*)... Každý převaz, to byly horory...

No ale říkám, nejhorší bylo vyslechnout to, to podání teda, to byla první věc, říkám o to horší, že jsem musela zase letět na lůžko na další – na kožní, no a pak po tý samotný operaci a doma, když jsem pak byla, ani podívat na sebe ne. Říkám- Kyklop. To je středověk tohle (*pauza*). Pak přijela sestra, že mě bude trochu ošetřovat, mně řekla ve finále, že jsem rozmazlená, že to přece nemůžu mít takovou bolest, ani tričko jsem přes to nemohla stáhnout. Jsem říkala: „Já ti to vylouvat nebudu, že mám tu bolest.“ (*slzy*) No, to se musí zažít. „No, víš, tak se na mě nezlob, ale ty jsi celej život tak nějak jako – se o tebe staral manžel, jako, hýčkal tě.“ No, tak mě hýčkal, proč by nehýčkal, ale říkám, bolí to, já si nemůžu pomoci. Takže i takhle zase (*zasmání*), nejenže jste na dně, ale ...

*U vás se sešlo teda hodně změn najednou...*

Jo, jo... všechno takový do plusu, bych to byla nakopla nejradši, no jo no... Neštěstí nechodí po horách, ale po lidech, takže je to tak...

*Jak se to vyvíjelo dál po ty tři roky?*

No, vždyť vám říkám, že věčný boj. Já jdu za doktorem, tady se dozvíte, že máte nárok za půl roku tohle, za rok tamto, za dva roky tamhle... no, uběhlo půl roku po operaci – já ani mamograf, já ani markry, pak jsem si řekla. „A my jsme nedělali?“ Říkám: „Pane doktore, z mojí krve ne, z mojí ne.“ A zase když mu došly výsledky: „No vidíte, nic tam není“, jako „dožadujete se furt něčeho a nic se neděje“. Místo aby řekl „je to dobře, že se staráte, ale naštěstí tam nic není“. No ale takhle, jak se vyvíjelo, já jsem si tam udělala i takovej čas, kdy už jsem byla po operaci, a přesto jsem ještě navštívila pana doktora onkologa, vyhlídla jsem si, bylo to nějak už v pátek a neměl tam už ani nohu. Jinak od rána od osmi už tam baby čekají a to, to říkám sedmdesát bab, to je jako nic a to je denně. Takže pro něj to je houska na krámě. Takže jsem byla pozvaná na – on mě pozval. A při té příležitosti jsem řekla: „Pane doktore, teď nemáte ani nohu v čekárně, takže když byste laskavě dovolil, já bych měla tyhlety připomínky. Vám se ještě nestalo, když jste sděloval někomu diagnózu, nezkolaboval vám nikdo?“ „To víte, že ne, vždyť je dneska demokracie, to se má říkat všechno na plný pecky, no v Americe to je taky

tak.“ Já jsem říkala: „No, pane doktore, k Americe máme ještě daleko, to ještě nemusí.“ „No, já vím, že může na vás depresivně tady působit.“ – Protože tam jsou ordinace jako vyšetření mamy a na druhý straně jsou chemoterapie, a ty lidi jsou různý, že jo, tu bez vlasů, tam šedivý, tam žlutý, no, takže to vám nepřidá taky. Ale jak říkám, já jsem poměrně otrlá, srdnatá, otrlá snad ne, to je špatnej výraz. Ale já to říkám, nejsem nějaká padavka, že by mě museli hned propleskávat, ledacos vydržím. No ale co je moc, to je moc, no. Takže jsem říkala: „No, já jenom, že teda ten způsob, jakým jste mně to sdělil, tak jste ještě zaměstnal další čtyři lidi.“ No, to byly sestra a tak dále, (*pláče*) tak říkám: „To už se stalo, ale pro příště, važte ty slova a ne každé je, jak říkáte, že dneska je demokracie, s někým to může tak pěkně zatočit, že budete i vy mít hlavu zamotanou.“ (*zasmání*) Tak jako koukal, že jsem se vůbec osmělila nebo co, no ale já ... prostě jsem ... to je houska na krámě. Já vím, že má těch bab denně, a možná z tý stovky nebo osmdesáti, možná to každý jedný sdělí. Já bych čekala cit pro takovýhle, kdyby jenom tak řekl „tak pojdte, posadte se a máme nějaký nálezeček, takže bychom si mohli o tom pohovořit“. Já vím, že dalších tam má čekajících dvacet, ale když je to takovýhle, snad to těch pět minut... to radši...

No ale v žádným případě mě nenapadlo, že bych si snad něco...nebo... to zas ne... No ale nebylo to příjemný, ne, ne, ne, ne, ne. A troufám si říct, že i kdybych, nedej bože nějaká recidiva nebo něco, zas by to člověk prostě, zase bych si to nějak tak srovnala v tý palici... „no, tak padlo i na mě“ nebo... ale nechce to, aby člověk byl sám na to...

*A to vy jste byla?*

(*Kýve hlavou*) Protože i s těma přítelkyněmi když si promluvíte, to už jde tak jen na chvilku a ty noce a večery jste sama...(*pausa*).

*A nějakýho psychologa nebo...*

(*Kroutí hlavou*) Ne... tak si myslím, že už je to... řekla bych, byla jsem zatím ještě schopna to nějak kočírovat sama. Někdy krátkodobě, někdy to vydrželo, no, tak když nebudu sama se chtít zmobilizovat, tak ani psycholog ani psychiatr vám nepomůže...

*A dalo by se najít něco, co vám ta nemoc přinesla?*

No, tak těžko říct, protože já – moje tempo je vichr, vítr... nezvolnila jsem, nehládám nějakým... takhle, co si myslím, že, životosprávu, to už se snažím... no, ale marné moje snažení, za tři roky deset kilo nahore... Nemůžu říct, že bych nějak užívala víc... ale asi jo, teď přece jenom trošku víc

myslím na sebe, ale to je jenom ždibínek, to je jenom ždibínek. Já mám dvě vnoučata, tak jako... syn tamhle za P. rekonstruoval baráček, zahrada pomalu 2000 m<sup>2</sup>, takže já když v pondělí začnu tam, tak mezitím ani se k bráně nedostanu, jo. No a máme to udělané tak, že na zahradu ano, ale barák máme zamčenej, klíč mám od branky a dost. Prodala jsem chatu, vrazila jsem do baráku jejich 800 000, 100 000 stavební spoření tam padlo, tak to je další plus... no ale máme se rádi, jo. Svátky trávíme tak, že na Štědrý večer přijedou – někdy ve tři, někdy ve čtyři, (*pláče*) no a za hodinu a půl utíkají do svýho... no a měsíc, pokud jim mezitím neomarodí děti, to jsou tady, aniž by se ptali „babičko máš čas, nebo?“ ... Takže máme zase dilema, protože 4. července chci jet s přítelkyní k ní na chalupu a mladý kdysi si pořídili korelu, ptáka; jelikož děti jsou alergický, tak korelu mám já. Jenom aby nezjistili, že i rybičky v akváriu, že jim vaděj. Teď mají morče, a protože mají baráček, tak ne jednoho, ale dva psy. To jsem říkala: „Zapomeňte, že bych brala nějakýho psa do paneláku. To vůbec o tom neuvažujte.“ No a já teďko pojedu za tou přítelkyní, tak oni si budou muset toho ptáka vzít. Mladá: „Ježíši, kam já ho dám.“ „To je tvoje věc, třeba mu otevřeš vrátka, já mu to neudělám.“ On aby se prolítnul, tak u mě lítá v celým bytě, on bydlí v 3+1 ne, ne jenom v jedný klínce.... No, já ho miluju, tak co se dá dělat... no, je to jeden Ferdík, mluví.... (*Vypráví dál o ptáčkovi*).

*Není to ztracený pro vás, ten čas?*

Mně to nevadí, já čas – to je jediný bohatství, co já mám, čas; peníze budu mít až za nějaký čas, až mi skončí spoření další....

*Tak já vám moc děkuju.*

Za málo, tak pokud to bude pro vás přínosem...

## **Přepis rozhovoru s paní Inkou**

*Snad neustále se jemně usmívající, klidná, kolem 35 let. Mluvíme spolu v jednom pokoji na rekondičním pobytu. Je teplý večer, okna dokořán, venku sedí ostatní účastníci a k nám zaznívá smích a zpěv..., pomalu se stmívá.*

Takže to je takový ... už dávno...jakoby zasunutý, už si nevybavuju úplně všechno a rozhodně si nevybavuju už, co jsem prožívala, jediný, co si vzpomínám je – nebo teď mi to tak připadá, že nikdy jsem nepropadla žádný



panice, že ten stres vlastně byl jenom na začátku s tím papírem, kde bylo napsáno, že jsem maligní, ale jinak ten stres vlastně nikdy nepřišel. Naopak mně to pomohlo vyřešit takovou nepříjemnou situaci v zaměstnání, kde jsem byla strašně nespokojená, nešťastná a (*krátká odmlka*) já teda chodím taky k paní XY, takže ona vlastně mi řekla, no ale dyť... chtěla jsem nějakou změnu, tak jsem si ji vlastně přála a sama jsem si to asi vnitřně, v podvědomí nějak naprogramovala, že nastane jakákoliv změna, ale hlavně změna. Že to bude takhle blbá změna, to mě nenapadlo určitě, ani bych si to nepřála, ale prostě se to tak stalo, ale je fakt, že já jsem to přijala opravdu jako změnu, která mi pomohla. Protože ... nastaly potom takový časy, který já jsem si hrozně užívala. Mně bylo tak krásně, je fakt, že byly chvíle, kdy – když člověk tejdén zvrací, tak to není moc příjemný, ale pak to odeznělo a měla jsem čtrnáct dnů, kdy byla absolutní pohoda a nic jsem nemusela a všechno bylo hrozně příjemný a pohodový a klidný a lidi, kteří věděli, že co mám, tak mně hrozně pomáhali, takže pro mě to byl takovej nejpohodovější rok, ač je to paradoxní (*zasmání*), tak to tak je. Bylo mi dobře.

A jinak – dozvěděla jsem se to tak, že jsem se prohlížela, samozřejmě nějaký samovyšetřování, to u mě nebylo, ale protože už taky přicházím do věku, kdy tělo není takový, jak bych si vždycky představovala, tak jsem si říkala, jak by to bylo, kdybych šla na plastiku prsou a jak jsem tak stála před tím zrcadlem a zkoušela jsem si to, jak by ty prsa byly jiný, hezčí, tak jsem najednou tam nahmátla útvar... no a bohužel teda, ten útvar byl – to špatný ve mně.

No a hned ten... to bylo asi o víkendu, mám pocit, kdy jsem to rozebírala s mamkou a pak ještě s mojí švagrovou, která je zdravotní sestra, tak jsme to řešily a všechno, to bude dobrý... No a volala jsem hned v pondělí na gynekologii sestřičce, objednat se... No a tam jsou, tam to chodí nějak – taky ne úplně příjemný ty sestry a volala jsem z práce a vedle mě seděla kolegyně a já jsem nechtěla nikomu zatím nic říkat a vůbec, když se člověk objednává na gynekologii, tak nemusí mít zrovna vedle sebe svědky, no a sestra: „A proč voláte, a co chcete... a co vám – jaký máte problémy?“ A popisovat do telefonu s tou sousedkou vedle své problémy, to je nepříjemný, tak jsem jí tak něco zadrmlila a ona pak jako hnusně: „A já vám nerozumím, a to je prevence?“ a takový, fakt nepříjemná... tak říkám: „Ne, to není prevence a potřebuju rychle.“... „No, nejdřív za měsíc“,... tak jsem jí musela říct: „Ale já mám nějaký nález.“ „No a jaký máte nález?“ Prostě opravdu byla

nepříjemná do toho telefonu, takže jsem musela jí říct a nenechala jsem se... a dostala jsem termín za týden... no a za týden pan doktor, že asi to by mohlo, takže jsem hned šla na mamograf, to asi bylo taky do týdne... no a tam hned mi potvrdili, že teda to je maligní, to právě byl ten moment nepříjemnej, kdy už jsem to měla na papíře a kdy v tu chvíli mi vyhrkly slzy a prostě to bylo nepříjemný, no ale pak se to rozeběhlo a do měsíce už jsem byla v nemocnici na vyšetření a byla jsem na operaci.

No a pak už to zase bylo takový docela příjemný, protože, jak mi vysvětlila paní psychologka (*se zasmáním*), tak já jsem jako dítě – což je sice hrozný – ale v podstatě, když si to uvědomím, prostě je to tak – když se o něj někdo stará, tak je mi dobře. Takže o mě se někdo staral a každou chvíličku nějaký vyšetření a já jsem měla náplň a tu péči kolem sebe a já už jsem byla v pohodě. Takže já jsem opravdu nikdy žádnou paniku, hrůzu – krom toho jedinýho okamžiku s tím papírem z mamografie, tak pak už mi bylo jenom dobře. Jo, a pak proběhla operace, tam se mi moc líbilo (*zasmání*), když už jsem byla docela fit, to bylo asi třetí den a přišel pan doktor, co mě operoval, přišel a svolával – šel po chodbě, takovej mladej, takovej moc hezkej pan doktor (*zasmání*) a svolával – otevřel vždycky dveře těch pokojů a volal „prsa ke mně!“ (*zasmání*). Takže všechny prsa, protože tam to bylo na gynekologii a byly tam ženský po operaci všeho možnýho, takže u nás na pokoji jsme byly tři a prsa jsem tam měla jenom já a na dalším pokoji asi byly dvě a tak prostě jsme byly rozházený po těch pokojích, tak všechny prsa šly k panu doktorovi, tak to bylo takový příjemný, no... a když jsem byla propuštěná, šla na kontrolu, tak jsme se tam sešly, všechny dámy, co teda tohle prodělaly, a tam jsem viděla, jaký jsou v podstatě mezi námi rozdíly, protože ony tam šly s tím, že si jdou pro ortel. A já jsem tam šla, já jsem si říkala „tak je to za mnou a hotovo, tak mi to vyndalí, prsa mi neurízlí, tak jsem celá, tak co chci víc. Je něco ze mě pryč“, to jsem věděla, že asi teda bude následovat léčba, ale abych to brala nějak osudově, to ne... celou tu nemoc беру jako nějaká vážnější chřipka, že to může mít následky, že na sebe musím dávat pozor, ale že bych měla kvůli tomu umřít, to, to si nějak nepřipouštím, každý umře... no tak... (*pauza*)... že by to prostě byl nějaký ortel nade mnou vyřčený... já nevím... Tak každéj prožívá různý věci jinak, tak asi – já to nikomu neberu. Když se někdo chce patlat ve svejch problémech, pocitech, nemocech... tak ať to dělá. Já jsem bohužel teda v tomhleto špatnej vzor pro tady ty ostatní, protože já ani nerada se s někým o tom bavím, protože

tak je to za mnou... a pak, no občas si vyprávíme, co kdo prodělal, jak to bylo, ale jsou... no, tak většina z těch paní, co jsou tady, tak to jsou všechno pohodárky, proto taky jezděj sem, ale jsou takový dámy, který to, se s tím nesrovnaj, a já chodím občas teď pomáhat do Mamma HELPu, na tu linku pomoci – a měla jsem tam pár telefonátů, kdy paní mi řekla: „Kdybych se to dozvěděla o sobě, já na žádnou prevenci nepůjdu, kdybych já se to dozvěděla, tak já půjdu skočit ze skály...“ Tak já jsem se snažila ji půl hodiny přesvědčit, že to není důvod skákat ze skály, že... tak holt to prodělá, něco se změní v jejím životě, ale bude žít dál. A když to nechá a nepůjde se vyšetřit, tak pak teda může zemřít, ale to si způsobí jenom tou liknavostí, že nepůjde se nechat vyšetřit. Tak paní mi po půl hodině řekla: „Já jsem slaboch a já na tohle nemám a já jsem viděla umírat mámu a já prostě bych nešla.“ A když půl hodiny se snažím a jako... do někoho mluvím, že to je přece jenom na jejím rozhodnutí, jak se k tomu postaví, jak to bude a ona mi pak stejně řekne „a já bych z té skály stejně skočila“ no, tak já bych v té chvíli tím telefonem nejradši praštila, taky jsem jí řekla: „Tak se nezlobte, ale já vám nepomůžu.“ Asi se to takhle dělat nemá, ale... já jsem opravdu neviděla cestu, jak bych jí mohla pomoci, odmítla pomoc doktorky, která tam seděla, odmítla pomoc psycholožky, která tam chodí v pátek... tak já nevím, co ta paní chtěla, proč volala vůbec. Myslím si, že kdyby tam byl někdo jinej, takovej ten soucitnější, tak možná, že by to bylo příjemnější, ale zase co jsem slyšela, tam jedna paní si to vysvětlila po svém, strašně soucitná, je hrozně příjemná, milá, ale dala tý jedný ženský, co volala, svůj mobil, svoje číslo. No a ta paní ji začala uhánět a vlastně deptá ji a to si myslím, že to nemusí být o tom. Tak nevím... Možná k tomu mám já špatnej přístup... ale já si myslím, můžu pomáhat do té míry, když mně to nějakým způsobem neublíží, ale ve chvíli, kdy mě to začne ničit, potom to není prostě správná pomoc... (*odmlka*)

*A jak vám se změnil život?*

Změnilo mi to život tak, že jsem odešla ze zaměstnání, měla jsem operaci, takže od operace jsem byla rok na neschopence. No a potom jsem dostala plný invalidní důchod, takže vlastně jsem třetím rokem doma. Mám takovou pohodu, že nemusím ráno vstávat, což mě hrozně zatěžovalo... přes ten den mám program, jak já si ho vyplním. No ale je fakt, že na začátku, když jsem byla v léčbě, tak ten program byl opravdu volnější, jsem občas navštívila Mamma HELP, protože jsem vlastně měsíc poté dostala kontakt

na Mamma HELP, takže jsem zavolala, domluvila, ale tím, že jsem byla v léčbě, tak jsem se moc nezapojovala, protože jsem za prvý neměla na to někdy ani sílu a za druhý jsem věděla, že třeba některý ty termíny, který byly nějaký ty akce, tak já jsem zrovna měla chemoterapii, nebo to bylo ten tejden, kdy já jsem měla tu chemii a to, to jsem opravdu proležela, protože mně bylo hrozně špatně. Jsem sem šla jenom, když jsem věděla, že to budu zvládat. Třeba vím, že jsem jeden den prodávala kytičky a druhej den jsem měla chemoterapii, takže to takhle akorát vyšlo, ale vlastně po tý chemoterapii, to jsem musela odpočívat a vlastně po třetí chemii mně zkolabovala krev, takže pak jsem měla ještě posunutou chemii vlastně o týden, takže co jsem si naplánovala, že ten týden to bude v pohodě, tak zase jsem musela zrušit, protože pak to bylo všechno posunutý a všechno bylo jinak, takže až – asi od května jsem měla chemie a skončila jsem někdy v červenci a v září až někdy do začátku října jsem měla ozařování a vlastně na první rekondici jsem jela koncem října, to jsem měla asi tři týdny od toho ozařování na první rekondici, ale mně bylo dobře a vlastně jsme byly na horách a už jsem tam lezla po kopcích a bylo mi skvěle, měla jsem všechno za sebou a bylo mi moc dobře... vlastně můj první kontakt, když jsem jela na tu rekondici, to jsem věděla, že jsou to všechno starší dámy, (*zasmání*)... když jsem se rozhodla, že teda pojedu, protože to bylo takový docela rychlý rozhodnutí... tak mě chytlo, co tam budu dělat... a tak když jsem přišla na to autobusový nádraží a první, koho jsem uviděla a můj muž mi pomáhal s batohem a, a přišli jsme tam a první, koho jsme viděli, byla paní, to – není to pomluva, ale prostě je to taková velice svérázná – (*zasmání*) paní, ona je zaměřená hodně do sebe, ale zase na druhou stranu o sebe příliš nedbá a ona naopak ten svůj zjev uplatňuje třeba v televizi, že ji vybírají jako ošklivku. Ta paní nemá přední zuby, má holý dásně... protože ona se asi bojí k tomu zubaři jít, takže ono jí tam asi první – já nevím, jedničky, dvojky, trojky, to všechno jí chybí (*zasmání*) a ona hrozně rychle mluví a teď jí to nejde, protože ty zuby, že jí tam schází, tak ještě zvláštní výslovnost, ale ona je hrozně sebevědomá (*zasmání*), a teď, když jsem ji tam viděla, jak ona tam všechno organizuje a teď jsem tam na ni koukala, na tu bezzubou dáseň (*zasmání*) – tak jsem říkala: „Proboha, s kým já to jedu, co tam budu dělat?“ Můj muž se na mě koukal a říkal: „Opravdu chceš jet?“ No ale jela jsem a bylo to hrozně skvělé, sice, pak jsem poznala i tuhleto paní, ta je opravdu velice svérázná... (*zasmání*). Všechny jsme tam vlastně se stejným postižením, a ona položila

tašku před autobus, teď jsme všichni nastoupili a ona tam tu tašku nechala a divila se, že jí to nikdo nenaloží... to jsem myslela, že to tam někdo organizuje, nějaká ta, co to organizuje, že jí to naloží... a když jsme přijeli, tak stejný, to ona si tu tašku vůbec nevyndala, všichni si vyndali tašku a ona si vzala kabelku a odkráčela k hotelu... no autobus odjel, takže potom Alenas tam ještě chytala, nějaký auto tam baffly a chytaly autobus, protože ten už odjel, protože ona tam měla tašku... Tak to bylo takový veselý, ale tak to je takovej jedinej případ, jinak to jsou takový uvolněný dámy a tím, že vlastně v určitým věku a už nemají potřebu něco zastírat, přetvařovat se, tak je tam taková ta pohoda. Když si vezmu nějaký vrstevníky a zaměstnání, tak každě se snaží, aby vypadal jinak, líp, snaží se třeba schovat nějaký svý negativní vlastnosti, tady to je jedno... takže ráno vstanou a jsou rozčepejřený a že nejsou nalíčený... prostě nezájem... ale ne, jako že by o sebe nedbaly, ale jsou takový, takový uvolněný... je tam hrozná pohoda... tak tohle je moje třetí rekondice, no, je to takový uvolňující, vždycky tady naberu ohromně energie... Horší pak je návrat domů, protože – to je, zase takový ty starosti... běžná denní rutina, a musím zase pracovat, tu domácnost obstarat. A mám doma patnáctiletou holku... tak ona ví, že mi musí pomáhat, jenomže já jsem v mnoha věcech šílená, nesnáším, když je neuklizeno doma a asi to občas přeháním, že ji nutím dělat něco, co třeba ani nechce a když to není podle mýho, tak je to špatně (*smích*). Takže můj návrat domů je vždycky zlej po tom tejdnu, co tam samozřejmě není podle mýho, takže to vždycky vybuchnu a když já přijdu domů a budu v klidu, nejdřív se se všema přivítám, no a občas přijdu domů a všechno to předsevzetí při prvním pohledu někam spadne a já už bouchnu a „jak to, že tady je takovej tohle, a jak to, že jste neudělali tohle“ a pak mi řeknou „bylo nám líp, když tu ta máma nebyla“ (*zasmání*)... Tak to v tu chvíličku je taková ta morální facka, tak si říkám, že to jenom přejdu, jenomže stejně to nevydržím a vždycky bouchnu, tak, tak asi tak. (*pauza*)

*A jak to rodina vnímala... to vaše onemocnění...?*

No, můj muž, protože je buddhista, tak ten se mně v podstatě celou dobu snaží vysvětlit, že je to o nastavení mysli, a že ... za prvý já jsem si to sama přivodila, což ale ne jenom on mi říká, ale asi na tom něco pravdy bude, protože z víc stran slyším, že je to o nastavení mysli, o tom, jak já žiju... tohleto se strašně těžko vysvětluje, ale myslím si, že když už se mi to teda přihodilo, tak vlastně já si myšlením svým můžu pomoci a že mi nemůže

pomocť nikdo jinej... Samozřejmě taková chemoterapie a radioterapie, to jsou všechno takový ty, ty prostředky, kterejma se odstraní to nejhorší, ale pořád to ve mně je a záleží na mně, jestli tomu dovolím, aby se to znovu otevřelo, nebo jestli tomu už nedám šanci nastartovat to... Víím, že to mý rozčilování se kvůli uklízení je nesmysl, ale neumím se toho zbavit a samý mně trošku vadí, že víím, že manžel mi strašně pomáhá, ten – i kdybych byla po ablaci, tak on mi vysvětloval, že jemu by to samozřejmě nevadilo, že kus někde nějaký částí těla, to není podstatný, že důležitý je, jestli si rozumíme, nerozumíme, jestli dokážeme spolu žít, ale – on má zase tu tendenci, on mi to nedokáže vysvětlit, jak já bych to potřebovala, on je už hrozně daleko... a já nechápu někdy to, co on dělá, že každě den ráno, večer sedí na bobku a medituje a dělá takový různý poklony... navíc my bydlíme v takovém maličkým bytě, tak tam vlastně překází (*smích*) – si někde sedne a pak: „Proč mi sem lezeš, když víš, že potřeboju klid?“ Jenomže když si sedne v kuchyni, tak zrovna musím do kuchyně, on se odstěhuje do pokoje... a já skončím v kuchyni a jdu do pokoje, no... Takže on mi překází, já jemu překážím, no tak je to takový o tom, o takový toleranci v tom našem bytěčku, ale ... mě šťve i tohleto, no, že si tam lezeme po sobě a on vlastně díky tomu buddhismu je takovej nastavenej na smířlivost a přizpůsobení se všemu a to já taky nedokážu a mě to šťve, že v tomhleto věku máme patnáctiletou dceru a my jsme se nepostarali o větší bydlení a jemu to vyhovuje a mně to nevyhovuje, takže tady je rozpor a jsou takový věci, ve kterých se neshodneme a ... já mám ráda, když je všechno hned teď a on zase naopak lážo plážo, až to bude, tak to bude... Ale tímhleto přístupem to nikdy nebude (*zasmání*), tak... jeho přístupem mi hlavně pomohl při tý nemoci, protože on byl ohromně tolerantní a nic po mně nechtěl a starali se o mě a ohleduplnost veliká, ale teď, když zase mám energii a zase už chci, aby to odsejpal, tak zase už mi to nevyhovuje. Tak já bych potřebovala, aby se trošku přizpůsobil mýmu tempu, no a to on ne... Tak to je takový, co se asi ještě musím učít, abychom nějakým způsobem naučili žít nějakým jednotným tempem... Je to těžký... Já bych chtěla, aby on se přizpůsobil a on by chtěl, abych já se přizpůsobila, takže vlastně spolu sedmnáctým rokem bojujem, (*zasmání*) no, a tak si myslím, že... že jsme tak nastavený, že to asi zvládnem. Ne asi, my to zvládnem. Nevím, nemůžu za něj mluvit, nedokážu říct, co on ke mně cítí, ale myslím si, že je to dobře nastavenej vztah. Pro mě je to mužskej číslo jedna a i když samozřejmě po tý delší době, tak už, tak už tam

nejsou ty city, co tam byly na začátku, teď je to zase o něčem jiným a já ho potřebuju, protože pro mě je to mužskej, takovej ten ohleduplněj a takovej... vybrala jsem si ho už takovýho (*zasmání*).

*A řekla byste, že vás to stmelilo, třeba... ?*

Já nemůžu říct, že by nás to stmelilo, protože my jsme – byli docela stmelená dvojka už před tím a tak, v něčem taková, taková, nevím, možná to vidím já jinak, ale ještě po desetiletým manželství jsem v něm viděla toho jedinýho mužskýho a nebyla jsem ochotna se podívat ani na další (*se zasmáním*). Ne, to ne, že bych žárčila, ale já jsem byla do něj trvale celejch deset let zamilovaná, až po těch deseti letech to tak nějak trošičku vyprchalo a přešlo to do toho jinýho stádia, ale když tak slyším, jako dva roky a konec a velká láska a je to pryč, tak nevím, jak u něj, ale u mě minimálně těch deset let trvalo, takže já si myslím, že my máme doufám, tak pevný manželství, že už předtím, že, tak nějak, nevím – nedá se říct, že by nás to stmelilo, je to další prožitek, kterej máme spolu, možná, že to – trošičku pozměnilo myšlení a pomohlo to mně přesvědčit dceru v některých věcech, že ona byla zvyklá, že nemusela moc dělat... protože nebyla ochotná – schopna uklízet tak, jak bych si představovala, prostě dělat věci, jak se to líbí mně, takže viděla, že když ona to bude flákat, když to bude dělat tak jenom jako napůl, tak já jí řeknu: „Běž od toho, já si to udělám sama“, tak ona toho tak docela využívala, což byl můj problém, já jsem si ji tak naučila... no takže tímhletem ona tak trošičku ona pochopila, že bude se muset zapojit a vlastně, co jsem se vrátila z nemocnice, tak od té doby začala si žehlit svoje věci... a do té doby že si vzala za tejden deset – patnáct triček – nezám, maminka to vyžehlí a od týhletemy doby už ty trička, už jich je tam jenom tak pět – šest, musí si žehlit sama svoje... i uklízet a má další povinnosti, tak to se změnilo, tak asi v tomhletem nastala ta největší změna, jinak... jinak asi ne. No, a že jsem doma (*zasmání*)... To bylo ze začátku: „Jé, to je prima, mami, ty seš doma“, no ale teď už jsem doma dost dlouho: „Jé, mami, ty jsi zase doma... (*zasmáním*) a nechceš jít do Mamma?“ Takže teď to, no přeci jenom je jí patnáct let a v jedný místnosti, to je problém... Teď se snažím, když to jde, tak odcházím, když vím, že přichází ze školy, tak odcházím, aspoň ty dvě hodinky aby byla doma sama... aby měla soukromí trošku... ale tak řešíme byt, tak už to konečně vyjde... (*pauza*)

*Já teď nevím, možná jste to už říkala, jak dlouho jste po operaci?*

Přede dvěma roky jsem byla operovaná, takže 2 roky a tři měsíce... (*pauza*)

*Co třeba byste řekla, že vám nejvíc pomohlo s tím vyrovnat se...*

Vyrovnat se s rakovinou? No (úsměv), co mně ze začátku strašně scházelo, byly informace a někdo, s kým bych si o tom mohla popovídat. Protože když jsem byla v nemocnici, tak pan doktor, kterej mi řekl, co mně vyoperoval, co udělal, mluvil na mě latinsky, no, tak já teda jsem trošičku, že se nenechám jen tak odbejt, tak jsem chtěla každý slovo, aby mně překládal do češtiny (*smích*) a tam byl ochotnej, no byl tam ten mladej hezkej pan doktor (*zasmátn*), takže jsme spolu komunikovali docela, a tak mi všechno vysvětlil, ale když jsem chtěla něco o následný léčbě, tak to řekl: „No, to já nevím, to už potom u dalšího pana doktora.“ Takže tady odsud jsem odešla s tím, že jsem vůbec nevěděla, co bude dál, jenom jsem věděla, že určitě budu mít chemoterapii, on mě potom poslal k onkologovi, mimochodem k spolužákovi, a povídá mi: „To je taky mladej pan doktor.“ (*smích*) Tak je fakt, že to je taky mladík a taky docela příjemnej pan doktor, no, a ten taky mi povídá: „Ptejte se mě, co chcete vědět“, ale, ale furt koukal na ty hodinky a spěchal a tak, tak tím mi vlastně dával najevo – a já jsem nevěděla, na co se mám ptát, já jsem chtěla vědět, co bude chemoterapie. On mi řekl, co bude chemoterapie a já jsem „aha, tak co“ a furt jsem nevěděla, co bude ta chemoterapie, protože mi to vysvětlil tak, že mi to nebylo jasný, no ptát se ho desetkrát „co bude chemoterapie“, no tak to jsem vzdala... no, a pak nastala naštěstí ta možnost, že jsem se tedy dostala do Mamma HELPu a takovej balzám na duši, když jsem tam zavolala a vzala to tam jedna z těch mejch už kolegyněk a říká: „No a taky máte tohle a taky se vám stalo to... no, mně se to přihodilo“, a teď začala mi sama říkat... takže já vlastně: „Nojo, to mám taky“, a teď jsme si začaly tak povídat, co kdo máme, no, a věci, který by mě nenapadly, že s tím třeba souvisej, tak jsem se dozvěděla, že souvisí, no, a naskakovaly další a další věci, který se na to jako nabalovaly, že s tím souvisej, tak to bylo takový příjemný... a pak jsem tam přišla, tam, nevím, asi dvě hodiny jsem tam seděla a zase se mi tam někdo věnoval a poslouchal mě a říkal mi, co a jak, tak to bylo takový hrozně příjemný, no, a odnesla jsem si štos literatury a to jsem všechno zhlála, protože jsem absolutně nevěděla vůbec, do čeho jdu, co mě čeká, jak to bude vypadat... teď pan doktor, když jsem šla na první chemoterapii: „Dostanete prášky, nebudete zvracet“, no a samozřejmě, čtyři hodiny na to, už to začalo... No a já teď jsem vůbec nevěděla, co mám dělat, jestli můžu něco sníst, nemůžu něco sníst... jak to mám dělat... no, takový věci, že když je podrážděnej jícen a celá ta trubice,



protože člověk už nemá co zvracet, ale furt zvrací, takže je třeba dobrý pivo, no... to pan doktor neřekne. „Dejte si, na co máte chuť“. No ale že by se měly jíst třeba kaše a pudinky a takový, to všechno bylo tady v té literatuře... no, a jak se má člověk ptát na to – já tam přijdu a řeknu: „Mě to strašně pálí.“ „No, to máte podrážděný.“ No ale mě nenapadne se zeptat, co teda mám jíst, jak to mám dělat, tak ty informace mi strašně scházely a myslím si, že Mamma HELP a podobný organizace, že to je strašně důležitý, že něco takovýho existuje, ale měly by být ještě další informace všude, protože je plno dalších ženských, který nemají možnost, neslyšely o tom, já vlastně sama, když jsem chodila na záření, tak jsem do Mamma HELPu přitáhla asi pět dalších oveček a jedna z nich tady zrovna taky je. (úsměv) Je to takový příjemný, že jsem jim řekla, přinesla jsem jim brožurky... a kam a kdy... a přišly a byly nadšený. Tak je takový hrozně příjemný, když potom vím, že můžu někomu taky pomoci, aspoň teda do té míry, co já jsem teda schopná, co já můžu udělat. Tu pomoc, kterou někdo dal mně, že vlastně můžu vrátit, poslat někam dál.

## Literatura

- Adler, M. (2004). Žánr klientova příběhu v psychoterapii. *Československá psychologie*, 48(1), 84–92.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patient's experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248–256.
- Atkinson, J., Heritage, J. (Eds.). (1984). *Structures of social action: Studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Báčová, V. (2009). *Súčasný smery v psychológii: Hľadanie alternatív pozitívizmu*. Bratislava: Veda.
- Becker, B. (2001). Challenging „ordinary“ pain: Narratives of older people who live with pain. In G. Kenyon, P. Clark, B. deVries (Eds.), *Narrative gerontology: Theory, research and practice* (s. 91–112). New York: Springer.
- Beneš, V. (2008). Diskurzivní analýza. In P. Drulák (Ed.), *Jak zkoumat politiku: kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích* (s. 92–124). Praha: Portál.
- Bishop, F. L., Yardley, L. (2004). Constructing agency in treatment decisions: Negotiating responsibility in cancer. *Health*, 8, 465–482.
- Blumer, H. (1954). What is wrong with social theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3–10.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), Article 2. Staženo z [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5\\_3/pdf/bowen.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_3/pdf/bowen.pdf)
- Bowers, B., Schatzman, L. (2009). Dimensional analysis. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, *Developing grounded theory: The second generation* (s. 86–106). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Brocki J.M., Wearden, A.J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology And Health*, 21(1), 87–108.

- Bruner, J. (1986). *Actual mind, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1996/1999). *The culture of education*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Bryant, A., Charmaz, K. (2007). Grounded theory in historical perspective: An epistemological account. In A. Bryant, K. Charmaz (Eds.), *The Sage handbook of grounded theory* (s. 31–57). London: Sage.
- Buki, L. P., Garce's, D. M., Hinestrosa, M. C., Kogan, L., Carrillo, I. Y., French, B. (2008). Latina breast cancer survivors' lived experiences: Diagnosis, treatment, and beyond. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 163–167.
- Čermák, I. (2002). Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In I. Čermák, M. Miovský (Eds.), *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí* (s. 11–25). Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert.
- Čermák, I. (2004a). Narativní myšlení a skutečnost. *Československá psychologie, 48*(1), 17–26.
- Čermák, I. (2004b). „Genres“ of Life-Stories. In D. Robinson, Ch. Horrocks, N. Kelly, B. Roberts (Eds.), *Narrative, memory and identity: Theoretical and methodological issues* (s. 211–221). Huddersfield: University of Huddersfield Press.
- Čermák, I. (2006). Narativně orientovaná analýza. In M. Blatný (Ed.), *Metodologie psychologického výzkumu: Konsilience v rozmanitosti* (s. 85–109). Praha: Academia.
- Čermák, I., Hiles, D., Chrz, V. (2007). Narativně orientovaný výzkum: interpretační perspektivy. In V. Řehan, M. Šucha (Eds.), *Psychologica 37, Sborník z konference Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku 6* (s. 53–66). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Čermák, I., Štěpaníková, I. (1997). Validita v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie, 41*(6), 503–512.
- Čermák, I., Štěpaníková, I. (1998). Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie, 42*(1), 50–62.
- Černý, J., Holeš, J. (2004). *Sémiotika*. Praha: Portál.
- Chamberlain, K. (2011). Troubling methodology. *Health Psychology Review, 5*(1), 48–54.

- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, *Developing grounded theory: The second generation* (s. 127–154). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Chrz, V. (2002). Poetika identity: Kategorie popisu narativní rekonstrukce. In I. Čermák, M. Mioviský (Eds.), *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí* (s. 40–47). Psychologický ústav AV ČR, Brno: SCAN Tišnov.
- Chrz, V. (2004). Výzkum jako narativní rekonstrukce. In M. Mioviský, I. Čermák, V. Řehan (Eds.), *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku 3* (s. 21–32). Olomouc: FF UP.
- Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.
- Chrz, V. (2010). Žánr, mysl a kultura. In M. Mioviský, I. Čermák, V. Chrz (Eds.), *Umění ve vědě a věda v umění: metodologické imaginace* (s. 295–314). Praha: Grada.
- Chrz, V., Čermák, I. (2005). Žánry příběhů, které žijeme. *Československá psychologie*, 49(6), 481–495.
- Chrz, V., Čermák, I. (2011). Interpretace v narativním přístupu. *Teorie vědy/Theory of science: časopis pro mezioborová zkoumání vědy*, 33(3), 415–443.
- Chrz, V., Čermák, I., Plachá, V. (2006a). Porozumění zkušenosti nemocných rakovinou prsu: narativní přístup. *Československá psychologie*, L(6), 507–521.
- Chrz, V., Čermák, I., Plachá, V. (2006b). Cancer, finitude and life configuration. In K. Milnes, Ch. Horrocks, N. Kelly, B. Roberts, D. Robinson (Eds.), *Narrative, memory and knowledge: Representations, aesthetics and contexts* (s. 149–158). Huddersfield: University of Huddersfield Press.
- Clandinin, D. J., Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Clandinin, J. (Ed.). (2007). *The handbook of narrative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Academic Press.
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Clarke, A. E. (2009). From grounded theory to situational analysis: What's new? Why? How? In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, *Developing grounded theory: The second generation* (s. 194–235). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Collie, K., Long, B. C. (2005). Considering 'meaning' in the context of breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 10, 843–853.
- Curt, B. C. (1992). *Textuality and tectonics: Troubling social and psychological science*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, B., Harré, R. (2001). Positioning: The discursive production of selves. In M. Wetherell, S. Taylor, S. J. Yates (Eds.), *Discourse theory and practices: A reader* (s. 261–271). London: Sage/Open University.
- Deutsch, M. (2006). Cooperation and competition. In M. Deutsch, P. T. Coleman, E. C. Marcus (Eds.), *The handbook of conflict resolution: Theory and practice* (s. 23–42). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Disman, M. (2007). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Eatough, V., Smith, J. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In C. Willig, W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (s. 179–194). London: Sage.
- Edley, N. (2001). Analysing masculinity: Interpretative repertoires, ideological dilemmas and subject positions. In M. Wetherell, S. Taylor, S. J. Yates, S. J. (Eds.), *Discourse as data: A guide for analysis* (s. 189–228). London: Sage/Open University.
- Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research: Quantitative and qualitative approaches*. London: Sage Publications.
- Elliott, R., Fisher, C. T., Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publications of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215–229.
- Emerson, P., Frosh, S. (2004). *Critical narrative analysis in psychology: A guide to practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 647–653.
- Fergus, K. D., Gray, R. E. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: Patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology*, 18, 1311–1322.

- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3, 6–25.
- Flowers, P., Smith, J. A., Sheeran, P., Beail, N. (1997). Health and romance: Understanding unprotected sex in relationships between gay men. *British Journal of Health Psychology*, 2, 73–86.
- Flyvbjerg, B. (2004). Five misunderstandings about case study research. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (s. 420–434). London: Sage.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago, IL: Chicago University Press.
- Frye, N. (2003). *Anatomie kritiky*. Brno: Host.
- Gavora, P. (2006). *Sprievodca metodologickej kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent.
- Gee, J. P. (1991). A linguistic approach to narrative. *Journal of Narrative and Life History*, 1(1), 15–39.
- Gergen, K. J., Gergen, M. M. (1988) Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (sv. 21, s. 17–56). San Diego: Academic Press.
- Glaser, G. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, G. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs. forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, G. G., Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Gotsbachner, E. (2001). Xenophobic normality: The discriminatory impact of habitualized discourse dynamics. *Discourse & Society*, 12, 729–759.
- Greenhalgh, T., Wengraf, T. (2008). Collecting stories: is it research? Is it good research? Preliminary guidance based on a Delphi study. *Medical Education*, 42, 242–247.
- Hale, E. D., Treharne, G. J., Kitas, G. D. (2007). Qualitative methodologies II: A brief guide to applying interpretative phenomenological analysis in musculoskeletal care. *Musculoskeletal Care*, 6(2), 86–96.
- Halkett, G. K. B., Kristjanson, L. J., Lobb, E. A. (2008). 'If we get too close to your bones they'll go brittle': Women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 877–884.

- Halkett, G. K. B., Kristjanson, L. J., Lobb, E., O'Driscoll, C., Taylor, M., Spry, N. (2010). Meeting breast cancer patients' information needs during radiotherapy: What can we do to improve the information and support that is currently provided? *European Journal of Cancer Care*, 19, 538–547.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hiles, D. R., Čermák, I., Chrz, V. (2010). Exploring human narrative intelligence with NOI. In D. Robinson, P. Fisher, T. Yeadon-Lee, S. J. Robinson, P. Woodcock (Eds.), *Narrative, memory and ordinary lives* (s. 107–121). Huddersfield: University of Huddersfield Press.
- Hiles, D., Čermák, I. (2008). Narrative Psychology. In: C. Willig, W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research Psychology* (s. 147–164). London: Sage.
- Hiles, D., Čermák, I., Chrz, V. (2009). Narrative Oriented Inquiry: A dynamic framework for good practice. In D. Robinson, P. Fisher, T. Yeadon-Lee, S. J. Robinson, P. Woodcock (Eds.), *Narrative, memory and identities* (s. 53–65). Huddersfield: University of Huddersfield.
- Holloway, I., Freshwater, D. (2007). *Narrative research in nursing*. Singapore: Blackwell Publishing.
- Homoláč, J. (2009). *Internetové diskuse o cikánech a Romech*. Praha: Univerzita Karlova.
- Hood, J. C. (2007). Orthodoxy vs. power: The defining traits of grounded theory. In A. Bryant, K. Charmaz (Eds.), *The Sage handbook of grounded theory* (s. 151–164). London: Sage.
- Huke, K., Slade, P. (2006). An exploratory investigation of the experiences of partners living with people who have bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 436–447.
- Hytch, R. (2010). *Sociální reprezentace smrti v České republice a na Srí Lance* (nepublikovaná dizertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Josselson, R. (2004). The hermeneutics of faith and the hermeneutics of suspicion. *Narrative Inquiry*, 14(1), 1–28.
- Josselson, R., Lieblich, A. (Eds.). (1993). *The narrative study of lives* (Vol. 1). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Josselson, R., Lieblich, A. (Eds.). (1995). *The narrative study of lives: Interpreting experience* (Vol. 3). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Josselson, R., Lieblich, A. (Eds.). (1999). *Making meaning of narratives: The narrative study of lives* (Vol. 6). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Josselson, R., Lieblich, A. (2003). A framework for narrative research proposals in psychology. In R. Josselson, A. Lieblich, D. P. McAdams (Eds.), *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research* (s. 259–274). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Josselson, R., Lieblich, A., McAdams, D. P. (Eds.). (2003). *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Josselson, R., Lieblich, A., McAdams, D. P. (Eds.). (2007). *The meaning of others: Narrative studies of relationships*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Kelle, U. (2005). „Emergence“ vs. „forcing“ of empirical data? A crucial problem of „grounded theory“ reconsidered. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 27, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502275>
- Konopásek, Z. (2008). Making thinking visible with Atlas.ti: Computer assisted qualitative analysis as textual practices. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art. 12, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802124>.
- Kress, G. (2001). From Saussure to critical sociolinguistics: The turn towards a social view of language. In M. Wetherell, S. Taylor, S. J. Yates, S. J. (Eds.), *Discourse as data. A guide for analysis* (s. 29–38). London: Sage/Open University.
- Labov, W. (1972). The transformation of experience in narrative syntax. In W. Labov, *Language in the inner city: Studies in the black English vernacular* (s. 354–396). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W., Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: oral version of personal experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts* (s. 12–44). Seattle, WA: University of Washington Press.
- Lafrance, M. N. (2007). A bitter pill: A discursive analysis of women's medicalized accounts of depression. *Journal of Health Psychology*, 12, 127–140.



- Landmark, B. T., Strandmark, M., Wahl, A., (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 216–223.
- Larkin, M., Watts, S., Clifton, E. (2006). Giving voice and sense making in inepretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102–120.
- Lavie, M., Willig, C. (2005). „I don't feel like melting butter“: An interpretative phenomenological analysis of the experience of „inorgasmia“. *Psychology and Health*, 20(1), 115–128.
- Lieblich, A., Josselson, R. (Eds.). (1994). *The narrative study of lives: Exploring identity and gender* (Vol. 2). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lieblich, A., Josselson, R. (Eds.). (1997). *The narrative study of lives* (Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lieblich, A., McAdams, D., Josselson, R. (Eds.). (2004). *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. London: Sage Publications.
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A., Salander, P. (2010). 'Admission into a helping plan': A watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 806–813.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. London: Sage.
- Madill, A., Gough, B., Lawton, R., Stratton P. (2005). How should we supervise qualitative projects? *Psychologist*, 18(10), 616–618.
- McAdams, D. (1988). *Power, intimacy and the life story (Personological inquiries into identity)*. New York, NY: The Guildford Press.
- McAdams, D. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York, NY: The Guildford Press.
- McAdams, D., Josselson, R., Lieblich, A. (Eds.). (2001). *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- McAdams, D., Josselson, R., Lieblich, A. (Eds.). (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington, DC: American Psychological Association Books.

- Mills, S. (2004). *Discourse* (2. ed.). London: Routledge.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mishler, E. G. (1986). *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mishler, E. G. (1999) *Storylines: Craftartist's narratives of identity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morse, J. M. (2009). Tussles, tensions and resolutions. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, A. E. Clarke, *Developing grounded theory: The second generation* (s. 13–22). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Murray, K. D. (1989). The construction of identity in the narratives of romance and comedy. In J. Shotter, K. J. Gergen (Eds.), *Texts of identity* (s. 176–205), London: Sage.
- Murray, K. D. (1985). Life as fiction. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 15(2), 173–188.
- Nørreklit, L. (2006). The double hermeneutics of life world: A perspective on the social dialowue and interpretation. *Philosophy and Science Studies*, 5, 1–12.
- Öster, I., et al. (2009). Women with breast cancer and gendered limits and boundaries: Art therapy as a 'safe space' for enacting alternative subject positions. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 29–38.
- Öster, I., Magnusson, E., Egberg Thyme, K., Lindh, J., Åström, S. (2007). Art therapy for women with breast cancer: The therapeutic consequences of boundary strengthening. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 277–288.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics*. London: Routledge.
- Parker, I. (1994). Discourse analysis. In P. Banister et al. (Eds.), *Qualitative methods in psychology. A research guide* (s. 92–107). Buckingham: Open University Press.
- Parker, I. (2004). Criteria for qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(2), 95–106.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. vyd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paulson, S., Willig, C. (2008). Older women and everyday talk about the ageing body. *Journal of Health Psychology*, 13, 106–120.

- Pieters, H. C., Heilemann, M. V., Grant, M., Maly, R. C. (2011). Older women's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: Navigating beyond the triple barriers. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 175–184.
- Plichtová, J. (2000). Renesancia záujmu o jazyk: diskurzívna psychológia a analýza diskurzu. *Československá psychologie*, 4, 289–309.
- Polkinghorne, D. (2007). Validity issues in narrative research. *Qualitative Inquiry* 13(4), 471–486.
- Potter, J., Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Potter, J., Wetherell, M. (1995). Discourse analysis. In J. A. Smith, R. Harré, L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (s. 80–92). London: Sage.
- Potter, J., Wiggins, S. (2007). Discursive psychology. In C. Willig, W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (s. 73–90). London: Sage.
- Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E., Hendry C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. *Nurse Researcher*, 18(3), 20–24.
- Pyett, P. M. (2003). Validation of qualitative research in the „real world“. *Qualitative Health Research*, 13(8), 1170–1179.
- Reid, K., Flowers, P., Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *The Psychologist*, 18(1), 20–23.
- Rennie, D. L. (1996). Fifteen years of doing qualitative research on psychotherapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 24(3), 317–327.
- Rennie, D. L. (1998). Grounded theory methodology: The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory & Psychology*, 8(1), 101–119.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodical hermeneutic: Reconciling realism and relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481–502.
- Rennie, D. L., Fergus, K. D. (2006). Embodied categorizing in the grounded theory method: Methodical hermeneutics in action. *Theory & Psychology*, 16(4), 483–503.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology. *Canadian Psychology*, 29(2), 139–150.

- Reynolds, J., Wetherell, M. (2003). The discursive climate of singleness: The consequences for women's negotiation of a single identity. *Feminism & Psychology*, 13, 489–510.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and philosophy: An essay on interpretation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Řiháček, T. (2009). *Zvukové prostředí města a jeho vliv na prožívání*. Brno: Mezinárodní politologický ústav MU.
- Robson, C. (1998). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Saldaña, J. (2003). Dramatizing data: A primer. *Qualitative Inquiry* 9(2), 218–236.
- Shaw, S. K., Dallos, R., Shoebridge, P. (2009). Depression in female adolescents: An IPA analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 167–181.
- Shinebourne, P. (2011). The theoretical underpinnings of interpretative phenomenological analysis. *Existential Analysis*, 22(1), 16–31.
- Silverman, D. (2005). *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar.
- Sinding, C., Gray, R. (2005). Active aging—Spunky survivorship? Discourses and experiences of the years beyond breast cancer. *Journal of Aging Studies*, 19, 147–161.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 53–80). London: Sage.
- Speer, S. A., Potter, J. (2000). The management of heterosexist talk: Conversational resources and prejudiced claims. *Discourse & Society*, 11, 543–572.

- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York, NY: W. W. Norton and Co.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Sunderland, J. (2004). *Gendered discourses*. Palgrave Macmillan.
- Švaříček, R. (2007). Biografický design. In R. Švaříček, K. Šedová (Eds.), *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (s. 126–141). Praha: Portál.
- Švaříček, Šedová et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Taylor, S. (2001). Evaluating and applying discourse analytic research. In M. Wetherell, S. Taylor, S. J. Yates (Eds.), *Discourse as data: A guide for analysis* (s. 189–228). London: Sage/Open University.
- Thorne, S. E., Murray, C. (2000). Social constructions of breast cancer. *Health Care for Women International*, 21, 141–159.
- Tyl, J. (1985). Časové horizonty: příspěvek k problematice pojmu životního času a metodám jeho zkoumání (rigorózní práce). Praha: Filozofická fakulta UK.
- Urbánek, T. (2003). *Psychosémantika*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- Vlčková, I., Blatný, M. (2005). K narativnímu pojetí autobiografické paměti: výzkumné možnosti metody čáry života. In M. Miovský, I. Čermák, V. Chrz (Eds.), *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV* (s. 183–199). Olomouc: FF UP.
- Wertz, F. J., Charmaz, K., McMullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R., McSpadd, E. (2011). *Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry*. New York: Guilford Press.
- Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse & Society*, 9, 387–412.
- Wetherell, M., Edley, N. (1999). Negotiating hegemonic masculinity: Imaginary positions and psycho-discursive practices. *Feminism & Psychology*, 9, 335–356.

- Wetherell, M., Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation*. Columbia University Press.
- Wetherell, M., Taylor, S., Yates, S. J. (Eds.). (2001). *Discourse theory and practice: A reader*. London: Sage/Open University.
- Wiggins, S. (2009). Discourse analysis. In H. T. Reis, S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of human relationships* (s. 427–430). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wilkinson, S. (2000). Women with breast cancer talking causes: Comparing content, biographical and discursive analyses. *Feminism & Psychology*, 10, 431–460.
- Wilkinson, S., Kitinger, C. (2000). Thinking differently about thinking positive: A discursive approach to cancer patients' talk. *Social Science & Medicine*, 50, 797–811.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods*. Maidenhead: Open University Press.
- Willig, C. (2008). Discourse analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 159–183). London: Sage/Open University.
- Wodak, R. (2008). Introduction: Discourse studies – important concepts and terms. In R. Wodak, M. Krzyżanowski (Eds.), *Qualitative discourse analysis in the social sciences* (s. 1–29). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Wooffitt, R. (2005). *Conversation analysis and discourse analysis: A comparative and critical introduction*. London: Sage.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology And Health*, 15, 215–228.
- Zábrodská, K. (2006). Rodová analýza jako prostor pro nové epistemologie: poststrukturalismus a diskurzivní analýza v psychologii. *Československá psychologie*, 50, 105–118.
- Zábrodská, K. (2009). *Variace na gender: poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia.
- Zábrodská, K. (2010). Diskurzivní analýza v soudobé sociální psychologii: teorie, koncepty a aplikace. *Československá psychologie*, 54, 249–262.
- Zábrodská, K. (v tisku). Mezi ženskostí a feminismem: konstruování identity „české socialistické ženy“. In H. Havelková, L. Oates-Indruchová (Eds.), *Transformace genderové kultury v Československu v letech 1948–1989*. Praha: SLON.
- Zinker, J. (2004). *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. Brno: ERA.

## Souhrn

Tato monografie představuje čtyři vlivné přístupy v kvalitativním výzkumu: interpretativní fenomenologickou analýzu, metodu zakotvené teorie, narativní analýzu a diskurzivní analýzu. Zaměřuje se především na samotný proces analýzy a nabízí čtenářům možnost sledovat krok za krokem aplikaci těchto přístupů na konkrétních datech. Poněvadž všichni autoři prováděli analýzu téhož datového souboru (jednalo se o rozhovory se ženami, které podstoupily léčbu rakoviny prsu), nabízí tato publikace jedinečnou možnost porovnat mezi sebou zmíněné metodologické perspektivy, a to z hlediska analytického procesu i výsledků. Důrazem na konkrétní aplikaci analytických postupů se tento text stává užitečným doplňkem obecnějších metodologických učebnic.

## Summary

This monograph presents four influential approaches in qualitative research: interpretative phenomenological analysis, grounded theory method, narrative analysis and discourse analysis. It is primarily focused on the process of analysis and it offers the readers an opportunity to follow step-by-step the application of these approaches to particular data. Since all the authors analyzed the same data set (interviews with women who had undergone treatment for breast cancer), this publication offers a unique opportunity to compare the aforementioned methodological perspectives in terms of the analytical process and results. With an emphasis on the application of analytical procedures, the text becomes a useful complement to more general methodological textbooks.

## O autorech

### **Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. (1956)**

Pracuje v Psychologickém ústavu Akademie věd ČR, v. v. i. a přednáší na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a na Filozofické fakultě Katolické univerzity v Ružomberku. Je autorem řady knih, například *Lidská agrese a její souvislosti* (1999) či *Povolání: herec* (2000, spolu s Jitkou Lindénovou). S Idou Kodrlovou napsal monografii o vztahu mezi kreativitou, psychickými poruchami a suicidiem (*Sebevražedná triáda: Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*, 2009). Dále sestavil monografii *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy* (2012, spolueditorka Táňa Fikarová). Zabývá se narativní perspektivou v psychologii, kvalitativní metodologií, psychologií umění a projektivními metodami.

### **PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (1975)**

Pracuje jako odborný asistent na katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity se zaměřením na výuku psychoterapie, kvalitativní metodologie a kulturní psychologie. Je zakládajícím členem Centra pro výzkum psychoterapie, kde se podílí na výzkumu Výcviku integrace v psychoterapii. Výzkumně se též zabývá všímavostí. Od roku 2011 je šéfredaktorem časopisu *Psychoterapie*, pracuje též v privátní psychologické a psychoterapeutické praxi (<http://www.psycholog-hytych.cz/>).

### **PhDr. Lenka Chalupníčková (1983)**

Vystudovala psychologii na FSS MU, v rámci svého doktorského studia tamtéž se zabývá narativní metodologií a tématem utváření narativní identity. Ve své psychologické praxi se orientuje převážně na dětskou psychologii, pracovala jako školní psycholožka, koordinátorka volnočasového zařízení pro klienty OSPOD, jako dobrovolnice působila v několika psychosociálních projektech v ČR i v zahraničí pro děti a mládež (ohrožené domácím násilím, následky válečného konfliktu apod.).

### **Doc. PhDr. Vladimír Chrz, Ph.D. (1960)**

Pracuje jako výzkumný pracovník v Psychologickém ústavu AV ČR. Přednáší na Katedře psychologie Pedagogické fakulty UK. Je autorem dvou



knih: *Metafory v politice* (1999) a *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu* (2007). Dlouhodobě se pokouší rozvíjet psychosémiotické hledisko (psychologie metafor, narativní psychologie, ad.). V současnosti se zaměřuje na zkoumání expresivity (pojetí exprese jako aktu „vtiskování signatury“).

#### **Mgr. Jana Koutná Kostínková (1984)**

Autorka je psychologka, působí na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU, kde se věnuje výuce a kvalitativně orientovanému výzkumu. Zabývá se integrací v psychoterapii a psychoterapeutickými výcviky, na tato témata publikovala několik článků. Patří mezi zakladatele Centra pro výzkum psychoterapie. Absolvovala psychoterapeutický výcvik ve skupinové psychoterapii INSTEP. V současné době také poskytuje psychoterapeutické služby v Poradenském centru Masarykovy univerzity.

#### **Mgr. Magda Petrjánošová, PhD. (1976)**

Působí v Ústave pre výskum sociálnej komunikácie Slovenskej akadémie vied v Bratislave. Dlouhodobě se věnuje kvalitativnímu výzkumu identit v různých souvislostech (od práce s identitou ve virtuálních prostředích po žité identity mladých vzdělaných slovenských krátkodobých pracovních migrantů a migrantek v UK a Irsku) a v posledních letech i občanskému aktivismu online. Je spoluautorkou monografie *Konštruovanie slovenskosti vo verejnom priestore* (2009) a vědeckých sborníků *Kvalitatívny výskum vo verejnom priestore* (2008) a *Diverzita v spoločenských vedách* (2012).

#### **Mgr. Veronika Plachá (1976)**

Vystudovala obor psychologie – speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Karlovy univerzity, v diplomové práci *Zkušenost onemocnění rakovinou prsu* se věnovala narativní analýze vyprávění žen, které prošly touto nemocí. V současnosti pracuje na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity, kde učí Psychologii zdraví, dále vede semináře Vývojové psychologie a Psychologie osobnosti. V doktorském studiu se zaměřila na čtenářskou pregramotnost a její souvislosti s rodinným prostředím.

#### **Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. (1978)**

Působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně, kde mj. vyučuje několik metodologicky orientovaných předmětů. V současné době se zaměřuje

na výzkum psychoterapie, zejména na zkoumání terapeutických výcviků a vývoje psychoterapeutů. Psychoterapii se věnuje též v soukromé praxi. Je autorem knihy *Zvukové prostředí města a jeho vliv na prožívání* (2009).

**Mgr. Kateřina Záborská, Ph.D. (1979)**

Působí v Psychologickém ústavu Akademie věd ČR, v.v.i. v Praze. Mezi oblasti jejího odborného zájmu patří kvalitativní metody sociálněvědního výzkumu (zejména diskurzivní analýza a kolektivní biografie), problematika identity a aktérství, a nověji také organizační studia se zaměřením na mobbing a neetické chování na pracovišti. Je autorkou monografie *Variace na gender: Poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita* (2009, Academia) a spoluautorkou monografie *Pedagogical Encounters* (2009, Peter Lang).

## Jmenný a věcný rejstřík

### A

#### *Analýza*

*holisticko-formální* 80, 81, 97, 103  
*holisticko-obsahová* 80, 95, 97, 103  
*žánrová* 79, 81, 82, 90, 94, 97

### B

Báčová, V. 106, 170  
Beneš, V. 106, 170  
Blatný, M. 81, 100, 171, 181  
*Body obratu v příběhu*  
79, 80, 88, 89, 91, 92, 97  
Bowen, G. A. 66, 170  
Braun, V. 45, 54, 170  
Bruner, J. 82, 83, 171  
Bryant, A. 44, 171, 175

### C

Clandinin, D. J. 84, 103, 172  
Clarke, A. E.  
44, 57, 170–173, 178  
Clarke, V. 45, 54, 170  
Connelly, F. M. 84, 172  
Corbin, J. 5, 44, 45, 48, 51  
53, 66, 74, 141, 170–173, 178, 181  
Curt, B. C. 101, 173

### Č

Čermák, I. 7, 75–82, 90, 94, 97,  
99, 100, 102, 103, 171, 172,  
175, 181, 184

### D

Davies, B. 114, 115, 130, 173  
*Dekonstrukce textu* 18, 27  
*Dimenze příběhů*  
*obsahová* 77, 84  
*formální* 77, 84  
*kategoriální* 77, 84  
*holistická* 77, 84  
*kontroly* 98  
*kontingence* 98  
*Discourse studies* 105  
*Diskursivní konstrukce*  
117, 118, 125  
Disman, M. 5, 173  
*Dvojitá hermeneutika* 11, 19

### E

Eatough, V. 33, 173  
Elliott, J. 75, 81, 100, 173  
Emerson, P. 103, 173

### F

*Fabule* 79, 80, 85  
Finlay, L. 10, 22, 174  
Flowers, P. 9, 11–16, 21–23,  
39–41, 43, 174, 179, 180  
*Foucaultovská diskursivní analýza*  
(*FDA*) 107  
Frank, A. W. 98, 174  
Freshwater, D. 101, 175  
Frosh, S. 103, 173  
Frye, N. 81, 98, 100, 174

## G

- Gavora, P. 5, 174  
Gee, J. P. 83, 174,  
Gergen, K. J. 82, 174, 178  
Gergen, M. M. 82, 174  
Glaser, G. G. 44, 46, 50–52, 60,  
65, 73, 174  
Greenhalgh, T. 102, 174

## H

- Harré, R. 114, 115, 130, 173, 179  
Hendl, J. 5, 175  
*Hermeneutický kruh* 11, 12, 19, 22  
Hiles, D., R. 26, 76, 78, 79, 80,  
102, 103, 171, 175  
Holloway, I. 101, 175  
*Hot cognition* 33  
Hytych, R. 66, 175, 184

## CH

- Charmaz, K. 44, 48, 50, 66, 73,  
74, 170–173, 175, 178, 181  
Chrz, V. 5, 7, 26, 76, 78–82, 90,  
94, 97, 100, 102, 103, 171, 172,  
175, 181, 184

## I

- Interpretační repertoáry (diskurzy)*  
107, 112, 113, 118, 119, 127  
*Insider's perspective* 17

## J

- Josselson, R. 22, 100, 103, 104,  
175, 176, 177, 181

## K

- Kitzinger, C. 120, 128, 131, 134, 182  
*Kódování*  
*otevřené* 45, 48, 49, 54, 56  
*zaměřené (selektivní)* 50, 52, 56,  
*axiální (teoretické)* 51, 57, 63  
Konopásek, Z. 50, 176  
*Kritická diskursivní psychologie*  
(CDP) 106

## L

- Labov, W. 83, 176  
Larkin, M. 9, 11–16, 21–23, 39–41,  
43, 177, 179, 180  
*Lebenswelt* 13, 27, 28, 35  
Lieblich, A. 75–77, 82, 100, 101,  
103, 104, 175, 176, 177

## M

- Mapa konceptů* 58  
McAdams, D. P. 81, 103, 104, 176,  
177  
*Memos* 50, 56  
*Metoda neustálého (konstantního)*  
*porovnávání* 50, 119  
Mills, S. 114, 177  
Miovský, M. 5, 48, 171, 172, 177,  
178, 181  
Mishler, E. G. 83, 101, 178,  
Morse, J. M. 74, 170, 172, 173, 178  
Murray, K. D. 81, 82, 178

## N

- Narativně orientovaný výzkum*  
(NOI) 6, 76, 78, 79, 102, 103, 171

*Narativní kostra* 53  
*Narativní modus vědění* 82, 102

## P

*Paradigmatický modus vědění* 82  
Parker, I. 99–101, 114, 116, 178  
Patton, M. Q. 60, 178  
Plachá, V. 7, 90, 94, 172, 185  
Plichtová, J. 106, 178  
Polkinghorne, D. 99, 100, 179  
Potter, J. 106–110, 112–114, 116–118, 121–123, 179–181

## R

*Realita*  
*intruzivní* 35  
*perverzivní* 33  
*subverzivní* 31, 33, 35, 140  
Rennie, D. L. 44, 48, 61, 73, 100, 173, 179  
Ricoeur, P. 22, 180  
Riessman, C. K. 75–77, 83, 102, 103, 180  
Robson, C. 5, 180

## Ř

*Řeč orientovaná na jednání* 109, 115, 128  
Řiháček, T. 61, 180, 185

## S

Saldaña, J. 84, 180  
Shinebourne, P. 10, 22, 42, 180  
Silverman, D. 5, 174, 180  
Smith, J. A. 9–16, 18–24, 28, 30, 31, 33, 39, 40, 41, 43, 138, 173,

174, 179, 180, 182  
Spence, D. P. 82, 180  
Stainton-Rogers, W. 102, 173, 175, 179  
Stern, P. N. 170, 172, 173, 178  
Strauss, A. 5, 44, 45, 48, 50–53, 60, 66, 73, 74, 141, 174, 181  
*Subjektové pozice* 112, 114, 115, 120, 130  
Sunderland, J. 113, 181  
*Syžet* 79, 80, 85

## Š

Šedová, K. 4, 181  
Štěpaníková, I. 78, 99, 171  
Švaříček, R. 4, 181

## T

*Teoretická citlivost* 66  
*Teoretická nasycenost* 45, 51, 72–74, 99  
*Teoretické vzorkování* 7, 45, 51, 72–74, 141  
Tuval-Mashiach, R. 82, 101, 103, 177  
*Tvorba konceptů* 47, 48, 49  
Tyl, J. 81, 100, 180

## U

*Umístování*  
*diskursivní* 112, 120, 128  
*narativní (narrative positioning)* 102  
Urbánek, T. 49, 181  
*Ústřední koncept* 45, 47, 51, 52, 58, 65

*Uzávorkování (bracketing)* 10, 16, 28, 80

## V

Vlčková, I. 81, 100, 181

*Významová jednotka* 39, 48–50, 54, 55, 60, 61

## W

Waletzky, J. 83, 176

Wengraf, T. 102, 174

Wertz, F. J. 7, 181

Wetherell, M. 105, 106, 108–110, 112, 113, 116–118, 123, 138, 173, 176, 179, 181, 182

Willig, C. 9, 11, 13, 16, 23, 103, 105, 107, 108, 113, 115–118, 120, 138, 173, 175, 177–179, 182

Wilkinson, S. 120, 128, 131, 134, 182

## Z

Zábrodská, K. 5, 105–107, 113, 119, 182, 186

Zilber, T. 82, 101, 103, 177

*Ztělesněné kategorizování (embodied categorizing)* 48

## Ž

*Žánrová konfigurace* 77, 79, 81, 82, 90–92, 95



TOMÁŠ ŘIHÁČEK  
IVO ČERMÁK  
ROMAN HYTYCH A KOLEKTIV

**KVALITATIVNÍ ANALÝZA TEXTŮ: ČTYŘI PŘÍSTUPY**

Návrh obálky, grafická úprava: Metoda spol. s r. o., Hluboká 14, 639 00 Brno  
Jazyková korektura: Jitka Žáková

Vydala Masarykova univerzita v roce 2013  
1. vydání, 2013  
Náklad 400 výtisků  
Tisk: Tiskárna Helbich, a.s., Valchářská 36, 614 00 Brno

ISBN 978-80-210-6382-2