UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2019 **Kristýna Kacafírková**

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Prenatální testování: povinnost nebo volba? Komparace reflexí žen v ČR a ve Velké Británii

Bakalářská práce

Autorka práce: Kristýna Kacafírková

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: Mgr. Romana Marková Volejníčková

Rok obhajoby: 2019

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 10. 5. 2019 Kristýna Kacafírková

Bibliografický záznam

KACAFÍRKOVÁ, Kristýna. *Prenatální testování: povinnost nebo volba? Komparace reflexí žen v ČR a ve Velké Británii*. Praha, 2019. 42 s. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Romana Marková Volejníčková

Rozsah práce: 57 187 znaků včetně mezer

Anotace

Tato práce se soustředí na prenatální screening, určující pravděpodobnost výskytu Downova syndromu u ještě nenarozeného dítěte. Zkoumá především povahu vztahu mezi lékařem a pacientkou, který je v této problematice zásadní, jelikož může ovlivnit rozhodnutí rodičky, zda test podstoupit či ne. Vztah je pozorován v reflexích rodiček na online diskuzích, umístěných na nejvíce navštěvovaných webových stránkách určených pro (budoucí) rodiče, konkrétně eMimino.cz v České republice a BabyCentre.co.uk ve Velké Británii. Práce využívá kvantitativních i kvalitativních metod a jejím hlavním cílem je objevit rozdíly mezi přístupy lékařů v České republice a ve Velké Británii, právě na základě sdílených zkušeností matek. Při analyzování příspěvků je využívaná typologie lékařů podle teorie Stewarta a Rotera, na základě které je komparován vztah lékař-pacientka v obou zemích, a to využitím kontingenční tabulky, statistiky Chí-kvadrátu a sledováním míry asociace proměnných pomocí Kramerova V. Výsledky pramenící z použití tematické analýzy, poukazují také na další faktory, které zkušenost rodiček ovlivňují, jako je například špatná informovanost, neúplnost informace či nedostatečné vysvětlení hodnot testu, které mohou být přínosem či inspirací pro další výzkumy.

Klíčová slova

prenatální testování, Downův syndrom, vztah lékař-pacient, paternalistický vztah, partnerský vztah, těhotenství, mateřství, Česká republika, Velká Británie

Název

Prenatální testování: povinnost nebo volba? Komparace reflexí žen v ČR a ve Velké Británii

Annotation

This paper is focused on prenatal screening, which indicates if an unborn baby is at increased risk of Down's syndrome. In particular, it examines the relationship between the doctor and the patient, which is essential in this issue, as it can influence the mother's decision about the test. The relationship is observed in the reflections of mothers on online discussions placed on the most visited web sites for (future) parents, namely eMimino.cz in the Czech Republic and BabyCentre.co.uk in the UK. The quantitative and qualitative methods were used and the main aim was to discover differences between physicians' attitudes in the Czech Republic and in the UK, based on the shared experiences of mothers. The typology of doctors according to the theory of Stewart and Roter was used for analysing online posts. Accordingly, the doctor-patient relationship is compared in both countries by using contingency table, Chi-Square statistics and the Cramér's V nominal variable association. The thematic analysis was also used, as an expansion of the research, which shows other factors that influence the experience of mothers, such as poor awareness, incompleteness of information, or inadequate explanation of test values, which might be an inspiration for further research.

Keywords

prenatal testing, Down's syndrome, doctor-patient relationship, paternalistic relationship, mutuality relationship, pregnancy, maternity, Czech Republic, United Kingdom

Title

Prenatal testing: duty or choice? Comparison of women´s reflextions in the Czech Republic and United Kingdom

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla především poděkovat své konzultantce Mgr. Romaně Markové Volejníčkové, která mi věnovala svůj čas během vytváření práce, poskytla mi cenné rady a obohatila mě o nový vhled na problematiku. Dále děkuji svým rodičům, díky kterým jsem vždy pociťovala velkou podporu v oblasti vzdělání. Velký dík také patří mým nejbližším přátelům za trpělivost a oporu, kterou mi během psaní věnovali.

Obsah

Úvod 3

Teoretická východiska a uvedení do problematiky 5

1. Průběh a možnosti testování na Downův syndrom 5

2. Problémy spojené s prenatálním testováním 6

3. Informovanost rodiček ohledně testování 9

4. Lékař – pacientka: vzájemný vztah v obecné rovině 11

4.1 Stewart, Roter a jejich čtyři typy interakčních vztahů 11

5. Lékař – pacientka: vzájemná komunikace 14

6. Česká republika vs. Velká Británie 15

Metodologické uchopení práce 18

7. Výzkumné cíle a otázky 18

8. Zdroj a povaha dat 18

9. Metody šetření a etika výzkumu 23

Analytické zpracování výzkumu 27

10. Vztah lékař – pacientka: výsledná zjištění kvantitativní části 27

11. Doprovodné jevy u vztahu mezi lékařem a pacientkou: výsledná zjištění kvalitativní části 29

12. Přehled hlavních zjištění, diskuze a doporučení 34

Závěrečné shrnutí 37

Použitá literatura 38

Seznam použitých zkratek

ČR Česká republika

DS Downův syndrom

EU Evropská Unie

LP lékař - pacientka

NHS National Health System

NIPT Neinvazivní prenatální test

VB Velká Británie

Úvod

V rámci prenatální péče v České republice, ale i ve Velké Británii, mohou rodičky podstoupit takzvaný prvotrimestrální screening. Na základě výsledku, který ukáže pravděpodobnost výskytu Downova syndromu, se pak ženy mohou rozhodnout, zda se podrobí dalšímu invazivnímu testování, které s sebou však nese riziko potratu. Rozhodnutí, zda samotné vyšetření podstoupit může být problematické, a nese s sebou mnohá úskalí. Proto je v tomto případě velmi důležitá úloha lékaře, jakožto informátora, který též může poskytnout doporučení a finální rozhodnutí pacientky ovlivnit (viz také Ahmed *et al.* 2007: 310). Autoři (*ibid.*: 318) dále upozorňují na důležitost kvalitně podané informace o prenatálním testování a její relevantnost.

Prací bych ráda navázala na závěrečnou esej napsanou během studijního pobytu ve Velké Británii zabývající se komparací zkušeností s prenatálním testováním britských rodiček a rodiček českých. Život v této zemi mi pomohl vidět odlišnosti například právě v přístupu ve zdravotní politice, dané rozdíly bych ráda analyzovala a porovnala. Zájem o komparaci také pramení z Hallova (2007) výzkumu. Studie (*ibid.*: 566) popisuje rozdíly v podávání informací o prenatálním testování v jednotlivých zemích. U České republiky se prenatální testování často spíše doporučuje, na rozdíl od Velké Británie, kde se klade důraz na svobodné rozhodnutí ženy (Reed, 2012: 40).

Práce si klade za cíl analyzovat reflexe zkušeností žen s lékaři v rámci prenatálního testování na základě příspěvků v online fórech. Bude především sledován popisovaný vztah mezi lékařem a pacientkou. Zdrojem dat bude online prostor, konkrétně diskuzní fóra určená pro těhotné ženy a matky, kde si uživatelky sdělují svoje dosavadní zkušenosti s těhotenstvím, dětmi a rodinou. Na základě analýzy příspěvků se pomocí měření asociace mezi typem vztahu lékaře-pacientky a zemí (kvantitativní metodologie) a tematické analýzy (kvalitativní metodologie) pokusím zjistit, jak ženy vnímají pozici lékaře v souvislosti s prenatálním testováním, a jaké rozdíly v diskuzích lze mezi Českou republikou a Velkou Británií pozorovat.

Na začátek bude stručně představena problematika prenatálního testování, včetně jeho průběhu a možností, které jsou ženám v této oblasti nabízeny. Další část se soustředí na zkoumání vztahu lékaře a pacientky, jeho jednotlivých typů a teoretické uchopení jejich vzájemné komunikace. Uvedení do problematiky završí polemika ohledně rozdílů mezi Českou republikou a Velkou Británií v oblasti prenatálního screeningu.

Data a metody zaujímají další kapitolu, na kterou navazuje již samotný výzkum týkající se komparace českých a britských online fór, využívající smíšených metod, a jehož výsledky jsou zhodnoceny v části analytické. Veškeré zjištěné poznatky propojené s teoretickými východisky jsou shrnuty v závěru práce.

Teoretická východiska a uvedení do problematiky

1. Průběh a možnosti testování na Downův syndrom

Prenatální testování a Downův syndrom

Prenatální testování je definováno jako „*metoda, díky které se poskytovatel péče pokouší najít taková těhotenství, u kterých je vysoké riziko výskytu chromosonálních abnormálií*" (Crabtree Burton a Luciani, 2012: 12, překlad vlastní). Mezi tyto abnormálie je řazen Downův syndrom, který se vyznačuje jedním přebývajícím chromosomem v 21. páru (Wald a Leck, 2005: 85; Harper, 2009: 96). Lidé s Downovým syndromem jsou typičtí svým vzhledem, a to především menším vzrůstem, kratším krkem a širším nosem (Snustad a Simmons, 2017: 120). Mezi negativa doprovázející Downův syndrom je dožívání se méně let, než je v populaci obvyklé, nebo předčasné stárnutí. Testování, které zjišťuje pravděpodobnost výskytu této vady může být dvojího druhu. Neinvazivní a invazivní testování, specifika obou typů testu budou přiblížená v následujících částech.

Neinvazivní typ testů

Za test pro Downův syndrom se považuje tzv. kombinovaný test, kterému se primárně věnuje i tato práce. Pro výpočet pravděpodobnosti výskytu Downova syndromu se používá věk rodičky, biochemický rozbor krve a vyšetření ultrazvukem, u kterého se zkoumají fyzické odlišnosti (Shajpal a Siddiqui, 2017: 335). Tento test se provádí mezi jedenáctým až dvacátým týdnem těhotenství (DiMaio *et al.*, 2010: 80). Kromě tohoto testu existuje takzvaný sekvenční test a triple nebo double test (Loucký *et al.*, 2015: 28). Všechny testy zařazeny do této kategorie jsou specifické tím, že výsledek určuje pouze pravděpodobnost výskytu, vysoká pravděpodobnost tedy nutně nevylučuje narození zdravého dítěte.

Konečnou podobu výsledku, který je předáván pacientkám, popisují Springer *et al.* (2015) následovně:

„Výsledkem screeningového vyšetření je pravděpodobnost vyjádřená poměrem 1 : X, přičemž pro jednotlivé typy screeningu je stanovena hranice (cut-off), od které je výsledek

považován za pozitivní a riziko postižení plodu je zvýšené. V prvním trimestru je cut-off obvykle 1 : 150, ve druhém trimestru je to 1 : 250. Vyhodnocení výsledku screeningu a návrh dalšího postupu je v kompetenci gynekologa se specializovanou způsobilostí" (Springer *et al.*, 2015).

Invazivní typ testů

V případě vysoké pravděpodobnosti výskytu je ženě doporučováno podstoupit test invazivní, mezi které se řadí „*amniocentéza - odběr plodové vody, CVS - odběr choriových klků, odběr krve plodu nebo odběr tkáně plodu*" (Harper, 2009: 97, překlad vlastní). Tyto procedury se vyznačují tím, že řeknou konečný výsledek, tedy zda se dítě narodí s Downovým syndromem či ne. Tato vyšetření s sebou ale, na rozdíl od neinvazivních testů, nesou riziko poškození plodu a následného samovolného potratu (Crabtree Burton and Luciani, 2012: 12).

NIPT - nový typ neinvazivního testu

V současné době se také hovoří o jakémsi kompromisu mezi výše zmíněnými metodami, a to takzvaném NIPT - neinvazivním prenatálním testu, který spojuje vysokou přesnost testu a přitom s sebou nenese taková rizika, jako je tomu například u odběru plodové vody (Loucký *et al.*, 2015: 28). Tento test se však odlišuje také vysokou cenou, která může být faktorem pro nevyužití testu a je prováděn na privátních klinikách, a to jak v České republice, tak i ve Velké Británii[1] (Bakker *et al.*, 2012 in Bruggen *et al.*, 2018).

2. Problémy spojené s prenatálním testováním

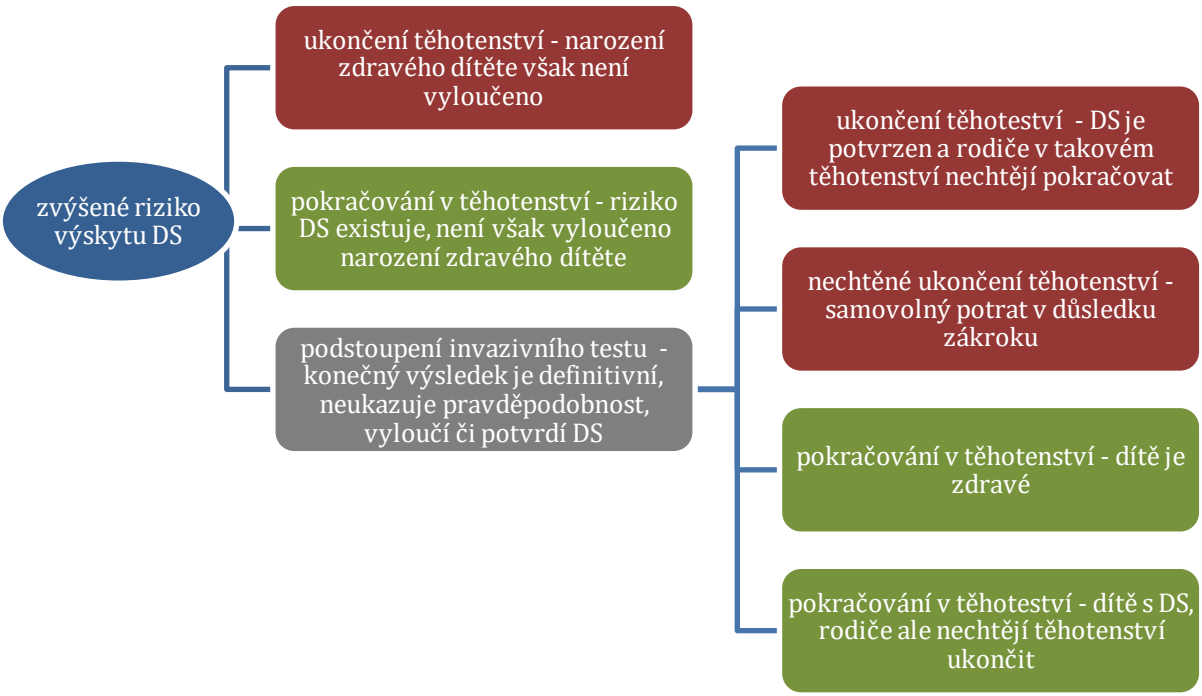
Kent (2000: 180) uvádí několik zásadních problémů spojených s prenatálním testováním. První z nich se týká komunikace mezi lékařem a pacientkou a způsob podání informací, přesněji, zda je možné s pacientkou hovořit tak, aniž by byla přítomná lékařova direktivnost; tedy navedení ženy k určitému stanovisku. Dále zmiňuje souvislost mezi stresem a pozitivním výsledkem pro Downův syndrom na základě výzkumů Greena (1990) a Stathama a Greena (1993). Dalším problémem je zevšednění testů a jejich

1 v současné době ho NHS hradí pouze ve Walesu (BBC Radio, 2019)

vnímání jakožto jednu z mnoha běžných vyšetření během těhotenství. Ženám jsou tedy testy nabízeny bez toho, aniž by byly obeznámeny s průběhem testování nebo s možností test odmítnout. Jako poslední zmiňuje špatně podávané informace ohledně testování, které mohou vést k nechtěným či unáhleným rozhodnutím jako je podstoupení invazivního testu, který s sebou nese zdravotní rizika jako je např. riziko potratu, nebo dokonce ukončení těhotenství, ze strany rodičky (*ibid.*).

Při zvýšených hodnotách ve výsledcích neinvazivního testu má žena v zásadě tři možnosti (viz *Schéma 1*). První z možností je ukončení těhotenství. Druhá, naprosto opačná, je pokračování v těhotenství s vědomím určitého rizika narození dítěte s Downovým syndromem. V poslední řadě může zvážit podstoupení invazivního testování, díky tomu zjistit, jestli je plod v pořádku či ne, a až na základě tohoto jasného výsledku rozhodnout, zda v těhotenství pokračovat nebo ho ukončit (Yau a Zayts, 2014: 260). Pokud je však prvotní výsledek testu lékařem špatně nebo nedostatečně interpretován, může dojít k nedorozumění a k následnému nechtěnému rozhodnutí ze strany rodičky. Problematika uchopení informace získané z výsledku testování a přerušení těhotenství v důsledku pozitivního výsledku bude přiblížena v následující části.

Schéma 1: Možnosti při zvýšeném riziku výskytu DS na základě neinvazivního testu



Zdroj: autorka práce

Risk of knowing a důvody podstoupení testu

V případě, že se žena rozhodne podstoupit prenatální testování, informace, které se o svém dítěti na základě testu dozví, s sebou, podle Yaua a Zayts (2014: 262), nesou dva možné následky: buď výsledky rodičům přináší úlevu a štěstí (v případě nízké pravděpodobnosti výskytu DS), anebo nervozitu, strach a nejistotu (v případě vysoké pravděpodobnosti DS). Aby se jedno či druhé vyvrátilo, ženy musí tento *risk of knowing*, tedy riziko informovanosti, podstoupit. To, jakým způsobem se ženy potažmo rodiče rozhodnou, do jisté míry závisí na vnějších faktorech (jako je sociální prostředí ženy, rutinizace testu, charakteristiky testu, finance) a kontextu situace. Každopádně není zatím probádáno, do jaké míry a v jakém slova smyslu se tyto faktory do rozhodnutí promítají (Bruggen, 2018: 94). Ze studie Bruggena (2018) vyplývá, že některé ženy volí test čistě z racionálního důvodu, chtějí informaci znát a vyhodnotit ji. Jsou tedy předem rozhodnuty nepokračovat v těhotenství s dítětem, které má Downův syndrom. Naopak jiné ženy mohou test podstoupit z důvodu opačného, chtějí se seznámit se svou situací dopředu a připravit se na ní, na což upozorňuje i Reed (2012).

Otázka přerušení těhotenství

Jak popisují Yau and Zayts (2014: 260) z pohledu mediků s sebou znalost výsledku testu nese více pozitiv než negativ. Rodiče se mohou seznámit se svojí situací, podle ní se rozhodnou či připraví, a vytvoří tak dítěti speciální podmínky (Bruggen *et al.*, 2018: 96). Na druhou stranu, vzhledem k možnosti ukončení těhotenství a tendenci k selektivitě mezi zdravým a nezdravým plodem, Chadwick (1990 in Kent, 2000: 179) popisuje prenatální testování jakožto podporování touhy po dokonalém dítěti.

Interrupce se pak dotýká nejen individuálního případu rodiny, ale také celé společnosti. Může jít o negativní postoj k rozmanitosti ale také (ne)přímé ovlivnění komunity lidí s postižením. Z tohoto důvodu je testování označované jako problematické z hlediska etiky (Parens and Asch, 2000: 13, Garcia *et al.*, 2008 in Bruggen *et al.*, 2018). Nicméně, vlastní volba ohledně testování a pacientčina autonomie - ať už v otázce

podstoupení samotného testu či v dalších krocích po podstoupení testu - by se neměla podceňovat (Wald and Leck, 2005: 108; Vanstone *et al.*, 2014 in Bruggen *et al.*, 2018).

Springer *et al*. (2015) navíc uvádí, že Česká republika se řadí mezi země s největším počtem žen, které ukončily těhotenství vyhodnocená jako těhotenství s Downovým syndromem. Tento překvapivý fakt souvisí s „*vysokou mírou akceptování takového postupu, která u nás patří k nejvyšším mezi okolními státy*" (Springer *et al*., 2015).

3. Informovanost rodiček ohledně testování

Zdroj informací

Jak uvádí Reed ve své studii (2012: 18), cílené hledání informací ohledně prenatálního testování je přirozenou a jednou z hlavních součástí těhotenství. Ve vyhledávání informací zdůrazňuje dominantní roli žen, což je vzhledem k jejich pozici pochopitelné (těhotenství se jich týká přímo, jedná se o jejich tělo). I z tohoto důvodu se práce soustředí pouze na reflexe žen. Jedním z hlavních zdrojů informací je internet, který je vedle prospektů, knih a informací poskytnutých lékařem, specifický svou přístupností pro širokou skupinu lidí (*ibid.*). Během těhotenství jsou pak na internetu vyhledávány popisy prenatálního testování, jeho průběh a kritéria vyhodnocení (*ibid.*: 19). Značná je také potřeba hledání dosavadních zkušeností ostatních matek, které by mohly přispět k rozhodnutí ohledně genetických testů. Ke sdílení zkušeností slouží online fóra, jejichž specifika budou vysvětlena v metodologické části práce, a která jsem použila pro svou analýzu.

Podle Marteau a Dormandy (2001 in Reed, 2012: 20) má však větší váhu informace, která je předána slovně a to skrze lékaře těhotných žen. Důležitost správné informovanosti v souvislosti s porodní a předporodní péčí zmiňuje i Hrešanová (in Kotková, 2011: 17). Tyto informace však nemusí být podány s dostatečnou empatií či nejsou vysvětleny srozumitelně, z čehož může pramenit nejistota, nerozhodnost či nesprávné pochopení testu pacientkou. Jak uvádí Pilnick (2008: 526), na základě již provedených výzkumů se

potvrdila nedostatečná informovanost volby matek a špatné pochopení celého testování pro Downův syndrom.

Způsob podání informace lékaři

Williams *et al.* (2002: 343-345) popisuje takzvanou direktivnost, tedy přímé doporučení v rámci prenatálního testování a nedirektivnost, kdy se plně respektuje přání pacientky a její rozhodnutí by nemělo být ovlivňováno. Z jejich výzkumu také vyplývá, že lékaři si jsou sami vědomi faktu, že k pacientkám musí přistupovat individuálně a danou informaci musí podávat s rozmyslem. Velká část lékařů ve Williamsově výzkumu (2002) však přiznalo větší komfort v komunikaci s takovou pacientkou, která šla prenatálnímu testování naproti a nedožadovala se jiných alternativ, nebo chtěla test odmítnout úplně.

Právo rozhodnout se

Otázkou je, do jaké míry jsou ženy informovány o možnostech nebo právu test odmítnout. To může pramenit ze špatného uchopení celého prenatálního testu odborníky.

„*...mezi gynekology se v některých případech setkáváme s nepochopením účelu prenatálního testování. Jako jeho cíl je některými udávána tkz. sekundární prevence, což je pohled, který je v dnešní době neakceptovatelný. I když většina těhotných žen podstupuje vyšetření plodu, protože chtějí předejít narození postiženého dítěte, a v případě zjištění vady jsou připraveny graviditu ukončit, není správné tento postoj automaticky předpokládat u všech těhotných…* ” (Macek *et al.* in Ptáček *et al.*, 2014: 240).

Tento názor je podpořen i argumentací Doležala (2011), podle kterého se lékařská péče v Česku více než na svobodnou volbu pacientky „*snaží dbát na .její blaho (zdraví)*“ (Doležal, 2011: 2), což může být i případ právě prenatálního testování. Ženě jsou testy často doporučovány a na vlastní rozhodnutí se tolik nedbá. Reed (2012: 40) naopak poukazuje na důraz na volbu pacientky ve Velké Británii. Tato skutečnost je však podmíněna vztahem mezi daným lékařem a pacientkou a především jejich vzájemnou

komunikací. Teoretické uchopení těchto konceptů bude popsáno v následujících kapitolách.

4. Lékař – pacientka: vzájemný vztah v obecné rovině

Jak Honzák zmiňuje (1999: 29), zásadním pilířem vztahu mezi lékařem a pacientkou[2] a jistou podmínkou k tomu, aby byla pacientka správně pochopena, je především empatie ze strany lékaře. Lékař by měl tedy pacientce naslouchat, snažit se vcítit do její situace a v léčbě; doporučení postupovat opatrně. Navíc, na základě etických poznatků Váchy *et al.* (2012: 53) lze konstatovat, že vlastní rozhodnutí pacientky, a tedy její právo na výběr způsobu léčby má větší hodnotu než výše zmíněné blaho pacientky. Na druhou stranu, *„lékař není povinen sledovat a splňovat všechna přání pacientky"* (Vácha *et al.*, 2012: 53). Toto tvrzení lze mimo možnosti léčby použít i na problematiku prenatálního testování.

Každý lékař přistupuje ke svým pacientkám trochu jiným způsobem, tedy vyhovuje pacientkám v jiné míře. Tento fakt může být podmíněn jeho společenským statusem - lékař má vzhledem ke svojí kvalifikaci a znalostem přirozenou autoritu, a může tedy držet v rukou určitou moc nad svou pacientkou (Bártlová in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 74). V literatuře bylo popsáno několik typologií tohoto vztahu, které budou přiblíženy v této kapitole.

4.1 Stewart, Roter a jejich čtyři typy interakčních vztahů

Stewart a Roter vycházejí z původní Parsonosovy teorie vztahu mezi lékařem a pacientkou, která byla ve své době (60. – 70. léta 20. století) pro sociologii medicíny zlomová (Šubrt, 2006: 199). Původní vztah, popsaný Parsonsem však prošel výraznou proměnou, jeho základy tedy byly inspirací pro ostatní autory (Bártlová in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 75). Stewart a Roter rozlišují v zásadě čtyři typy vztahů, a to na základě kontroly z obou stran aktérů (*ibid.*). Jednotlivé kategorie budou popsány

[2] Platí v obecné rovině, tedy i „pacientem", vzhledem k povaze práce bude však využit pouze ženský rod, v citacích je rod upraven

v následujících částech. Pro analytickou část našeho výzkumu budou stěžejní především první dvě povahy vztahů.

Paternalistický vztah

Do paternalistického vztahu se řadí lékaři, kteří plně přebírají zodpovědnost za pacientčino zdraví. Tedy, rozhodují, jak v otázce nemoci, lékařského zákroku bude postupováno (Bártlová in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 75). Lékař zde působí v roli rodiče; opatrovníka, který má za pacientku plnou zodpovědnost (Vácha in Ptáček, Bartůněk *et al.,* 2015: 54). Očekává se od něj naprostá znalost problematiky, tedy, že krok, který on sám vybral, je ten správný a pacientka by ho měla následovat. Je zde jasná asymetrie mezi oběma subjekty. Lékař má značně navrch, „*informuje, radí, dává příkazy, zakazuje a doporučuje*" (Janáčková, Weiss, 2008: 66). V případě prenatálního testování sem tedy na základě teorie lze zařadit lékaře, kteří pacientku na testování automaticky objednají, testování jí nabízí jakožto jedinou možnost, nebo ho důrazně doporučují. Vlastní volba pacienta je v tomto případě upozaděna, „*paternalistický lékař jedná pro dobro pacientky, ale ne nutně podle přání pacientky*" (Vácha in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 55). Tento typ vztahu je přežitý a v dnešní evropské společnosti by jen těžko hledala své zastánce (*ibid.,* 2015: 54), není však zcela vyloučený.

Partnerský vztah

Protikladem ke vztahu paternalistickému, je partnerský vztah. Do této kategorie spadají ti lékaři a pacientky, kteří spolu navzájem spolupracují a diskutují o možnosti léčby, či postupu zdravotní péče. Je založený na vzájemné důvěře a respektu. Lékařův přístup k pacientce je „*nedirektivní, přátelský, empatický, vysvětlující*" (Janáčková, Weiss, 2008: 66). Z hlediska teorie partnerského vztahu mezi lékařem a pacientkou, se v případě, že žena nechce postoupit test, nebo se dožaduje jiných možností, lékař snaží rodičce vyjít vstříc a najít společný kompromis. Podle Bártlové (in Ptáček, Bartůněk *et al*., 2015: 75) se oba aktéři taktéž navzájem obohacují o získané vědomosti a zkušenosti, na které se při řešení problému bere ohled a hledá se společné východisko. Nicméně, jak zmiňuje Vácha (in Ptáček, Batůněk *et al.*, 2015: 55), je třeba brát na vědomí, že ačkoliv je partnerský vztah mezi lékařem a pacientkou v nynější době velmi žádaný, není samozřejmostí, že lékař druhé straně vyhoví ve všech požadavcích.

Konzumentský vztah

Stewart a Roter popisují další vztah definovaný jako konzumentský. Vztah je především typický pro privátní kliniky, u kterých je patrná tržní konkurence (Bártlová in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 75). Lékař se snaží vyhovět přáním pacientky vzhledem k peněžní odměně (*ibid.*). Z pohledu tohoto přístupu bychom do této kategorie mohli řadit privátní genetické kliniky nabízející nadstandardní vyšetření, jako je třeba již zmíněné NIPT vyšetření, a poskytující tak všechny možné varianty testování, na základě poptávky a požadavků ze strany pacientek.

Nevýrazná interakce

Jako poslední z typů je popisována takzvaná nevýrazná interakce. Jak už název napovídá, pacientka i lékař jsou v zásadě pasivní. Nedochází zde k přesvědčování, direktivnosti ze strany lékaře, ale ani k hledání jiných možností či nových informací ze strany pacientky, a to z důvodu „*bojácnosti při vyjednávání*" (Bártlová in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 75). Ve vztahu k prenatálnímu testování si lze představit situaci, kdy žena od lékaře nedostane žádné informace ohledně prenatální diagnostiky, a ani si je nevyžádá. Může sem však spadat i kategorie již zmíněné rutinizace testu, tedy že lékař bere test za samozřejmost, nikterak se k zákroku nevyjádří a pacientka se bojí požádat o jinou alternativu.

Charakteristika chování pacientky

Tak jak lze rozdělit lékaře do určitých kategorií, tak je možné definovat i povahy pacientek. Klasifikován je konkrétně jejich způsob chování, kterým mohou vyjadřovat svůj souhlas/nesouhlas s postupem lékařů v oblasti porodnictví. Calda (in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 93) ve své studii popisuje tři typy, které se mohou vztahu spíše k výsledkům prenatálního testování raději než rozhodování ohledně testování.

První typ Calda (*ibid.*) definuje jako ty pacientky, které informace od lékaře automaticky přijmou, a jednají v tomto směru pasivně, patří sem tedy ty rodičky, které nechtějí, nejsou z určitého důvodu schopny dožadovat se alternativ, je zde viditelná spojitost s nevýraznou interakcí ve Stewartově a Roterově teorii. Dalším typem jsou popisovány pacientky, které „*dokáží dynamicky zpracovat informaci a současně jsou schopny vyhodnotit navržené postupy, včetně jejich pořadí, důležitostí přínosu a rizik*" (*ibid.*). Jedná se tedy o vzájemnou diskuzi, jako je tomu u Stewartově a Roterově partnerském vztahu. Do poslední kategorie spadají ty ženy, které při interakci s lékařem dávají najevo své

hodnotové preference a dožadují se tedy vyhovění požadavků v souladu s jejich osobními postoji (*ibid.*). Aby lékař porozuměl potřebám pacientky a snažil se ji vyhovět, je potřeba kvalitní komunikace. Této problematice je věnována následující kapitola.

5. Lékař – pacientka: vzájemná komunikace

Na základě Honzákových poznatků (in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 157) lze vyvozovat, že jedním z nejdůležitějších faktorů v komunikaci mezi lékařem a pacientkou je vřelost, která je pro pacientku klíčová. Dále mluví o schopnosti empatie, což potvrzuje i Janáčková a Weiss (2008: 70), a především klade důraz na srozumitelnost podání informace, která právě díky komunikaci může být předána dál, což uvádí i Brink-Muinen *et al.* (2000: 115). Honzák (in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 158) dokonce navrhuje postup, kdy pacientka převypráví lékařovi informace, které z jeho výkladu zachytila a lékař si tak ověří, zda je pacientka pochopila správně.

Pendelton *et al.* (in Janáčková, Weiss, 2008: 49) popisují několik teoretických konceptů k analýze komunikace mezi lékařem a pacientkou. Jedná se o: sociologický přístup, antropologický přístup, přístup transakční analýzy, Balintův přístup, sociálně-psychologický přístup a lékařský přístup. Vzhledem k povaze práce budu v analýze využívat především přístup sociologický, který je popsán v následující části.

Sociologický přístup

Tento přístup hodnotí komunikaci mezi lékařem a pacientkou z hlediska vlivu sociálních faktorů. Ty jsou definovány jako „*významné prvky v chování a přesvědčení, které mají členové skupin lékařů a též pacientů společné*" (Janáčková a Weiss, 2008: 51). Mezi hlavní složky těchto faktorů patří hodnoty a normy. Na základě specifických hodnot a norem může být ovlivněn jak názor pacientky, tak i názor lékaře. Ty však nemusí být vždy slučitelné, z čehož může pramenit nedorozumění či konflikt.

Je tedy důležité ke každé pacientce přistupovat individuálně, pacientky totiž mohou mít různé potřeby a požadavky, pramenící z jejich hodnot a norem.

6. Česká republika vs. Velká Británie

Vliv komunistické minulosti

Na základě poznatků z výzkumu Murgica *et al.* (2015: 2) lze konstatovat, že některé postkomunistické země mohou být ovlivněny dříve všude přítomným paternalismem, a tedy i paternalismem v lékařské péči. Autoři také zmiňují, že pacientky v těchto zemích (jako příklad uvádí Chorvatsko), stále očekávají autoritativní přístup a jsou zvyklé na přímé doporučení a navedení na určitou léčbu. Podle autorů přístup lékařů ovlivňují také jejich „*osobní postoje, stejně tak i charakteristiky pacienta a široký sociálně-kulturní kontext*" (Murgia *et al.*, 2015: 7, překlad vlastní), zmiňované v předešlé kapitole. Vzhledem ke komunistické minulosti České republiky nelze vyvrátit, že s podobnými prvky se setkáváme i my. Brink-Muinen *et al.* (2000: 116) však upozorňují na absenci studií zabývající se rozdíly mezi lékařskými přístupy k pacientovi v jednotlivých zemích Evropy. Poukazují ale na možné rozdíly mezi zeměmi v minulosti patřících do tzv. Východního bloku a ostatními evropskými zeměmi. Dudová (2012) navíc upozorňuje na značně eugenické uvažování české společnosti během komunistického režimu, zdůrazňuje „*dlouholetou tradici prenatálního screeningu s cílem snížit pravděpodobnost narození nedokonalého dítěte*" (Dudová, 2012: 128). Zmiňuje také chybějící informovanost žen o možnosti nepodstoupení testu, podle autorky není výjimkou, že screening ženy vnímají jako jistou povinnost, a pokud se ho přece jen rozhodnou odmítnout, jsou okolím často nepochopeny. Ačkoliv se po roku 1989 přístup politiky ve směru vytvoření dokonalé společnosti značně změnil, přístup ke screeningu a jeho podporování podle Dudové (2012: 129) není v České republice výjimkou, je patrný jak mezi odborníky věnující se této problematice, tak v široké veřejnosti, což je téměř přímý protiklad k Velké Británii (Reed, 2012). Výzkumy zabývající se porovnáním

vztahu lékař-pacientka ve Velké Británii a České republice však chybí, což platí i o komparaci přístupů lékařů v oblasti prenatálního testování.

Lékaři a porodní asistentky

Jedním z rozdílů mezi VB a ČR v prenatální péči, který je pro tuto práci podstatný, je vnímání profese porodních asistentek. Podle webové stránky NHS (©2018) je ve Spojeném království návštěva porodní asistentky před lékařskými zákroky běžným postupem. Žena má při konzultacích na výběr mezi lékaři a porodními asistentkami. Vnímání porodních asistentek je tedy v Británii připodobňováno k lékařům (Candigliota in Kotková, 2011: 40; Kent, 2000), oproti tomu v Čechách jsou porodní asistentky někdy dokonce zaměňovány se zdravotními sestřičkami (Hrešanová, 2008: 138). Z důvodu kompetence porodních asistentek a jejich pozice ve Velké Británii byly při zkoumání vztahu LP příspěvky zmiňující porodní asistentku namísto lékaře ponechány a taktéž analyzovány.

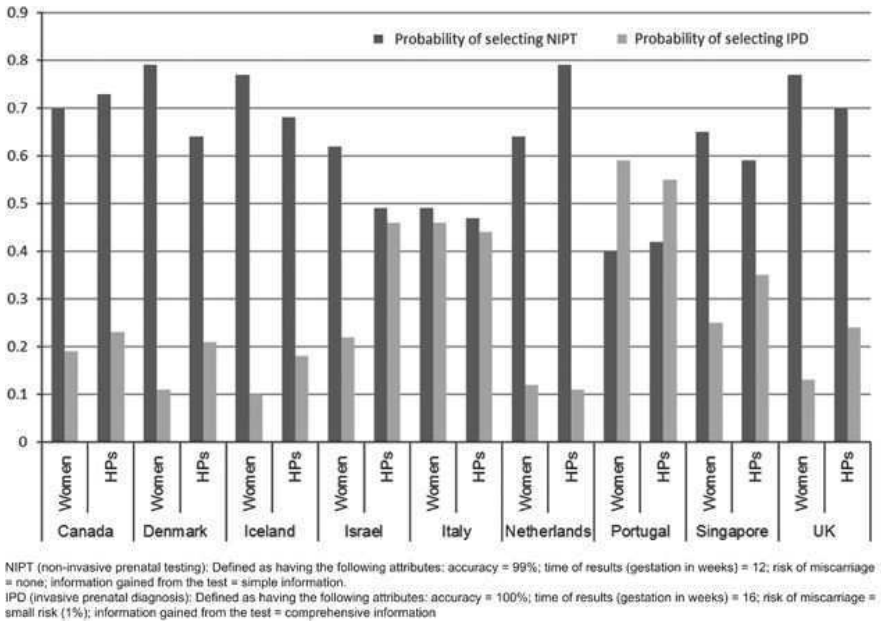
Rozdíly v prenatálním testování

Springer *et al.* (2015) popisují rozdíly postupu při poskytování prenatálního testování v jednotlivých zemích a zmiňují, že se může lišit i v konkrétních částech dané země. Například ve Walesu ve Velké Británii NIPT, je již hrazen NHS, což neplatí pro Skotsko, Anglii a Severní Irsko (BBC Radio, 2019). Springer *et al.* (2015) také zmiňují zásadní rozdíl mezi Českou republikou a Velkou Británii v tom, že oproti plošnému provádění testu v ČR se ve Spojeném království screening obvykle poskytuje na základě přání rodičky. Z poznatků Berga *et al.* (in Bruggen *et al.,* 2005) také vyplývá, že země ve kterých se prenatální testování považuje spíše za běžnou součást těhotenského vyšetření, jsou ženy zpravidla málo informovány o možnosti volby ohledně podstoupení testu, rodičky předpokládají, že se jedná o povinnost a jiné informace jim nejsou podány, což by mohl být i případ České republiky (viz kapitola *Vliv komunistické minulosti*).

Rozdíly v prenatálním testování v jednotlivých zemích lze nalézt v komparativním výzkumu Hilla *et al.* (2016), který srovnával preference ohledně testování na Downův syndrom z pohledu lékařů (1245 respondentů) a rodiček (2666 respondentek) napříč devíti zeměmi EU. Z *Grafu 1* lze vyčíst rozdíly preferencí nejen mezi specialisty a ženami, ale především rozdíly v jednotlivých zemích. Například Itálie se vymyká silnou

preferencí invazivních testů, oproti tomu námi zkoumané Spojené království vykazuje výrazné upřednostnění testu neinvazivního. Komparativní studie s Českou republikou a Velkou Británií, jak už bylo zmíněno, v zásadě bohužel chybí. I to je jeden z důvodu tématu této studie. Zda se podařilo najít či vyvrátit rozdíly mezi těmito dvěma zeměmi a jak se odchylky projevují, se pokusím odhalit v analytické části, jejíž metodologie bude popsána v následující kapitole.

Graf 1: Porovnání preferencí typu testu napříč zeměmi



Zdroj: Hill et al. (2016: 973)

Metodologické uchopení práce

7. Výzkumné cíle a otázky

Hlavním cílem této práce je komparace reflexí zkušeností s lékaři v rámci prenatálního testování v České republice a ve Velké Británii, zaznamenaných ženami na online mateřských fórech. Budou zkoumány především rozdíly v popisu vztahu mezi lékařem a pacientkou (první výzkumný cíl), ale i další výrazné faktory ovlivňující to, jak ženy reflektují své zkušenosti s lékaři během prenatálního testování (druhý výzkumný cíl).

Na základě výzkumných cílů byly vytvořeny celkem tři výzkumné otázky:

Výzkumný cíl 1: Porovnání reflexí přístupu lékařů (v oblasti prenatálního testování) v České republice a ve Velké Británii zaznamenaných rodičkami na online fórech

1. Je vztah mezi lékařem a pacientkou v oblasti prenatálního testování ovlivněn zemí, ve které interakce probíhá?

2. Je paternalistický přístup lékaře zmiňován na českých fórech častěji než na fórech britských?

Výzkumný cíl 2: Faktory ovlivňující zkušenost rodičky s lékařem v souvislosti s prenatálním testováním

1. Jaké jiné jevy (v souvislosti s teoretickými východisky) doprovází zkušenost s lékaři?

8. Zdroj a povaha dat

Internetová fóra

Podle Kozinetze (2010: 13) se lidé na internetu přidávají do takových skupin, do kterých již v normálním světě patří, jen jim chtějí být blíž. Online komunity navíc umožňují sdílení informací a zkušeností a těhotné ženy tak mohou získat reálnější představu například o proceduře, která je čeká, nebo porovnat svou zkušenost se zkušeností někoho jiného (Lagan *et al.*, 2011: 341). Tento předpoklad potvrzuje i Reed (2012: 30), která uvádí internet jakožto jeden ze zásadních zdrojů informací v těhotenství.

Lagan *et al.* (2011) navíc zmiňují, že některé ženy se k fórům uchylují z důvodu pocitu izolace, že nemají v okolí nikoho, kdo by také čekal dítě, a hledají pocit sounáležitosti. Vzhledem k citlivosti tématu prenatálního testování se tedy online fóra ukazují jakožto dobrý zdroj dat a proto byla i pro práci vybrána. Mimo jiné také v online diskuzích vzniká prostor pro kontroverzní témata, která by v přítomnosti výzkumníka nemusela být tak dobře dostupná (Wigginton, 2017: 94). Další výhodou online fór je snadná dostupnost dat (Holtz *et al.*, 2012: 3-4). Hendl a Remr (2017: 89) navíc potvrzují, že příspěvky na internetu je možné považovat za dokumenty, a lze je tedy k analýze využít. Autoři ale upozorňují na možnou neautentičnost dat, protože nevíme, kdo se za příspěvkem skrývá, což značně snižuje validitu použitých dat a je třeba tento faktor uvažovat při analýze (*ibid.*: 87).

Vzorek a jeho náležitosti

Vzorek byl specifikován na základě webu analyzující další webové stránky Alexa.com. Cílem bylo najít dvě nejvíce navštěvované stránky typu internetových fór týkajících se dětí a rodiny, určených pro rodiče (cílených však převážně na ženy) v jednotlivých zemích. Stránky byly hledány v sekci Rodina – Rodičovství. Pro Velkou Británii se nejpopulárněji jeví fórum **BabyCentre.co.uk**, pro Českou republiku **eMimino.cz**. Z tohoto důvodu byla tato dvě fóra vybrána jako zdroj dat.

Holtz *et al.* (2012: 2) popisují internetová fóra jakožto webové stránky určené k diskuzi, která se vyznačují svojí stromovou strukturou, tedy pod každým tématem se řadí další sekce, ve kterých může uživatel diskuzi zahájit. Na základě této struktury probíhal i výběr dat. Přestože se jednalo o stejný typ fór, měla trochu odlišnou povahu, co se týče interakcí uživatelek. Zatímco v britském fóru BabyCentre.co.uk se objevovalo spíše větší množství diskuzí s menším množstvím příspěvků (například jen 3-5), diskuzí na eMimino bylo v zásadě méně, ale byly obsáhlejší (například až 50 příspěvků). Z tohoto důvodu bylo za Velkou Británii vybráno větší množství diskuzí. Diskuze byly vybrány na základě zadání klíčových slov v sekci diskuze: *prenatální testování – Downův syndrom – prvotrimestrální test – genetické testy (anglická obdoba: prenatal testing – Down's syndrome – first trimester test - genetic testing).* Ve všech příspěvcích musela být zmínka o lékaři či porodní asistence a prenatálním testování. Příspěvky musely zároveň splňovat časové kritérium, nesměly být starší než šest let - rok 2013 (viz *Tabulka 1*).

Kontrolována byla také duplicita uživatelek. Každá uživatelka byla zastoupena pouze jednou. Výběr by se dal označit jako nepravděpodobnostní, vybírán úsudkem.

Celkově bylo analyzováno 137 příspěvků od 137 různých uživatelek (67 za české fórum eMimino.cz, 70 za britské fórum BabyCentre.co.uk). Jednotlivým uživatelkám bylo při analýze přiřazeno unikátní číslo. Přestože všechny příspěvky na online fórech jsou veřejné a přístupem neomezené, je stále nutné zachovat anonymitu respondentek (Holtz, 2012: 4) a ochránit tak jejich soukromí. Do příspěvků bylo mírně zasahováno a to překladem z angličtiny do češtiny, a dále pak u českých příspěvků drobnou úpravou gramatiky a interpunkce, z důvodu lepší srozumitelnosti. Význam reflexí však zůstal vždy zachován.

Ačkoliv původním záměrem bylo vybrat z každé země stejný počet příspěvků každý rok, vzhledem k neúspěšnosti nalezení dostatečného počtu příspěvků splňující kritéria, jsou u Velké Británie některé roky úplně vynechány. Výběr byl ale soustředěn především na roky 2016-2019, které jsou vzhledem ke svému aktuálnosti vhodnější k analýze. Celkově bylo k analýze využito 14 diskuzí za Českou republiku (viz *Tabulka 2*) a 21 diskuzí za Velkou Británii (viz *Tabulka 3*).

Čištění a příprava dat

Při kontrole dat byly vyřazené ty příspěvky, ve kterých uživatelky nezmiňovaly přímé zkušenosti s lékaři a vyjadřovaly se k problematice Downova syndromu z hlediska jiných ovlivňujících faktorů. Aby byla data převedena z textové do číselné podoby a ta pak mohla být vyhodnocena a mezi sebou porovnána, musely být jednotlivé příspěvky podrobeny kódování. Vyhodnocení, zda se jedná o paternalistický či partnerský vztah lékaře se opíral o charakteristiku podle již zmiňované teorie Stewart, Roter a jejich čtyři typy interakčních vztahů v kapitole 4. Bližší rozklíčování bude popsáno v kapitole 9.

Tabulka 1: Přehled počtu příspěvků v ČR a VB podle roku

Rok	Země		Celkem
	ČR	VB	
2013	2	0	2
2014	5	8	13
2015	7	0	7
2016	15	12	27
2017	20	4	24
2018	7	32	39
2019	11	14	25
Celkem	67	70	**137**

Zdroj: autorka práce

Tabulka 2: Přehled výběru českých diskuzí podle roku

	Název diskuze	Počet vybraných příspěvků podle roku							Počet vybraných příspěvků celkem
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
diskuze eMimino	Downův syndrom - pozitivní screening	0	0	0	0	0	0	1	1
	Screening - zkušenosti	0	0	0	0	0	0	4	4
	NT - 1. screening ve 13+2tt	0	0	0	0	0	0	4	4
	1. trimestriální screening podezření na Downův syndrom	0	3	0	0	0	0	0	3
	Downův syndrom 1:290 máte to tu některá?	0	0	0	0	2	0	0	2
	Downův syndrom 1:680	0	0	0	0	6	0	0	6
	Riziko Downův syndrom	0	0	0	0	5	0	0	5
	Jak vysoké je riziko Downova syndromu?	0	0	0	3	7	5	0	15
	Volali z gynekologie, podezření na Downův syndrom	0	0	0	12	0	0	0	12
	Špatné krevní testy na 1. screeningu - Downův syndrom	0	2	2	0	0	0	0	4
	NT screening v šedé zóně, kombinovaný test negativní, jít na AMC?	0	0	0	0	0	2	0	2
	Bez 1. screeningu	2	0	0	0	0	0	0	2
	D.S. z 1. screeningu	0	0	0	0	0	0	2	2
	Prenatální testy	0	0	5	0	0	0	0	5
	Počet vybraných příspěvků celkem	2	5	7	15	20	7	11	**67**

Zdroj: autorka práce

Tabulka 3: Přehled výběru britských diskuzí podle roku

	Název diskuze	Počet vybraných příspěvků podle roku					Počet příspěvků celkem
		2014	2016	2017	2018	2019	
diskuze BabyCentre	Worse case... what to do...NIPT?	0	0	0	0	2	2
	1-51 chance of Downs	0	0	0	0	3	3
	Missed my first DS test	0	2	0	0	0	2
	1:5 chance after Nuchal test	0	5	0	0	0	5
	Screening for Down's syndrome	5	0	0	0	0	5
	Declining prenatal screening?	0	0	0	0	7	7
	1:116 risk of Down's syndrome :(	0	0	0	0	2	2
	High NT, NIPT clear, scans looking good. Choices	0	0	0	1	0	1
	Prenatal screening	0	0	0	1	0	1
	Anyone else declined screening tests?	0	0	0	11	0	11
	1 in 32 chance of Downs	0	0	2	0	0	2
	Screening for Down's, Edwards' & Patau's S	0	0	2	0	0	2
	Anyone else decline the screening	0	0	0	3	0	3
	Down syndrome screening I.	0	0	0	1	0	1
	Declining pregnancy screening.	0	0	0	5	0	5
	Anyone not having Down's syndrome screening?	0	0	0	3	0	3
	Down syndrome screening II.	0	0	0	3	0	3
	Down's syndrome screening	0	0	0	4	0	4
	Declining screening	0	4	0	0	0	4
	Declined nuchal?	0	1	0	0	0	1
	Downs screening	3	0	0	0	0	3
	Počet vybraných příspěvků celkem	8	12	4	32	14	**70**

Zdroj: autorka práce

Limity a úskalí

Jedním ze základních problémů vzorku je nedostatek sociodemografických informací o vybraných respondentech. Tyto údaje sice mohou být k dispozici na jednotlivých profilech uživatelek, nemusí být však pravdivé (Holtz *et al.*, 2012: 4). Dalším ze zásadních problémů je především nízká reprezentativa vzorku, jak zmiňují Holtz *et al.* (*ibid.*: 7). Úplně také chybí reflexe druhé strany, tedy názory lékařů a diskuze dalších aktérů, zasahující do problematiky prenatálního testování. Práce také nezahrnuje analýzu veřejně politických dokumentů, jako jsou například zdravotní zákony a normy klinik. Příspěvky žen můžou být také podrobeny určitému zkreslení.

9. Metody šetření a etika výzkumu

Ke každému výzkumnému cíli byla netradičně zvolená jiná metoda analýzy. Vzhledem ke komparativní povaze výzkumného cíle 1, tj. zjistit souvislost mezi dvěma základními proměnnými (země - přístup lékaře), byla použita kvantitativní metodologie. Limitem by mohla být velikost souboru a především jeho nerovnoměrné rozložení v jednotlivých letech a taktéž chybějící sociodemografické údaje. Jak však zmiňuje Punch (2008), povaha souboru při kvantitativním výzkumu nemusí být velká, naopak „*poznatky z malého šetření dovedně a pečlivě provedeného, mohou znamenat cenný věcný příspěvek*" (Punch, 2008: 36). Abychom dosáhli detailnějšího vhledu do problematiky, viz výzkumný cíl 2 týkající se doprovodných faktorů vstupujících do reflexe žen ohledně přístupu lékaře, byla zvolena metodologie kvalitativní. Studie je tak obohacena o detailnější analýzu textu a sledování reflexí rodiček z širší perspektivy.

Rozdíl mezi zeměmi: kontingenční tabulky

V prvním výzkumném cíli byla data po kódování zpracována ve statistickém programu SPSS. Aby bylo možné zjistit, zda existuje nějaký rozdíl mezi oběma zeměmi, co se týče popisu vztahu mezi lékařem a pacientkou, využila jsem kontingenční tabulky a statistiku chí-kvadrátu. Díky nim jsem mohla pozorovat vzájemnou závislost, a na základě statistické významnosti chí-kvadrátu zjistit, zda vztah existuje či ne. Pro zjištění síly vztahu těchto proměnných jsem využila koeficientu pro měření asociace. Vzhledem k nominalitě obou proměnných jsem pro změření vzájemné závislosti sledovala koeficient Cramerovo V, který je podle Mareše *et al.* (2015: 268) ideální pro nominální proměnné s více kategoriemi. Zkoumání vzájemné závislosti muselo předejít vytvoření hypotéz, které byly následně testovány. S výzkumným problémem práce se pojí následující hypotézy:

- H0: Mezi proměnnou vztah LP a země není závislost.
- HA: Mezi proměnnou vztah LP a země je závislost.

Hypotézy byly testovány na hladině významnosti 5 %.

Proces kódování: 1. výzkumný cíl

Aby bylo možno porovnat obsah textu, bylo třeba využít kodování (Hájek, 2014: 62; Hendl, Remr, 2017: 232). Problémy spojené s kódováním se týkají především možné subjektivity vykonavatele analýzy a nedostatku zkušeností. Pro práci bylo využito takzvané axiální kódování, při kterém bylo uvažováno, jak spolu jednotlivé zmínky v textu souvisí a cíleně byly hledané na sebe navazující koncepty (Hendl, 2008: 248). V prvním kroku byly v příspěvcích cíleně hledané typy vztahu mezi lékařem a pacientkou (tj. první výzkumný cíl). Tyto příspěvky byly rozřazovány do kategorií podle Stewartovy a Roterovy typologie, a to, podle toho, zda vykazovaly znaky partnerského vztahu (viz *Tabulka 4*), paternalistického vztahu (viz *Tabulka 5*), konzumentského vztahu (viz *Tabulka 6*) či byla popisován a nevýrazná interakce (viz *Tabulka 7*). V uvedených tabulkách lze sledovat kritéria pro určení typu vztahu s konkrétními příklady z reflexí. Ačkoliv byla pro kódování stanovena pravidla, vzhledem k možné subjektivitě jednoho kodéra a absence kodéra kontrolujícího, mohlo dojít k výrazné statistické chybě. Příspěvky byly navíc komplexního charakteru a v některém případě by bylo žádoucí zjistit více o kontextu dané zkušenosti. Přestože všechny vybrané příspěvky byly vybírány na základě zmínění zkušenosti rodiček s lékaři v rámci prenatálního testování, ne u všech příspěvků bylo možné přesně určit typ vztahu na základě již zmíněné typologie (chybějící informace k určení vztahu, pouze reflexe komunikace s lékařem). Počet příspěvků z našeho výběru, který toto zařazení umožňoval, a byl zařazen do první, kvantitativní části, výzkumu se rovnal 114, a to 57 příspěvků za Českou republiku a 57 příspěvků za Velkou Británii.

Proces kódování: 2. výzkumný cíl

Po bližším prozkoumání se objevila potřeba podrobit příspěvky podrobnějšímu šetření, které vedlo k následnému využití tematické analýzy. V kvalitativní části byly analyzovány všechny příspěvky (137), které byly původně vybrány. Příspěvky byly kódovány detailněji a byly rozděleny do pěti různých kategorií: komunikace, postoj k lékařům, osobní zkušenost, informovanost a NIPT (viz kódovník). Vztah mezi lékařem a pacientkou tedy z některých příspěvků nemusel být jasný, kvalitativní analýza ale pomohla objevit faktory, které zkušenost rodiček mohou ovlivnit, a následně i její rozhodnutí.

Práce tedy využívá smíšenou metodologii a kombinuje metodu kvantitativní a kvalitativní. Podle Hendla (2008: 60) míchání těchto přístup může být přínosný díky využití silných stránek obou způsobů, je tak možné získat větší komplexitu zjištění a na problém je tak nahlíženo z různých úhlů, což přispívá k objektivitě práce. Hlavní zjištění, která z analýzy vyplynula, jsou popsána v následujících kapitolách.

Tabulka 4: Postup při určování partnerského vztahu LP

Typ vztahu	Znak	Příklad z reflexí
PARTNERSKÝ VZTAH	popis příjemné zkušenosti, lékařovy empatie	„*…paní doktorka* ***super, sdílná, měla jsem pocit, že to se mnou prožívá****, i když je to pro ni denní chleba*" (uživatelka 3, ČR)
	pečlivost, dostatečná péče věnovaná pacientce	*„****paní doktorka tam byla opravdu hodně pečlivá, vše nám popisovala****, zpětně to beru jako krásný zážitek*" (uživatelka 52, ČR)
	nedirektivnost lékaře	*„Právě jsem se vrátila od svého doktora, a zatím je vše* ***v pořádku****, jen jsme* ***dostali domácí úkol, zeptat se sami sebe, jestli chceme prenatální screening nebo ne.****"* (uživatelka 99, VB, překlad vlastní) [3]
	podpora rozhodnutí pacientky, doprovázeno nedirektivní diskuzí ohledně testu	*„Moje porodní asistentka* ***podporovala moje rozhodnutí*** *a dala mi* ***vyrovnaný pohled*** *(na testování) z obou stran*" (uživatelka 106, VB, překlad vlastní)[4]

Zdroj: autorka práce

3 originální znění: "*Just back from my doctor and everything is fine so far, but we have homework to do and ask ourselves if we want prenatal screening or not*"
4 originální znění:"*My midwife was supportive of my decision and gave a balanced view of both sides*"

Tabulka 5: Postup při určování paternalistického vztahu LP

Typ vztahu	Znak	Příklad z reflexí
PATERNALISTICKÝ VZTAH	doporučování; objednávání na další lékařské procedury, vyvolávání strachu	*„…taky mě strašili tím, že by malej mohl mít Downa… Taky mě chtěli hnát na plodovku"* (uživatelka 13,ČR)
	neuspokojení potřeb pacientky	*„Já mám stejnou zkušenost s prvním těhotenstvím - gynekolog ze staré školy, který mi* ***vyvrátil potřebu absolvovat*** *prvotrimestrální screening na specializovaném pracovišti"* (uživatelka 54, ČR)
	nesouhlas s rozhodnutím pacientky a následné obviňování či přesvědčování	*„Včera jsem byla u porodní asistentky a* ***koukala se na mě jako blázna****, když jsem jí řekla, že jsem odmítla screening… stále vypadá* ***naštvaná****, že jsem testy nepodstoupila*" (uživatelka 139, VB, překlad vlastní) [5]
	tlak na pacientku	*„Ale stále cítím* ***tlak*** *ze strany doktora…"* (uživatelka 133, VB, překlad vlastní)[6]

Zdroj: autorka práce

Tabulka 6: Postup při určování konzumentského vztahu LP

Typ vztahu	**Znak**	**Příklad z reflexí**
KONZUMENSTKÝ VZTAH	poukaz na výdělek lékařů přímo ze strany pacientky	*„Ještě* ***nabízel nějaké testy za 12.000,-*** *což mi přijde k celkovému závěru screeningu zbytečné. Já si osobně myslím, že je prostě doporučí všem. Jen je na nich jestli půjdou nebo ne.* ***Určitě z nich mají i peníze****…"* (uživatelka 8, CR)
	vyhovění požadavků pacientky na základě finanční odměny - soukromé kliniky	*„…soukromý konzultant, se kterým jsme mluvili, si mohl ode mě* ***prostě mohl vzít £500 a nemusel nám vůbec poradit****, ale* ***přesto mi pomohll!****"(*uživatelka 83, VB, překlad vlastní)[7]
	nabízení placených testů	*„…porodní asistentka nám dala* ***letáček na soukromý krevní test,*** *který se jmenuje Harmony, je to NIPT"* (neinvazivní prenatální test) a stál by okolo £550" (uživatelka 87, VB, překlad vlastní)

Zdroj: autorka práce

5 (originální znění: "*I saw a midwife yesterday and she looked at me like I was mad when I said I'd refused the screening...she still seemed put out that I haven't had the tests*")
6 (originální znění: "*But I do feel a pressure from the doctor…*")
7 (originální znění: "*...the private consultant we spoke to who could easily have taken my £500 and didn't have to give the advice he did!*")

Tabulka 7: Postup při určování nevýrazné interakce LP

Typ vztahu	**Znak**	**Příklad z reflexí**
NEVÝRAZNÁ INTERAKCE	nedostatečná iniciativa ze strany lékaře	*„Mě nikdo nikam neposílal a nic nenabízel." (uživatelka 18, ČR)*
	pasivita lékaře a nedostatečná komunikace	*„..já taky v průběhu těhotenství změnila doktorku, protože ta první mi **nic neříkala**, vadilo mi to, byla jsem z toho **nervózní**"* (uživatelka 3, ČR)
	nedostatečné vysvětlení procedury ze strany lékaře	*„... **nikdo mi to** (pozn. test) **nevysvětlil** nebo skutečně nenabídl jinak než zaškrtnutím políčka 1 u druhé otázky"* [8] (uživatelka 94, VB)

Zdroj: autorka práce

Analytické zpracování výzkumu

Vzhledem k povaze výběrového souboru (malý výběrový soubor zatížen statistickou chybou, absence sociodemografických údajů) kvantitativní část zpracování dat slouží spíše jako přehled pro komparaci obou zemí v tom smyslu, jak ženy z obou zemí vnímají přístup lékařů v prenatálním testování, ale nelze je však zobecnit na celou populaci. Díky kvalitativní metodologii byly objeveny další faktory, které zkušenost s lékaři ovlivňují a je potřeba je zmiňovat v celém kontextu příspěvku.

Následující kapitola představí hlavní zjištění pomocí kvantitativní metodologie, vztahující se k mojí hypotéze. Další část bude věnována kvalitativní analýze jednotlivým fenoménům, které se v diskuzích objevovaly.

10. Vztah lékař – pacientka: výsledná zjištění kvantitativní části

Po podrobnějším sledování kontingenční tabulky (*Tabulka 8*), je možné zjistit, že se v příspěvcích objevuje jistý vzorec, tedy partnerský vztah a nevýrazná interakce se výrazněji projevuje u Velké Británie, paternalistický a konzumentský vztah vystupuje do popředí v České republice. Výraznější paternalismus by tak potvrzoval teorii Murgica *et*

8 (originální znění:"*...nobody explained it or really offered it more than a tick box 1 second question.*")

al. (2015), vyzdvihující možný vliv socialistické minulosti na vztah mezi pacientem a lékařem. Větší procento reflexe konzumentského vztahu může pramenit z nedostupnosti nového NIPT testu, který v Čechách není hrazen zdravotní pojišťovnou. Ženy tedy mají potřebu hledání jistoty výsledku a častěji se tak obrací na privátní kliniky, které za poplatek vyhoví jejich představám. Samotné rodičky ale v některých případech testování popisují jako byznys oproti tomu ve Velké Británii, kde je zavedení hrazení NIPT testu Národní zdravotní službou (NHS) ožehavé téma, se konzumentský vztah projevuje minimálně. Konzumerismus v Čechách v rámci porodnictví potvrzuje ale i Hrešanová (2008: 168) ve své etnografii.

Tabulka 8: Kontingenční tabulka ukazující četnost jednotlivých typů vztahu v ČR a VB

	Typ vztahu	Země		
		ČR	**VB**	**Celkem**
Vztah LP: celkový počet zmínění	Partnerský vztah	10	24	34
	Paternalistický vztah	26	16	42
	Konzumentský vztah	15	5	20
	Nevýrazná interakce	6	12	18
	Celkem	57	57	**114**

Zdroj: autorka práce, na základě výsledků z SPSS (viz Příloha 2)

Na základě testu chí-kvadrátu (viz *Tabuka 9*), lze vyvodit, že vztah mezi dvěma proměnnými, tedy země a vztah mezi lékařem a pacientkou existuje, a to na základě p-hodnoty 0,002, která je menší než určená hladina významnosti 0,05. Původní nulovou hypotézu je tedy možné zamítnout a přijmout alternativní, která říká, že mezi proměnnými vztah existuje. Navíc, jak je patrné z *Tabulky 10*, hodnota Cramerova V v tomto případě dosahuje hodnoty 0,364; značí tedy malou až střední závislost. Přestože je závislost signifikantní, vzhledem ke specifičnosti výběru, který probíhal pouze na online diskuzích, výsledek nelze vztahovat na celou populaci. Jedná se pouze o reflexi rodiček a chybí popis z druhé strany aktérů.

Tabulka 9: Chí-kvadrát test závislosti proměnných Vztah LP x země

		Hodnota	p-hodnota
Vztah LP x země	Chi-kvadrát	15,146	0,002
	Počet případů	114	

testováno na hladině významnosti 0,05

Zdroj: autorka práce, na základě výsledků z SPSS (viz Příloha 2)

Tabulka 10: Míra asociace proměnných Vztah LP x země

		Hodnota	signifikance
Vztah LP x země	Cramerovo V	0,364	0,002
	Počet případů	114	

testováno na hladině významnosti 0,05

Zdroj: autorka práce, na základě výsledků z SPSS (viz Příloha 2)

Do vztahu také nevstupují jiné proměnné, jako třeba vzdělání, socioekonomický status či věk, které by mohly závislost zmírnit či úplně vyrušit. Chyba také mohla nastat při přípravě a sběru dat, ačkoliv byl vybírán pečlivě, mohl být zatížen subjektivitou kodéra, navíc se jedná o vzorek velice malý. Vzhledem k různorodosti a komplexnosti příspěvků byl výzkum rozšířen o detailnější kvalitativní analýzu, poznatky z ní pramenící budou popsány v následujících kapitolách.

11. Doprovodné jevy u vztahu mezi lékařem a pacientkou: výsledná zjištění kvalitativní části

V příspěvcích o vztahu mezi pacientkou a lékařem do popředí vystupovala témata, která byla těžko zařaditelná do přímé typologie vztahu mezi pacientkou a lékařem. Nicméně do reflexe diskutérek výrazně vstupovala a ovlivnila tak samotnou reflexi LP. Proto byla analyzována zvlášť pomocí kvalitativní metodologie, nezávisle na typologii užité v kvantitativní části.

Jak už bylo zmíněno v kapitole 5, komunikace doprovázená porozuměním a empatií je ve vztahu LP zásadní (Janáčková, Weiss, 2008: 69). Původním záměrem bylo analyzovat popis komunikace detailněji, povaha příspěvků tuto možnost však neumožnila. Popisy komunikace byly často vynechávány a spíše kopírovaly či doprovázely popisovaný vztah. Nicméně téma, které se v příspěvcích často objevovalo, je s komunikací úzce spojené. Jedná se o informovanost rodiček. V zásadě se jednalo o několik různých nesrovnalostí.

Neúplnost a nesrozumitelnost podávaných informací

První fenomén, který se v příspěvcích objevoval, bych popsala jako neinformovanost a nedostatečné vysvětlení samotného prenatálního testu. Test buď vůbec nebyl nabídnut, nebo byl jen velmi spoře vysvětlen, nebo nebyl vysvětlen vůbec a přesto proveden. V některých případech by ženy test rády podstoupily, nebyly o něm však informovány, nebo jim informace o něm byly podány nesprávně či neúplně. Tento jev se projevoval výrazněji ve Velké Británii.

Některé ženy na základě zjištění více informací se přikláněly k příštímu odmítnutí testu:

„*…upřímně během posledního těhotenství z toho moje porodní asistentka nedělala velkou vědu, předpokládala, že na něj půjdu, a ani jsem nikdy nepřemýšlela o tom, že bych ho odmítla. Bylo to spíš jako ´tak, čeká vás NT test, ano´ než otázka a stejné to bylo i teďka. Takže upřímně, ani mě nenapadlo test odmítnout a teď přemýšlím o tom, jak moc jsem byla naivní! Zkoumala jsem to víc, a vím, že s dalším těhotenstvím bych test nepodstoupila*“ (uživatelka 124, VB, překlad vlastní)[9]

9 originální znění: „*But to be honest last pregnancy my midwife didn't really make a big deal of it, she just assumed I would get it and I never really thought of declining. It was more of a 'so you will be having the Nuchal test, yes' rather than a question and has been the same this time. So I can honestly say I haven't given any thought to declining the test and now I'm thinking how naive i have been! Having done more research now I know I will be testing with any future pregnancies*.“

Jiné naopak litovaly, že test nepodstoupily:

„*U mě to byla nevědomost, proto jsem ho v prvním těhotenství odmítla, nerozuměla jsem, o čem vlastně screening je… U druhého těhotenství jsem screening podstoupila, protože jsem byla více informovaná*“ (uživatelka 120, VB, překlad vlastní)[10]

„*…problém byl v tom, že jsem vlastně nebyla pořádně informovaná. Nikdo se mnou nemluvil o výhodách, jako je příprava na dítě s Downem…*“ (uživatelka 90, VB, překlad vlastní)[11]

„*…odmítla jsem screening, protože jsem byla naivní a myslela, že na tom nesejde. Dostala jsem jen stručný letáček o různých genetických poruchách, ale vůbec tam nebyl vysvětlený celý zákrok a místo toho, abych si toho vyhledala víc jsem si myslela, že bude test invazivní, který zahrnuje riziko potratu, takže jsem ho odmítla a porodní asistentky se na to už neptaly*[12]“ (uživatelka 121, VB, překlad vlastní)

Mezi uživatelkami se našly i takové, které neměly o screeningu tušení vůbec, nebo byla informace o něm upozaděna:

„*Nic takového mi doktor nenabídl. Pouze odběr plodovky*[13]*. Byla jsem i v nemocnici a tam doktor řekl to samé, řekl teda, že mužů na test z krve, což si zaplatím sama, cca 13.000,– a není to 100%, nebo odběr plodové vody, kde to je opravdu na 100%“* (uživatelka 64, ČR)

„*Moje nemocnice to sotva zmínila a vlastně ani neznám nikoho, kdo ho podstoupil. … U mě to bylo tak, že doktor četl seznam otázek a zaškrtával odpovědi, bylo to něco jako, kouříte, už jste byla těhotná, chcete genetické testy, měla jste v minulosti cukrovku atd.*

---

10 originální znění: *„It was ignorance for me, I declined in my first pregnancy because I didn't fully understand what the screening was about… I did have the screening in my second pregnancy as I was more informed.“*

11 originální znění: *„Thing is, I wasn't really informed. Nobody spoke to me about the benefits of preparing for a baby with Downs*“

12 originální znění:“ *I did decline the screenings because I was naive and didnt think it mattered. I was given a brief leaflet on the various genetic conditions but the leaflet didn't explain the procedure and instead of researching further I assumed the test would be invasive and involve a risk of miscarriage so I declined and the midwives never questioned it“*

13 odběr plodové vody

Nebylo to vysvětlené ani jsem nebyla do ničeho tlačená, ale bylo to monotónně přečtené" (uživatelka 134, VB, překlad vlastní)[14]

Rádce jménem internet

Absenci informací pak ženy u obou zemí nahrazovaly samotným hledáním na internetu, což potvrzuje i Reed ve své studii (2012: 21). Na rozdíl ale od jejího výzkumu, kdy ženy hledaly informace dlouho před tím, než k samotnému testu mělo dojít, se v analyzovaných příspěvcích objevovaly spíše situace, kdy se ženy k hledání informací na internetu uchýlily z důvodu nejistoty nebo nedostatku informací sdělených lékařem. Jednou z motivací hledání bylo nalezení podobných hodnot testu:

„*Byla jsem na NT scanu minulou středu a naměřili mi 2.7 (což není tak vysoké číslo a vím, že je to pod 3.5) ale moje sonografka mi řekla, že je to víc než by se jí líbilo, takže samozřejmě, přišla jsem domů a googlovala jsem a stovky lidí, co měli NT hodnoty 2.7, vyšla pravděpodobnost kolem 1 ku 85 atd. Mně bylo spočítáno 1 ku 77*" (uživatelka 72, VB, překlad vlastní).[15]

Jiné ženy hledaly informace o samotném testu, protože jim nebyl přiblížen:

„*Já byla u obou bez screeningu, u dcery se to nestihlo - dr. mi to ani nenabídla a já se toho dopídila po netu*" (uživatelka 62, ČR)

Uživatelky také uváděly negativní pocity s hledáním spojené, pramenící z nejistoty a nejasností:

„*…no ano na základě těch testů mě vyděsili a já s tím souhlasila, uvidím ve čtvrtek, co mi ještě řekne moje doktorka… Je mi teprve necelých 22 let, a tak asi doktoři vsázeli na to,*

---

14 originální znění: „*My hospital barely mentioned it and I don't know anyone who has had it. …With me the doctor was reading out a list of questions and ticking answers, it went along the lines of do you smoke, have you had any previous pregnancies, do you want genetic screening, do you have a history of diabetes etc. It wasn't explained or pushed and was read out in a monotone*"

15 originální znění: „*I had my NT scan last Wednesday and had a measurement of 2.7 (which I know is not quite as high and I know is under 3.5 but my sonographer told me it was higher than she would like, so obviously I came home and googled and hundreds of people with an NT measurement of 2.7 came back with like 1 in 85 odds etc. And the calculator for me said 1 in 77*"

že jsem neinformovaná no… Uvidím, co mi řekne moje gynekoložka, ale jsem z toho tak vyplašená, že hledám informace, kde se dá…“ (uživatelka 24, ČR)

„*Ahoj řešila jsem to nedávno. vyšly mi testy 1:200 a poslali mě na odběr choriových klků – biopsie placenty. nikdo mi nic nevysvětlil! ... do 4 do rána jsem hledala s brekem informace, jak postupovat jinak, a našla jsem jiné centrum dělající u nás screening a nechala jsem si udělat znovu podrobný ultrazvuk, krev.*“ (uživatelka 11, ČR)

„*…googlovala jsem o tom tolik, že můj mozek brzo exploduje*“ (uživatelka 71, VB, překlad vlastní)[16]

Co ta čísla znamenají?

Dalším jevem, který se objevoval ve fórech u obou zemí, byly nejasnosti ohledně interpretace výsledků, tedy pravděpodobnosti výskytu Downova syndromu. Jak zmiňuje Honzák (in Ptáček, Bartůněk *et al.*, 2015: 158) lékařské výrazy je třeba přeformulovat do takového jazyka, kterému pacient bez problému porozumí. Takovýto způsob podání informací se však v příspěvcích neobjevuje. Překvapující bylo sdílení přesných výsledků, výčtů tabulek pravděpodobností ze screeningového vyšetření s prosbou o radu, interpretaci a vysvětlení. Takové příspěvky se objevily na fórech jak v České republice, tak ve Velké Británie:

„*Vůbec jsem nerozuměla těm procentům, co mi dala*“ (uživatelka 85, VB)[17]

„*Screening v prvním trimestru mi vyšel dobře, riziko na Downa bylo 1:16376. Ovšem po triple testu mám hodnoty na NTD 1:3500 a u Downa 1:300 v termínu, načež pod tím mám v poznámce, že riziko na Down je očekávané pouze vzhledem k mému věku a to 1:1200. Je mi 27. Na triplu mi vyšlo akorát zvýšené hcg 2,7 MoM. Pozvali si mě na genetiku. Já ale teď netuším, jak se v těch výsledcích vyznat a čemu věřit*“ (uživatelka 37, ČR)

„*…mně jde ze všech těch vyšetření hlava kolem.. úplně první screening byl v pořádku, ten další už ne a navíc ten Down.. to je fakt hrozný, člověk aby měl na všechno snad školu, aby se v tom orientoval!“* (uživatelka 49, ČR)

16 originální znění: *I've Googled so much my brain is about to explode…*
17 originální znění*: „I really didn't understand the percentages she was giving me“*

„*Riziko na Downa 1:940 upravené 1:67 moc tomu nerozumím a pan doktor nevysvětlil*“ (uživatelka 39, ČR)

Není lékař jako lékař

Zajímavým poznatkem je také zmínění odlišnosti přístupů u jednotlivých lékařů. Podle některých diskutujících žen nelze přístup lékařů zobecňovat. To se odvíjelo od rozdílných zkušeností rodiček s jednotlivými lékaři. Typy takovýchto příspěvků se objevovaly ve valné většině na českých fórech (ve 14 případech), ve Velké Británii pouze jednou:

„*Navíc mi pak ta doktorka řekla, že když to bude měřit jiný doktor tak může naměřit odlišné hodnoty. Tak to podle mě znamená, že co doktor to jiný výsledek.*“ (uživatelka 13, ČR)

„*…naštěstí sem tam narazila na super doktora, ale ne všichni jsou tam fajn no,….*“ (uživatelka 4, ČR)

„*Po těch letech lítání po doktorech vím, že co doktor to názor a rozhodně se nedá dát na jeden výsledek.*“ (uživatelka 60, ČR)

12. Přehled hlavních zjištění a doporučení

Ačkoliv se podle kvantitativní části výzkumu nalezl vztah mezi zemí a přístupem lékařů v oblasti prenatálního testování, je potřeba myslet na limity použitého vzorku. diskuzí. Je zřejmé, že vztah nemusí být zřetelný v celé populaci, jednalo se pouze o reflexe rodiček, které byly vybírané úsudkem. Kvantitativní metodologie nicméně umožnila vytvořit přehled převládajících typů vztahů LP ve vybraných diskuzích a poskytla určitý rámec pro následnou detailnější analýzu. Propojení obou metod pomohlo nalézt souvislosti, což by samotná kvantitativní metodologie neumožnila.

Na základě kvalitativní analýzy bylo objeveno několik stěžejních zjištění, které částečně kopírují výsledky již provedených výzkumů. Pokud porovnáme nalezené faktory s hlavními problémy prenatálního testování se studií Kent (2000), nalezneme průnik především v oblasti komunikace s lékaři a podávanými informacemi. Výrazným fenoménem v obou zemích je sdílení obdržených čísel a neporozumění výsledkům testu.

Tento jev nemusí nutně souviset s tím, jestli je lékař milý a příjemný (tedy se vztahem mezi lékařem a pacientkou), ale zda je se svými pacientkami schopen jednat tak, aby si obě dvě strany vzájemně porozuměly a byly si rovny. Podání výsledků může být lékařem bagatelizováno, tedy to, co lékaři přijde snadnéa jasné, se snadně a jednoduše nemusí jevit pacientce. Pacientka je obecně uvedena do slabší, zranitelnější pozice, těhotná žena je však zatížená nejen obavami o sebe samou, ale také o své nenarozené dítě. O to víc by mělo být ověřeno, zda žena informacím porozuměla správně a ví, jak si je má vyložit. Je však vina pouze na straně lékaře? Nebo ženy zpětně nedokážou informaci zpracovat či ji předat dál? V rámci prohloubení poznatků by bylo na místě zmapovat interpretaci výsledků testu lékaři, a zapojit do analýzy oba dva aktéry, tedy jak lékaře, tak rodičky.

Dalším problémem, který taktéž zmiňuje Kent (2000), ale i Bruggen (2018), a který se rovněž promítl v tomto výzkumu, je obecná neinformovanost ohledně testování, a to buď nepřesné podání informace o testu, nebo informace žádné, což byl případ především Spojeného království. Jak už jsem zmiňovala v části teoretické, v Čechách je prenatální screening považován spíše za rutinní záležitost, neinformovanost o existenci testu ze strany českých žen byl tedy spíše výjimkou, otázkou je, zda právě kvůli zevšednění testu nejsou informace zkreslené či neúplné, tj. ženy nevědí o možnosti volby, nevědí, že test není povinný. Na druhou stranu ve Velké Británii je otázka vlastního rozhodnutí ženám jasná, mnohdy však neví, v čem vlastě onu volbu mají, tj. že nějaký test existuje. V oblasti nedostatečné informovanosti se nám tedy profilují dva problémy, pro každou zemi jiný.

Otázkou zůstává, o jaké ženy, které příspěvky psaly, se jednalo. Chybí nám údaje o vzdělání, o hodnotových přesvědčeních žen, které můžou postoj či zkušenost výrazně ovlivnit. Vliv těchto faktorů na preference rodiček a jejich přístup k prenatální péči popisuje i Hrešanová (in Kotková, 2011: 14). Pokud je žena například rozhodnuta si dítě ponechat za každé situace, je pro ni testování z jejího pohledu zcela zbytečné. Problém je spojen i s etickým hlediskem, tedy, zda je vůbec morální test provádět, a jestli celé testování nehraničí s eugenickými postupy, tj. výběru jen těch nejschopnějších a nejlepších jedinců. V celé problematice je však na základě zjištění, a také mého názoru, nejpodstatnější informovanost rodiček ohledně celé procedury. V momentě, kdy žena správně porozumí jak svým možnostem, tak celé proceduře a eventuálně i výsledkům

testu, možná nedorozumění, následná unáhlená rozhodnutí, stres či nejistota by mohly být výrazně zmírněny.

Závěrečné shrnutí

Tato práce potvrzuje souvislost mezi přístupem lékaře k pacientce v oblasti prenatálního testování a zemí, kde interakce probíhá. Konkrétně objevuje zřetelnější paternalismus a konzumerismus v České republice, a nevýraznou interakci a partnerský vztah ve Velké Británii. Je však nutné brát v úvahu velikost a původ vzorku, tvrzení tedy nelze zobecňovat, což potvrzuje i detailnější analýza reflexí, která poukazuje na různorodé zkušenosti s lékaři v Čechách, ale také na rozdílné preference a hodnoty žen, které mohou vnímání vztahu zásadně ovlivnit, a to jak ve Velké Británii, tak v České republice. Kvalitativní analýza výzkum doplňuje a ukazuje v zásadě dva nejdůležitější problémy v interakci LP: nejasnou interpretaci výsledků a nedostatečnou informovanost. Zjištěné poznatky lze využít především jako inspiraci k bližšímu probádání podávaných informací ohledně prenatálního testování rodičkám, ať už ze strany lékaře, tak z různých zdrojů ženám dostupných, či v analýze preferencí varianty testu pro DS v České republice.

Summary

This paper confirms the link between doctor-patient relationship type in prenatal testing and the country where the interaction takes place. It particularly shows paternalism and consumerism in the Czechia, and default and mutuality relationship in the United Kingdom. However, it is necessary to consider a size of the sample and its selection, the results cannot be generalized, which is confirmed by a more detailed analysis of posts, which shows various experiences with doctors in the Czech Republic, but also women´s various preferences and values which can influence the perception of the relationship in both countries. Qualitative analysis expands the research and shows two key issues in the doctor-patient interaction: unclear interpretation of test results and lack of awareness. The findings can be primarily used as an inspiration for a further research of the information given on prenatal testing to women, whether from the physician's point of view or from various sources to women available or it can be used as a first step for the analysis of preferences of the test in the Czech Republic.

Použitá literatura

AHMED, S., BRYANT, L. and HEWISON, J., 2007. 'Balance' is in the eye of the beholder: providing information to support informed choices in antenatal screening via Antenatal Screening Web Resource. *Health Expectations*, 10(4), pp.309-320.

BRINK-MUINEN, A., VERHAAK, P., BENSING, J., BAHRS, O., DEVEUGELE, M., GASK, L., LEIVA, F., MEAD, N., MESSERLI, V., OPPIZZI, L., PELTENBURG, M. and PEREZ, A, 2000. Doctor–patient communication in different European health care systems:. *Patient Education and Counseling*, 39(1), pp.115-127.

BRUGGEN, M., HENNEMAN, L. and TIMMERMANS, D., 2018. Women's decision making regarding prenatal screening for fetal aneuploidy: A qualitative comparison between 2003 and 2016. *Midwifery*, 64, pp.93-100.

CRABTREE BURTON, E. and LUCIANI, R, 2012. Prenatal tests and ultrasound. Oxford: Oxford University Press.

DIMAIO, M., FOX, J. and MAHONEY, M. 2010. Prenatal diagnosis. Chichester: Wiley-Blackwell.

DOLEŽAL, Tomáš, 2011. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*,roč.1,č.1

DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 978-80-7330-214-6.

HÁJEK, Martin, 2014. *Čtenář a stroj: vybrané metody sociálněvědní analýzy textů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-161-9.

HALL, S., CHITTY, L., DORMANDY, E., HOLLYWOOD, A., WILDSCHUT, H., FORTUNY, A., MASTURZO, B., ŠANTAVÝ, J., KABRA, M., Ma, R. and MARTEAU, T, 2007. Undergoing prenatal screening for Down's syndrome: presentation of choice and information in Europe and Asia. *European Journal of Human Genetics*, 15(5), str. 563-569.

HARPER, J, 2009. *Preimplantation genetic diagnosis*. Cambridge [U.K.]: Cambridge University Press.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd.Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HILL, M., JOHNSON, J. A., LANGLOIS, S., LEE, H., WINSOR, S., DINELEY, B., CHITTY, L. S, 2016. Preferences for prenatal tests for Down syndrome: aninternational comparison of the views of pregnant women and health professionals. *European Journal of Human Genetics*, *24*(7), 968-975. https://doi.org/10.1038/ejhg.2015.249

HOLTZ, P., KRONBERGER, N., & WAGNER, W, 2012. Analyzing internet forums: A practical guide.Journal of Media Psychology, 24(2), 55-66. doi: 10.1027/1864-1105/a000062

HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.

HREŠANOVÁ, Ema, 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. V Plzni: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-7043-749-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN isbn978-80-7367-477-9.

KENT, Julie, 2000. *Social perspectives on pregnancy and childbirth for midwives, nurses and the caring professions*. Philadelphia: Open University Press. ISBN 0335199119.

KOTKOVÁ, Anna, ed., 2011. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies. ISBN 978-80-86520-38-4.

KOZINETS, R., 2010. *Netnography*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.

LAGAN, Briege & SINCLAIR, Marlene & KERNOHAN, Wgeorge, 2012. What Is the Impact of the Internet on Decision Making in Pregnancy? A Global Study. *Obstetric Anesthesia Digest*. 32. 211-212. 10.1097/01.aoa.0000422689.35910.77.

LOUCKÝ, Jaroslav, Drahomíra SPRINGER a Ivan ŠUBRT, 2015. Doporučení o laboratorním screeningu vrozených vývojových vad v prvním a druhém trimestru těhotenství. *Klin. Biochem. Metab*. 23(44), 27-30.

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP, 2015. *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6362-4.

MURGIC, L., HÉBERT, P., SOVIC, S. and PAVLEKOVIC, G., 2015. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Medical Ethics*, 16(1).

PARENS, E. and ASCH, A., 2000. Prenatal testing and disability rights. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

PILNICK, A., 2008. 'It's something for you both to think about': choice and decision making in nuchal translucency screening for Down's syndrome. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), pp.511-530.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

PUNCH, Keith, 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.

REED, Kate, 2012. *Gender and genetics: sociology of the prenatal*. New York: Routledge. Genetics and society. ISBN 9780203870020.

SHAJPAL, A. and SIDDIQUI, F., 2017. Screening for Down syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(11), pp.333-337.

SNUSTAD, D. Peter a Michael J. SIMMONS, RELICHOVÁ, Jiřina, ed. *Genetika*. Druhé, aktualizované vydání. 2017. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8613-5.

SPRINGER, Drahomíra, Jaroslav LOUCKÝ a Tomáš ZIMA, 2015. Screening Downova syndromu a jeho další perspektivy. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá Fronta, 2015 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/screening-downova-syndromu-a-jeho-dalsi-perspektivy-478285

ŠUBRT, Jiří, 2006. ed. *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1239-9.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.

Today (2019) BBC Radio 4, 08/02/2019 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.bbc.co.uk/programmes/m0002cmd

WALD, N. and LECK, I., 2005. *Antenatal and neonatal screening*. Oxford: Oxford

University Press.

WIGGINTON, B., GARTNER, C. and ROWLANDS, I., 2017. Is It Safe to Vape? Analyzing Online Forums Discussing E-Cigarette Use during Pregnancy. *Women's Health Issues*, 27(1), pp.93-99.

WILLIAMS, C., ALDERSON, P. and FARSIDES, B., 2002. Is nondirectiveness possible within the context of antenatal screening and testing?. *Social Science & Medicine*, 54(3), pp.339-347.

YAU, A. and ZAYTS, O., 2014. 'I don't want to see my children suffer after birth': the 'risk of knowing' talk and decision-making in prenatal screening for Down's syndrome in Hong Kong. *Health, Risk & Society*, 16(3), pp.259-276.

Your NHS pregnancy journey, *NHS* [online]. 10/10/2018 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/nhs-pregnancy-journey/

TEZE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

PRENATÁLNÍ TESTOVÁNÍ NA DOWNŮV SYNDROM: ANALÝZA MATEŘSKÝCH ONLINE FÓR

PRENATAL TESTING FOR DOWN'S SYNDROME: ONLINE MATERNITY FORUM ANALYSIS

KLÍČOVÁ SLOVA: prenatální testování, rozhodování, online analýza, mateřství, těhotenství, Downův syndrom

KEY WORDS: prenatal screening, decision-making, online analysis, maternity, pregnancy, Down's syndrome

STUDENT: Kristýna Kacafírková

KONZULTANTKA: Mgr. Romana Marková Volejníčková

Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Ve své práci bych se ráda zaměřila na rozhodování žen o prenatálním testování na Downův syndrom. Díky podstoupení neinvazivního testu v prvním trimestru žena získá informaci o pravděpodobnosti výskytu Downova syndromu. Tato informace může budoucí matku uklidnit, ale také připravit na možnost, že riziko výskytu Downova syndromu je vysoké. Navíc, pokud neinvazivní screening potvrdí zvýšené riziko výskytu Downova syndromu, je ženě nabídnutá metoda invazivní, která s sebou nese riziko potratu. Prenatální screening tak může být spojen se stresem a neschopností se rozhodnout. Vychovávat dítě s Downovým syndromem může být psychicky náročné a žena je tak postavená před těžké rozhodnutí. Je zde také určité riziko, že přes diagnózu, může být dítě zdravé a bez postižení. Změní to její postoj ohledně těhotenství? Je na místě těhotenství ukončit? Jakou roli má v procesu rozhodování otec? Test je sice prováděn na ženě, každopádně dítě je obou dvou.

V České republice jsou ženy k podstoupení vyšetření více vybízeny a zdůrazňují se jeho pozitivní stránky, nicméně ve Velké Británie se klade důraz na vlastní rozhodnutí a důležitosti promyšlení volby (Hall *et al.*, 2007). V Čechách navíc screening není hrazen zdravotní pojišťovnou, přičemž ve Velké Británii je screening poskytován zdarma, což může být další rozhodující faktor.

V procesu rozhodování kromě rad lékařů hraje také roli sdílení dosavadních zkušeností mezi těhotnými matkami. Tyto zkušenosti matky rády sdílí na online fórech, kde dochází k pocitu sounáležitosti, porozumění s ostatními matkami procházející stejnou či obdobnou situací. Ženy si navzájem sdělují své postoje k problematice a dávají si vzájemné doporučení. Často zmiňují, co se dozvěděly od svých lékařů, co se kde dočetly a jak se samy rozhodly. Díky analýze těchto příspěvků můžeme odhalit, zda se převládající názor lékařů ohledně prvotrimestriálního prenatálního testování v konkrétní zemi promítá do postojů žen v dané zemi, a tedy zda se staví proti či pro prenatální testování, zda považují názor svého partnera za důležitý či jak řešily případný rozdílný postoj ke screeningu a zda jejich rozhodnutí ovlivnila cena testu.

Cíle bakalářské práce

Hlavní náplní práce je zjistit, jaký postoj k prenatálnímu testování vyjadřují matky na nejvíce navštěvovanějších českých a britských mateřských fórech. Cílem práce je analyzovat, jak vypadají argumenty v daných zemích a jak se liší, zda se v příspěvcích promítá lékař jako autorita, zda zmiňují otázku financí a jestli bylo jejich rozhodnutí učiněno společně s partnerem či bylo provázeno neschopností se dohodnout.

Teoretická východiska

Teoretická část práce vychází především z publikace Kate Reed *Gender and genetics: sociology of the prenatal*, zabývající se prenatálním screeningem ze sociologického hlediska. Mimo jiné, budu čerpat z několika předchozích analýz týkajících se stejné tématiky, jako je například analýza narativních rozhovorů těhotných žen v práci Jaroslavy Marhánkové Hasmanové. Samotná metoda výzkumu bude podpořena teorií na základě knihy *Netnography: doing ethnographic research online* od Roberta V. Kozinetsa.

Metody a zdroje dat

Jako výzkumnou metodu pro svou bakalářskou práci bych ráda použila metodu kvalitativního výzkumu, a to netnografiii (online etnografii), spočívající v „pozorování" určité online komunity, v tomto případě těhotných žen a obsahové analýze jednotlivých webových příspěvků týkající se dané problematiky. Pro výzkum budou použity nejnavštěvovanější weby určené pro těhotné ženy na základě žebříčku marketingového výzkumu Alexa.com.

Předpokládaná struktura bakalářské práce

Úvodní teoretická část práce se bude soustředit na prenatální testování samotné. Jakým způsobem probíhá, jaké informace jsou matkám podávány a které etické problémy jsou s tématem spojeny. Nejprve se zaměřím na informace, které jsou k dispozici na internetových stránkách a převládající postoj lékařů k prenatálnímu testování na Downův syndrom. Další část naváže informacemi o převládajících postojích britských lékařů a dostup pných informací na internetu pro nastávající matky. Po úvodní teoretické části práce, která se bude zabývat předmětem a metodologií výzkumu, bude práce pokračovat částí praktickou, která obsahuje podrobnou analýzu příspěvků a následné vyhodnocení. Online příspěvky na internetových diskuzí jsou veřejné a volně dostupné veřejnosti, přesto bude zachována anonymita uživatelek použitím pseudonymů. Pro analýzu budou

použity příspěvky z nejnavštěvovanějšího serveru pro těhotné ženy v České republice a z nejnavštěvovanějšího serveru pro těhotné ženy ve Velké Británii (na základě marketingového výzkumu Alexa.com) staré maximálně dva roky (2016–2018) týkající se přímo prenatálního testování na Downův syndrom. Jednotlivé příspěvky budou rozřazené do kategorií podle toho, zda žena podstoupila neinvazivní prenatální screening, zda (také) podstoupila invazivní metodu prenatálního screeningu a zda zmiňuje, jak by se zachovala v případě pozitivního výsledku testu. Dále budou sledovány tři hlavní podtémata problematiky, a to zmiňování lékaře jako autority v procesu rozhodování, zmiňování financí jako jednu z rozhodujících faktorů a úloha otců při rozhodnutí

Základní literatura k tématu

AHMED, S., BRYANT, L. and HEWISON, J. (2007). 'Balance' is in the eye of the beholder: providing information to support informed choices in antenatal screening via Antenatal Screening Web Resource. *Health Expectations*, 10(4), pp. 309-320.

BERLINER, Janice L. *Ethical dilemmas in genetics and genetic counseling: principles through case scenarios*. Oxford: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-994489-7.

DAVIS, Dena S. *Genetic dilemmas: reproductive technology, parental choices, and children's futures*. 2nd ed. Oxford: Oxford university press, 2010. ISBN 978-0-19-537438-4.

HALL, S., CHITTY, L., DORMANDY, E., HOLLYWOOD, A., WILDSCHUT, H., FORTUNY, A., MASTURZO, B., ŠANTAVÝ, J., KABRA, M., MA, R. and MARTEAU, T. (2007). Undergoing prenatal screening for Down's syndrome: presentation of choice and information in Europe and Asia. *European Journal of Human Genetics*, 15(5), pp.563-569.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklady prenatálních screeningů. *Biograf*. 2008, 19-49. ISSN 1211-5770.

KOZINETS, Robert V. *Netnography: doing ethnographic research online*. Los Angeles: SAGE, 2010. ISBN 9781848606456.

REED, Kate. *Gender and genetics: sociology of the prenatal*. London: New York, 2012. Genetics and society. ISBN 978-1-138-82289-4.

YAU, A. and ZAYTS, O. (2014). 'I don't want to see my children suffer after birth': the 'risk of knowing' talk and decision-making in prenatal screening for Down's syndrome in Hong Kong. *Health, Risk & Society*, 16 (3), pp. 259-276

Seznam tabulek

Tab. 1: Přehled počtu příspěvků v ČR a VB podle roku

Tab. 2: Přehled výběru českých diskuzí podle roku

Tab. 3: Přehled výběru britských diskuzí podle roku

Tab. 4: Postup při určování partnerského vztahu LP

Tab. 5: Postup při určování paternalistického vztahu LP

Tab. 6: Postup při určování konzumentského vztahu LP

Tab. 7: Postup při určování nevýrazné interakce LP

Tab. 8: Kontingenční tabulka ukazující četnost jednotlivých typů vztahu v ČR a VB

Tab. 9: Chí-kvadrát test závislosti proměnných Vztah LP x země

Tab. 10: Míra asociace proměnných Vztah LP x země

Seznam schémat

Schéma 1: Možnosti při zvýšeném riziku výskytu DS na základě neinvazivního testu

Seznam grafů

Graf 1: Porovnání preferencí typu testu napříč zeměmi

Seznam příloh

Příloha 1: Kódovník použitý při kvalitativní analýze

Příloha 2: Původní výstupy z SPSS

Přílohy

Příloha 1: Kódovník použitý při kvalitativní analýze

KATEGORIE	KÓD	VÝZNAM
KAT2 = KOMUNIKACE	201	příjemná komunikace s lékařem
	202	nepříjemné jednání ze strany lékařů
	203	vysvětlení hodnot/testu
	204	nedostatečné vysvětlení okolností, a z toho plynoucí nejasnosti
	205	upozornění na možné falešné výsledky
	206	překvapení lékaře nad odmítnutím testu
KAT3 = ZKUŠENOST/POSTOJ K LÉKAŘŮM	301	přístup se liší lékař od lékaře
	302	lékař - odborník
	303	změna lékaře na základě špatných zkušeností
	304	důvěra v postupy lékaře ("nechám si poradit")
	305	rozhodnutí je na ženě
KAT4 = OSOBNÍ ZKUŠENOST	401	nepříjemné pocity spojené s testováním
	402	falešné výsledky prvotrimestrálního testu
	403	doporučování testů lékaři
	404	uklidnění díky testu/získání jistoty
KAT5 = INFORMOVANOST	501	hledání informací
	502	neporozumění výsledkům - nedostatečné vysvětlení
	503	potřeba větší informovanosti
	504	neporozumění samotnému testu
KAT6 = NIPT	601	přednost NIPT před invazivním testováním
	602	podstoupení testu
	603	finanční náročnost

Příloha 2: Původní výstupy z SPSS

vztah * země Crosstabulation

Count

		země		Total
		CZ	VB	
vztah	partnerský vztah	10	24	34
	paternalistický vztah	26	16	42
	konzumentský vztah	15	5	20
	nevýrazná interakce	6	12	18
Total		57	57	114

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,146[a]	3	,002
Likelihood Ratio	15,615	3	,001
Linear-by-Linear Association	1,172	1	,279
N of Valid Cases	114		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,364	,002
	Cramer's V	,364	,002
N of Valid Cases		114	