

---

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Komunikace v asymetrickém vztahu zdravotníka a pacienta

The dynamics of asymmetry in healthcare communication

Veronika Francová

Školitel: PhDr. Miroslav Rendl, CSc.

Studijní  
program: Psychologie

Studijní obor: Pedagogická psychologie

2018

---

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Komunikace v asymetrickém vztahu zdravotníka a pacienta vypracovala pod vedením školitele samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 10. 2018

.....

---

Děkuji školiteli PhDr. Miroslavu Rendlovi, CSc. za vytrvalou podporu a pomoc při realizaci výzkumu i při psaní práce. Děkuji všem, kdo ochotně hlídali mé děti, které se v průběhu realizace projektu narodily.

---

## Abstrakt

Kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem je jedním z klíčových faktorů, které určují spolupráci pacienta na léčbě a s ní spojenou úspěšnost terapie; proto je komunikace důležitým a široce diskutovaným problémem naší zdravotní péče. Mezi pacientem a zdravotníkem je vztah asymetrické povahy, založený na odlišnosti pozic, v procesu léčby. To má vliv na podobu komunikace a její průběh. V našem výzkumu se zaměřujeme na patientskou zkušenost s hospitalizací a na reflexi zdravotnické komunikace z perspektivy pacientů. Naším cílem je prozkoumat povahu asymetrie v komunikaci a identifikovat oblasti, v nichž se odehrává vyjednávání o povaze vztahu. Výzkum je založen na kvalitativní analýze šestnácti rozhovorů s respondenty, kteří mají zkušenost s hospitalizací. Analýza se zaměřila na popisy komunikačních situací a na prožívání pacienta. Potvrdili jsme, že ve vztahu zdravotníka a pacienta je přítomná apriorní asymetrie, která může být za určitých okolností funkčním základem léčby. Povaha každého konkrétního vztahu se však v praxi dále vyvíjí; asymetrie se může dále zesilovat nebo zeslabovat. Vyjednávání o povaze vztahu mezi zúčastněnými probíhá v těchto čtyřech oblastech: (1) informace (jejich poskytnutí či neposkytnutí), (2) režim nemocničního oddělení, (3) umístění člověka v prostoru nemocnice a (4) zacházení s jeho tělem. Neméně podstatný je vztahový rozměr komunikace: pacientova sebe-definice může být buď potvrzena, odmítnuta nebo znehodnocena; rozhodujícím faktorem je, zda zdravotník reflektuje perspektivu pacienta a zda je schopen přizpůsobit tomu své chování. Hospitalizace se současně může stát impulzem k reflexi vlastní identity jedince. Znalost skutečných příběhů jednotlivých pacientů umožňuje hlouběji a detailněji porozumět různým stránkám komunikace ve zdravotnictví a může se stát východiskem pro výuku komunikace (budoucích) profesionálů.

## Klíčová slova:

Komunikace, zdravotnictví, asymetrický vztah, lékař, sestra, zdravotník, pacient, nemocnice jako instituce.

---

## **Abstract**

The communication between patient and healthcare professional is one of the keys to patients' treatment adherence and to successful therapy; hence communication is a relevant and widely discussed issue of our healthcare. The relationship between a patient and a health worker is rather asymmetric, which affects the course of their communication. This asymmetry is based on the patient made weak (helpless) by illness whereas the expert/physician is in the position to prescribe treatment with the health staff administering such treatment. The aim of the study is to explore the extent of asymmetry in Czech hospitals, the situations where it is most pronounced and the changing structure of asymmetry as seen from the patients' point of view. We conducted a qualitative analysis of 16 interviews with respondents who have experienced hospitalization. The analysis focuses on the psychological level of communication and on the dynamic process in which the asymmetry is being negotiated. We have proved that there is an a priori asymmetry in the relationship, which, under certain circumstances, is effective for the treatment. The asymmetry is being continually negotiated throughout the communication as it fluctuates within four areas: (1) providing information, (2) rules and practices of the hospital, (3) closing the person in hospital room and (4) the way the person's body is treated. Interpersonal dynamics has the same importance for the nature of asymmetry: the patient's self-definition can be either confirmed, rejected or disconfirmed; the decisive factor is whether the health worker is able to reflect the patient's personal perspective, or not. Hospitalization can also be an impulse to reflect or redefine a person's identity. Knowing patients' experience can provide insight into asymmetric relations in healthcare, so it can become the basis for teaching healthcare professionals.

## **Keywords:**

Communication, healthcare, asymmetric relationship, doctor, nurse, health worker, patient, hospital as institution.

---

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>Teoretické zakotvení výzkumu</b> .....	<b>8</b>
Vztah lékaře a pacienta: historický vývoj a výzkum .....	8
Psychologie lidské komunikace .....	15
Sociální role a její funkce v komunikaci .....	18
Osobnost pacienta ve zdravotnické komunikaci .....	20
Člověk v instituci .....	23
Epistemologická východiska .....	27
Etnografický přístup ke zkoumanému tématu .....	27
Symbolický interakcionismus a interpretativní sociologie .....	27
Etnografie .....	28
Narativní přístup .....	29
Daseinsanalýza .....	30
<b>Vymezení tématu, cíle a výzkumné otázky</b> .....	<b>33</b>
Oblast zkoumání .....	33
Pojmy .....	33
Východiska .....	34
Cíle a výzkumné otázky .....	34
<b>Výzkumný vzorek, metody a etické aspekty</b> .....	<b>35</b>
Sběr dat a výzkumný vzorek .....	35
Etické aspekty výzkumu .....	36
Výzkumný postup a použité metody .....	37
<b>Prezentace dat</b> .....	<b>42</b>
PRVNÍ KAPITOLA: Apriorní asymetrie .....	44
Nemoc jako oslabení .....	44
Pacientem v nemocnici .....	48
Člověk v režimním prostoru .....	49
Tělo jako předmět manipulace .....	55
Akceptovaný rozměr asymetrie .....	57
DRUHÁ KAPITOLA: Zeslabování a zesilování asymetrie v praxi .....	61
OBSAHOVÝ ROZMĚR .....	62
Informace .....	62

---

Režim.....	74
Člověk ve fyzickém prostoru.....	78
Zacházení s tělem = „vyšetření“ .....	84
<b>VZTAHOVÝ ROZMĚR .....</b>	<b>93</b>
Potvrzení.....	93
Odmítnutí a znehodnocení.....	106
<b>TŘETÍ KAPITOLA: Vývoj .....</b>	<b>116</b>
Vlastní aktivita?.....	116
„Dnes to vidím jinak“ .....	119
Existenciální rozměr .....	134
<b>Diskuze.....</b>	<b>140</b>
Asymetrie a princip moci ve zdravotnické komunikaci.....	140
Komunikace jako systém .....	143
Potřeby pacienta v perspektivě humanistické psychologie.....	146
Člověk v instituci .....	148
Nemocniční diskurz .....	152
Kultura a jazyk v prostředí nemocnice .....	155
Úcta k medicíně a prestiž lékařské profese .....	157
Dehumanizace jako součást vztahu zdravotníka a pacienta.....	159
Empatie v medicíně.....	161
Narativní přístup .....	161
Daseinsanalýza.....	163
Výzkumná metoda, vzorek a validita výzkumu.....	164
Přínos výzkumu a doporučení.....	166
<b>Závěr .....</b>	<b>168</b>
<b>Seznam použitých informačních zdrojů .....</b>	<b>173</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>180</b>

## Úvod

Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem<sup>1</sup> je významnou součástí procesu léčby. Skrze vzájemnou komunikaci dochází ke sdělování stěžejních informací ohledně terapie, jejích cílů a prostředků. Avšak podoba zdravotnické komunikace má také vliv na spolupráci pacienta na léčbě a na jeho prožívání. Jak dokládají výzkumy (srv. např. Schulman, 1979; Stewart, 2003; Ptáček et al., 2011), prožívání pacienta určuje mimo jiné průběh procesu uzdravování, a tedy úspěšnost terapie. Zdravotnická komunikace je tak důležitým předmětem studia společenských věd.

Předkládaný výzkum se bude věnovat psychologickému rozměru komunikace, a to se zaměřením na povahu vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, zejména s ohledem na asymetrickou povahu tohoto vztahu. Mezi zdravotníkem a pacientem totiž existuje vztah specifické povahy; z podstaty tohoto vztahu je v něm přítomná jistá prvotní asymetrie. Ta se může odrážet ve vzájemné komunikaci, a to na více rovinách. Zdravotnickou komunikaci nahlížíme ne jen jako proces předávání informací, ale také jako vyjednávání o povaze vztahu; a na jeho základě se podoba asymetrie mezi zúčastněnými může proměňovat.

Navazujeme na dříve zpracovanou diplomovou a rigorózní práci, které byly věnovány komunikaci mezi učitelem a žáky na základní škole. Na poli pedagogické psychologie tak analyzujeme psychologické zákonitosti komunikace také v dalším druhu asymetrického vztahu. Pozornost přesouváme od vztahu učitel – žák ke vztahu zdravotník – pacient. Setraváme stále v komunikačním kontextu společenských institucí a hledáme styčné body i odlišnosti komunikace založené na vztahu jedince a autority.

Metodou výzkumu je kvalitativní (tematická) analýza, založená na rozboru rozhovorů s pacienty, kteří mají zkušenost s hospitalizací. Analýza založená na rozboru konkrétní pacientské reflexe nám umožňuje poznat problematičnost asymetrického vztahu a hlouběji porozumět jeho vlastnostem i chování zúčastněných.

Cílem předkládaného výzkumu je identifikovat oblasti, v nichž dochází k vyjednávání o povaze vztahu mezi zdravotníkem a pacientem v nemocnici. V analýze tématu vycházíme primárně z pacientské zkušenosti; identifikujeme témata, která se v reflexi pacientů objevují jako klíčová ve vztahu k průběhu komunikace, a mechanismy, které jsou pro zdravotnickou komunikaci typické. Náš přístup ke komunikaci je založen na systémovém pohledu. Vycházíme z předpokladu, že každá komunikace je dynamickým procesem, v němž se neodehrává pouhá výměna informací, ale též komunikace o self-konceptech zúčastněných, a to s ohledem na konkrétní komunikační kontext.

---

<sup>1</sup> Předmětem výzkumu je zkušenost respondentů a respondentek v rolích pacientů a pacientek. Ze stylistických důvodů, především pro množství výskytu zmíněných pojmů, není bohužel možné užívat opakovaně obou tvarů, ženského i mužského. Museli jsme přistoupit k tomu, že v celém textu bude užíváno generického maskulina „pacient“, to jak pro ženy, tak pro muže, kteří sdělují svou zkušenost. Podobně to platí v případě pojmů respondent, lékař a zdravotník. Ženského rodu užíváme tam, kde se jedná výhradně o ženy.



## Teoretické zakotvení výzkumu

Význam komunikace v medicíně byl mnohokrát potvrzen z různých úhlů pohledu. Komunikace je bezpochyby klíčovým rozměrem léčby a nemůže od ní být oddělena. V následující kapitole se budeme věnovat historickému vývoji pohledu na vztah lékaře a pacienta (odborná literatura se soustřeďuje v první řadě na lékaře, spíše než na širší množinu zdravotníků), vývoji výzkumu tohoto tématu, představíme teorie, které jsou relevantní pro náš výzkum a naše základní epistemologická východiska.

### Vztah lékaře a pacienta: historický vývoj a výzkum<sup>2</sup>

Jak zdravotnická komunikace jako taková, tak i její společenská a vědecká reflexe prošly v historii nezanedbatelným vývojem.

Uvedení zdravotnické komunikace jako relevantní oblasti zkoumání, jež má své místo ve zdravotnické psychologii, má těžiště v padesátých letech minulého století. Jistý zlom, od něž se následně odvíjí rozsáhlá část psychologického výzkumu medicínské komunikace, vnesli do této oblasti Szasz a Hollender v roce 1956, kteří zavedli do medicínské literatury psychologizující pojem „mezilidské vztahy“. Zdůraznili to, co dosud oficiální výzkum nereflektoval, a sice skutečnost, že terapii nelze ochuzovat o mezilidskou dimenzi, v níž důležitou roli hraje způsob jednání s nemocným (Mareš, 1992). Szasz a Hollender (1956) představili tři modely paternalismu v medicíně, čímž otevřeli otázku, zda je nezbytné, aby lékaři psychologicky dominovali nad pacienty a udržovali tak vztah, v němž pacient je objektem léčby, o níž rozhoduje výhradně lékař jako ten, který má všechny informace a také kompetenci pacienta léčit. (1) První model, *aktivita/pasivita*, zahrnuje ten rozměr vztahu lékaře a pacienta, v němž lékař v duchu tradičního paternalismu zachází s pacientem jako s tím, kdo nemůže nebo by neměl činit žádná rozhodnutí. Léčba je pak realizována bez ohledu na pacientovu účast. Tento model považovali autoři za opodstatněný v mimořádných situacích, kdy není čas na uvážení pacientových preferencí nebo příspěvků. (2) Druhý model, *vedení/spolupráce*, je vztah používaný v dlouhodobější péči. Lékař poskytuje pacientovi pokyny, kterým má pacient vyhovět. Název modelu pochází z očekávání, že lékař bude vést pacienta, který bude spolupracovat, ale zachová si svou individualitu. (3) Třetí model, *vzájemná participace*, vyzývá lékaře, aby jasně uvedl, že není neomylný a ne vždy ví, co je nejlepší. Tento model je spíše partnerstvím, v němž lékař pomáhá pacientovi na jeho cestě. Tento model se podle autorů často používá v případech chronických onemocnění nebo bolesti, kdy může mít pacient vyšší stupeň svobody a je více nezávislý na lékaři. V tomto případě nemůže být léčba realizována, aniž by se oba zúčastnění zaměřili na výsledek (Szasz – Hollender, 1956).

---

<sup>2</sup> Prakticky veškerá relevantní literatura se věnuje lékaři a pacientovi a nezahrnuje další zdravotnický personál. Z toho důvodu se v této kapitole omezíme na lékaře a pacienta. Předmětem výzkumu v celé práci však bude komunikace zahrnující také sestry, sanitáře/sanitářky a další personál.

### *Vztah lékaře a pacienta v historii: od paternalismu k zaměření na pacienta*

Skrze představené modely komunikace pak lze nahlížet na vývoj vztahu lékaře a pacienta v průběhu historie. Kaba a Sooriakumaran (2006) popisují tento vývoj jako trajektorii postupných proměn jednotlivých modelů, a to ve znamení směřování od paternalismu k současnému přístupu zaměřenému na pacienta jako člověka.

V období starověkého Egypta (cca 4000 – 1000 let př. n. l.) byla integrální součástí péče o nemocného magie; léčící osoba byla ve stejné míře lékařem jako knězem a mágem. Medicína starověkého Egypta se tak nesla v duchu paternalistického modelu aktivity/pasivity. V období klasické a helénistické doby antického Řecka (cca 600 – 100 př. n. l.), jež kulturně a společensky směřovalo směrem k demokracii, v oblasti medicíny zavládl empiricko-racionální přístup. Ten umožnil zavedení druhého uvedeného modelu vztahu, tj. vedení a spolupráce. Je pozoruhodné, že součástí z dané doby pocházející Hippokratovy přísahy je též ohled na práva pacienta a respekt k jeho prožitkům a potřebám; v období antického Řecka byly položeny základy současné lékařské etiky. V souvislosti s pádem Římské říše a inkvizicí ve středověké Evropě (1200 – 1600) pak došlo k oslabení důrazu na vztah lékaře a pacienta. Lékař, obdařen výjimečnou schopností, stál opět v exkluzivní pozici a byl vysoce společensky ceněn. Pacient byl viděn jako dětsky bezmocný, analogicky s modelem aktivity/pasivity. V období Francouzské revoluce (konec 18. stol.) pak myšlenky liberalismu, rovnosti a důstojnosti člověka vynesly na světlo empirický přístup v medicíně, a společenský postoj k medicíně se tak obrátil od modelu aktivity/pasivity k modelu vedení a spolupráce.

Od počátku osmnáctého století do dnešní doby platí, že vztah lékaře a pacienta už přímo kopíruje pohled na nemoc jako takovou. V průběhu 18. století se kladl důraz především na symptomy nemoci a s nimi související potřeby pacienta. Dělo se tak v souvislosti s typickou klientelou lékařů, jimiž byli především členové aristokratických rodin. Cílem lékaře bylo především dosáhnout spokojenosti pacienta a ulevit mu od nepříjemných příznaků; v tomto smyslu se jednalo o ryze klientský přístup. Postupně se začaly objevovat nemocnice, které poskytovaly péči chudším obyvatelům, a do centra dění vstoupil opět lékař jako aktivnější postava vztahu. Do popředí se dostal biomedicínský přístup, zaměřený primárně na správné stanovení diagnózy. Symptom byl vnímán jako příznak skutečné patologie uvnitř těla; nástrojem k jejímu odhalení pak bylo vyšetření pacienta. Vztah mezi lékařem a pacientem se tak znovu posunul směrem k dominanci lékaře a pasivitě pacienta (v souladu s prvním modelem aktivity/pasivity).

### *Vztah lékaře a pacienta ve výzkumu*

Obdobně jako proběhl jistý historický vývoj v oblasti zdravotnické komunikace, také v jeho odborné reflexi se odehrál značný posun. Od okamžiku, kdy se vztah lékaře a pacienta stal předmětem odborného zkoumání, jde s ním ruku v ruce i jeho společenská reflexe. Jak vývoj vztahu lékaře a pacienta, tak proměny jeho odborné reflexe se odehrávají ve znamení posunu od biomedicínských přístupů k humanistické medicíně (Brezina, 2017).

První i druhý Szasz – Hollenderův model lze považovat za ideální příklady paternalismu v medicíně. Hippokratovští lékaři považovali za výsostně etické hledat vždy prospěch pacienta a nepoškozovat jej. Základ paternalismu v medicíně leží ve vztahu lékaře a pacienta

jako rodiče a dítěte, kde rodič volí takovou cestu a prostředky, které jsou pro dítě nejlepší, a „dobrý pacient“ je ten, který se volbě podřizuje (Kaba & Sooriakumaran, 2006).<sup>3</sup>

Psychoanalytické a psychosociální teorie dvacátého století pak přinesly zpět důraz na pacienta jako člověka, nově v ryze psychologické rovině. Bylo žádoucí, aby lékař více naslouchal pacientovi; ten se tak stal aktivním účastníkem medicínské konzultace. Byl to především vstup psychologizujících přístupů na pole zdravotnické komunikace, jež způsobil změnu odborné reflexe tématu. Szasz – Hollenderovo rozdělení modelů vztahu lékaře a pacienta se stalo mezníkem v dalším výzkumu zdravotnické komunikace, který nasměroval výzkum ke vztahovému obsahu komunikace, a podtrhl tak směřování k výzkumu orientovanému na pacienta.

Za další mezník v reflexi medicínské komunikace lze považovat dílo M. Balinta, který v šedesátých letech minulého století prezentoval nemoc nejen jako biologický, ale též jako psychosociální fenomén. Balint současně tvrdil, že unikátní emoční vztah, jež se vyvine mezi lékařem a pacientem, je sám o sobě činitelem terapeutického procesu. Tuto tezi posílil ideou vzájemného zisku, podle níž ze znalosti potřeb, prožitků a názorů druhého v důsledku těží oba zúčastnění. V posledních desetiletích pak významně narostl objem literatury, zabývající se medicínou skrze hledisko pacienta (tzv. *patient – centred přístup*).

V současné době dochází ke společenské proměně náhledu na zdravotnický systém a postavení pacienta v něm. Jak upozorňuje Davies (1999), postupně klesá kredibilita pečujícího systému, pacienti stále častěji přicházejí do zdravotnického zařízení vybaveni informacemi a vlastní představou o tom, jak s nimi bude zacházeno (srv. Diaz et al., 2002; Hesse, 2005). Přestože jak společenská prestiž, tak osobní úcta k lékařské profesi jako takové zůstávají na nejvyšší příčce mezi dalšími profesemi, proměňuje se společenský pohled na systém jako takový i tendence pacientů ke kritickému náhledu na něj.

### *Patient-centredness*

Dostupná literatura k tématu zdravotnické komunikace z posledních třiceti let je značně obsáhlá a není možné, a vzhledem k povaze naší analýzy ani smysluplné, ji zde detailněji prezentovat. Zahrnuje jak verbální či konverzační analýzy komunikace, výzkumy prokazující význam sdělování informací, výzkumy vlivu komunikace na dodržování léčebného režimu pacientem, výzkumy způsobů a technik snižování úzkosti pacienta, tak i výzkumy subjektivní spokojenosti pacientů.<sup>4</sup>

Dnešní výzkum se tak spíše než argumentací potřeby kvalitní komunikace směrem k pacientovi, která je dnes na odborném poli považována za samozřejmé východisko, věnuje konkrétním podobám komunikace a jejich dopadům. Pro všechny zde zmíněné výzkumy

---

<sup>3</sup> Tento koncept je v souladu s transakční analýzou Erika Berneho.

<sup>4</sup> Příklady tematického zaměření výzkumu zdravotnické komunikace. Verbální analýzy: Meeuwesen, Schaap, & Van Der Staak, 1991; Konverzační analýzy: Murtagh et al., 2018; Vliv komunikace na stanovení diagnózy: Beckman, & Frankel 1984; Vliv socioekonomického statusu pacienta na komunikaci: Willems et al., 2005; Vliv komunikace na účinnost léčby: Stewart, 2003; Vliv komunikace na dodržování léčby ze strany pacienta: Schulman, 1979; Participace pacientů na rozhodování: Arora, & McHorney, 2000; Spokojenost pacienta: Korsch, Gozzi, & Francis, 1968; Buller & Buller, 1987.

platí, že vycházejí z perspektivy pacienta a naplnění jeho potřeb, a to jak subjektivních (spokojenost pacienta), tak objektivních (úspěšnost léčby).

Takzvaný *patient-centred* přístup (přístup zaměřený na pacienta), reflektující hledisko pacienta a jeho spokojenosti uvnitř medicínské komunikace lze v oblasti západní psychologie sledovat již od sedmdesátých či osmdesátých let minulého století. Ideu *patient-centred* přístupu aktivně prezentovali v posledních letech například Stewart (2001), R.C. Smith et al. (2000), D.L.Roter (2000) nebo Roter a J.A.Hall (2006).

Mead a Bower (2000) definují jádro *patient-centred* přístupu na bázi pěti dimenzí: jsou jimi biopsychosociální perspektiva, vnímání pacienta jako osoby, sdílení moci a odpovědnosti, osobní vztah a reflexe lékařových pocitů uvnitř terapeutického procesu. Na základě těchto dimenzí pak lze identifikovat míru zaměření na pacienta v přístupu lékaře.<sup>5</sup> První dimenzí, v níž tkví podstata *patient-centred* přístupu, je *biopsychosociální perspektiva*. Stewart et al. (1995, in Mead & Bower, 2000) například formulovali požadavek, aby byl lékař připraven obeznámit se s celou šíří pacientových potíží, a nikoli pouze s biomedicínskými projevy, s nimiž k lékaři přichází. Druhá dimenze, *vnímání pacienta jako osoby*, předpokládá, že nad rámec biopsychosociální perspektivy je třeba porozumět celé pacientově zkušenosti s nemocí, jakou je například pozadí důležitých událostí či pacientova osobní rodinná a finanční situace. Všechny tyto faktory mohou mít zásadní vliv na průběh léčby. Třetí dimenze, *sdílení moci a odpovědnosti* je diskusí s paternalistickým modelem. Jeho podstatou je přechod od modelu vedení/spolupráce k modelu vzájemné spolupráce, jak je formulovali Szasz a Hollender (1956), tedy zahrnutí pacienta do rozhodování o cílech a průběhu léčby. Čtvrtá dimenze, zakládající *patient-centred* přístup, je založena na terapeutickém *osobním vztahu*, v němž lékař po vzoru rogersovské psychoterapie poskytuje empatii, kongruenci a porozumění. Poslední, pátou dimenzí pro posouzení *patient-centred* přístupu je *vnímání lékaře jako osoby*, a to ve smyslu jeho vlastní reflexe svých pocitů a postojů. Na rozdíl od „medicíny jednoho“, jež byla základem paternalistického modelu, jde nyní o „medicínu dvou“ (Balint et al., 1993, in Mead & Bower, 2000) a lékařovy emoce se stávají součástí procesu, stejně jako je jím i prožívání situace pacientem.

Podstatu *patient-centred* přístupu nejlépe vystihuje přesvědčení, že pacient není jen souborem symptomů, poškozených orgánů a zjitřených emocí, nýbrž lidskou bytostí, která se současně obává i doufá, která touží po úlevě, pomoci a důvěře. Vztah lékaře a pacienta nelze opominout; ve většině případů na něm přímo závisí jak jednotlivá diagnóza, tak celá léčba (Hellin, 2002, in Mead & Bower, 2000, s. 57).

Na ideji *patient-centred* přístupu v medicíně je postavena také jedna z rozsáhlých oblastí výzkumu zdravotnické komunikace, jež se od sedmdesátých let minulého století soustřeďuje v prvé řadě na komunikační dovednosti lékařů a možnosti jejich tréninku (např. Maguire Pitceathly, 2002; Silverman, Kurtz, & Draper, 2016; Levinson, Lesser, & Epstein, 2010).

---

<sup>5</sup> Mead a Bower za tím účelem evaluovali dva hlavní přístupy k měření: sebezposuzovací škály a metodu pozorování. V obou případech se jedná o kvantifikaci jevů, jež jsou shrnuty do skupin (např. lékař zahrnuje pacienta do rozhodování, poskytuje informace, je otevřený názoru pacienta atd.).

### *Komunikační dovednosti jako priorita*

Trend směřující k důrazu na kvalitu zdravotnické komunikace a na výuku komunikačních dovedností potvrzuje také česká literatura. Ptáček (2011) zdůrazňuje úlohu zdravotnické komunikace, která pozitivně ovlivňuje rozlišení příznaků a stanovení diagnózy, účinnost léčby, spokojenost pacienta, dodržování léčby pacientem, náklady na léčbu a také oblast medicínsko-právních sporů. Protože však schopnost garantovat kvalitu komunikace nelze považovat za vrozenou, ani automaticky získanou v průběhu klinické zkušenosti, je podle autorů zaměřených na tzv. komunikační dovednosti (*communication skills*) potřeba věnovat jí systematickou a cílenou přípravu (s. 45).

Do diskuse s přístupy, jež staví na komunikačních dovednostech, vstupují autoři, kteří upozorňují, že komunikační dovednosti samy o sobě nejsou pro kvalitní terapeutický vztah dostatečné. Jeho součástí by podle jejich názoru mělo být sdílení pohledů a pocitů spojených s problémem, s cíli léčby a také psychosociální podpora; odpovídající komunikace pak integruje jak postoj zaměřený na pacienta, tak reflexi pozice lékaře (Brédart et al., 2005, in Ha & Longnecker, 2010). Studie posledních dekád pak ukazují souvislost mezi zdravotnickou komunikací a spoluprací pacienta na léčbě, pacientovým pocitem kontroly nad svým životem, schopností snášet bolest, uzdravením a každodenním fungováním, ale také se spokojeností samotného lékaře (Stewart, 2003). Praktickou stránkou věci je pak menší míra formálních stížností a právních sporů jako důsledek kvalitní zdravotnické komunikace (Ha et al., 2010).

### *Asymetrie jako přirozená součást vztahu lékaře a pacienta*

Druhý typ diskuse s autory, již se zaměřují na komunikační analýzy a podporují reformní snahy směrem k většímu zaměření na komunikační dovednosti lékaře, se vede v antropologicky a sociologicky orientovaném výzkumu. Jedná se v podstatě o debatu, upozorňující na limity patient-centred přístupů.

Jádrem zmíněné diskuse jsou odlišné výklady a pochopení původní práce Talcotta Parsonse z padesátých let. V průběhu druhé poloviny dvacátého století byly realizovány výzkumy, zaměřené na asymetrii v komunikaci lékaře a pacienta. Počátek uvažování o asymetrii ze sociologického úhlu pohledu leží právě v Parsonsově tezi, že role pacienta a lékaře jsou předepsány společností. Parsons (1951) konstatuje, že terapeutický proces se, zcela logicky, zaměřuje na organickou příčinu potíží. Přitom reflektuje přítomnost psychosociálního rozměru ve vztahu lékaře a pacienta (s odvoláním na, v tehdejší době nastupující, psychosomatickou perspektivu), ale pokud jde o sociální role, vychází z předpokladu, že ve společnosti existují funkční vztahové zákonitosti, jež jsou definovány požadavky institucí a plní funkci udržení rovnováhy sociálního systému. Fenomén fyzického i psychického onemocnění a jejich léčby je tak podle Parsonse mnohem více, než se předpokládá, spojen také se sociálním systémem a reprodukcí jeho rovnováhy.

Na tento Parsonsův výklad reagovali autoři konverzačních analýz, kteří pod vlivem Balintem prosazovaného psychosociálního přístupu pojímali asymetrii ve vztahu lékaře a pacienta jako něco, co je implementováno lékařem a co by, vzhledem k naplnění subjektivních potřeb pacienta, nemuselo být přítomno. Současně ve svých analýzách prokazovali, že podoba vztahu je spíše dána způsobem, jakým oba zúčastnění komunikaci vedou, než vnějšími

okolnostmi, a je tedy v jejich perspektivě možné k asymetrii přistupovat jako k „interakcí vytvořenému“ fenoménu<sup>6</sup> (např. ten Have 1991; Maynard, 1991). Závěry výzkumů v konverzační analýze usuzují na přetrvávající systematický vzorec v komunikaci lékaře a pacienta, jenž se projevuje například tím, že lékaři opakovaně kladou více otázek než pacienti, že lékaři častěji přerušují pacienty než pacienti lékaře nebo že lékaři rozhodují, která témata jsou pro konverzaci relevantní (West, 1984; Davis, 1988 in Pilnick & Dingwall, 2011). Popsaná asymetrie je těmito výzkumníky vnímána jako důkaz dominance lékaře a jeho výkonu moci nad pacientem.

Pilnick a Dingwall (2011) v diskuzi se zmíněnými autory konstatují, že současný medicínský diskurz přijal patient-centred přístup jako normativní standard a směřuje k tlaku na zeslabení paternalistického chování u lékařů. Současně však argumentují, že ze strany advokátů patient-centred přístupu se jedná spíše o nepochopení Parsonsovy teorie, a prvoplánové odmítání asymetrie považují za unáhlené. Dostupné výzkumy (např. Roter & Larson, 2002, in Pilnick & Dingwall, 2011) totiž současně prokazují, že přes všechny reformní snahy má většina analyzovaných konzultací stále paternalistický charakter a je nadále směřována k dosažení lékařova prvotního záměru, bez ohledu na postoj pacienta.<sup>7</sup> Kritici patient-centred přístupů však upozorňují, že příčinou může být také obecná neochota pacientů aktivně reagovat na lékařova slova nebo klást otázky; v rozporu s autory, kteří asymetrii kritizují, však přisuzují tuto skutečnost vlastní potřebě pacientů zachovat asymetrický vztah laik - expert.

Zastánci patient-centred přístupu považují přetrvávající asymetrii za důkaz uplatňování moci ze strany lékaře, jejich kritici naopak totéž přisuzují přirozenému řádu, jenž respektuje, že rozhovor v rámci instituce má svá pravidla. Pilnick a Dingwall (2011) upozorňují, že pacienti obecně stále rozlišují mezi vlastním dojmem a expertním posouzením, argumentují tak ve prospěch tvrzení, že nedostatek pacientovy participace nelze jednoznačně připsat chování lékaře. Jak prokazují některé ukázky z konzultací, případné diskuse či spory mezi lékařem a pacientem totiž nemívají dlouhého trvání, protože se záhy dostanou do bodu, kdy lékař argumentuje expertní znalostí a pacienta přesvědčí.

Ten Have (1991) existující asymetrii nehodnotí, avšak konstatuje její apriorní přítomnost a říká, že existují dobré organizační důvody pro to, co může vypadat jako dominance lékaře. Na základě analýz konzultací v primární péči rozlišuje ten Have dvojí příčinu asymetrie: *asymetrii v otázce tématu* a *asymetrii úlohy*. Pokud jde o *téma* konverzace, vždy je to pacientův stav, a ne lékařův, co je předmětem debaty. Asymetrie *úlohy* pak spočívá v tom, že lékařova práce a konkrétní management rozhovoru jsou nevyhnutelně založeny na kladení otázek, vyšetřování a rozhodování, aby tak naplnil svou úlohu a dosáhl kýženého cíle, jímž je uzdravení pacienta. Pacient naopak uplatňuje svobodu volby výběrem lékaře, volbou

---

<sup>6</sup> Dlužno podotknout, že zmínění autoři se soustřeďují na analýzu izolované konverzační výměny, bez zohlednění jejího dalšího pozadí a že analyzují téměř výhradně záznamy z ambulantních konzultací v primární péči. Jedná se v tomto smyslu o specifickou podobu zdravotnické komunikace. Pacient má v případě takové komunikace významně větší prostor k vlastní iniciativě než v nemocnici, a to jak výběrem lékaře a prostorem pro kladení případných otázek, tak možností snadného odchodu.

<sup>7</sup> To může být způsobeno více faktory, jako je například povaha získaného materiálu, kdy chybí příklady komunikace s pacienty, kteří jsou v léčbě více aktivní, ale současně pečlivěji střeží své soukromí.

doby, kdy jej vyhledá (vzhledem k pokročilosti potíží); tuto svou iniciativu odkládá ve chvíli, kdy kormidlo převezme lékař. Ve chvíli položení prvních otázek či sdělení svých přání pak předává pacient přirozeně iniciativu do rukou lékaře. Pilnick a Dingwall (2011, s. 10) tvrdí, že je-li mezi lékařem a pacientem evidentní asymetrie, zdá se, že půjde spíše o důsledek pacientova odevzdání se do rukou lékaře, než o lékařovu snahu pacienta odstříhnout a vnučovat mu vlastní agendu. Pacient v tomto vidění patrně sám vycítí, že existuje okamžik, kdy je vhodné být v zájmu dosažení cíle submisivní (Maynard, 1991).

Jak upozornil Goffmann (1983), do analýzy navíc musí být vždy zahrnuta sociální situace konkrétní komunikace. Jinak se totiž chovají účastníci běžné neformální konverzace, jinak lidé na sezení rodinné terapie, jinak při soudní řízení. Obdobně to platí pro zdravotnickou komunikaci, jež je přirozeně ovlivněna postavením instituce medicíny ve společnosti. Vliv sociální situace pak není pouhým efektem, ale je svého druhu účastníkem komunikační situace, a z toho důvodu také neoddiskutovatelnou součástí analyzovaných dat. V tom spočívá jeden z argumentů proti konverzačním analýzám, jež vybírají pouze izolované úseky konverzací a staví na nich závěry ohledně vztahového rozměru komunikace. V Goffmanově díle je společenský aspekt zdravotnické komunikace zahrnut do konceptu tzv. *institutional talk* (rozhovor v instituci). Institutional talk je orientován na cíle skrze formalizované postupy, jež jejich dosažení v daném prostoru umožňují. Je také možným vysvětlením pro to, že přes všechny reformní snahy se podle dostupných výzkumů podoba komunikace mezi lékařem a pacientem nezměnila. V perspektivě Talcotta Parsonse, stejně jako jeho následovníků, je medicína společenskou institucí a jako taková musí být nevyhnutelně disciplínou založeným, normativním, řád udržujícím prostorem. Klienty orientovaný alternativní přístup medicínu vnímá jako službu nebo produkt potřeby jednotlivce obdržet péči, která bude podle jeho vlastních představ; institucionální perspektiva zdůrazňuje především společenskou úlohu medicíny a její přínos, jenž spočívá v něčem jiném než v pouhém zlepšení zdravotního stavu jednotlivce. Je jím udržení společenského řádu. V takové perspektivě je nemoc nahlížena jako svého druhu nezamýšlená, nezáměrná deviace, již se společnost snaží minimalizovat v zájmu obnovení rovnováhy, avšak za předpokladu, že jedinec, užívaje jejích zdrojů, se vzdá odpovědnosti za každý krok, který tím směrem bude učiněn.

Následovníci parsonsové tradice předpokládají, že asymetrie je přirozenou funkcí medicíny jako instituce na cestě za udržením rovnováhy ve společnosti a institucionální rozhovor je jedním z jejích nástrojů, mohlo by se tedy zdát, že se jedná o zastávku absolutní pasivity pacienta. Ani tito autoři však k asymetrii ve zdravotnické komunikaci nepřistupují absolutně. Pilnick a Dingwall (2011) upozorňují, že asymetrie v odbornosti neznámá, že pacient nemá klást otázky nebo zpochybňovat lékařovo rozhodnutí. V mnoha případech (např. Pilnick, 1998) navíc zdůrazňují přirozenou symetričnost komunikace, která funguje například tam, kde je pacient v tématu dobře orientován a (nebo) je s lékařem v dlouhodobém opakovaném kontaktu. Obecně potvrzují principiální asymetrii v rozhovoru odborníka s laikem jako funkční prostředek k dosažení cíle, jímž je vyléčení. Předmětem jejich zájmu však není interpersonální (aktuálně vztahový) rozměr komunikace, který není statický, ale je po celou dobu předmětem vyjednávání.

Našemu pojetí je nejbližší takové uvažování, které konstatuje přítomnou asymetrii v samé podstatě vztahu lékaře a pacienta, ale považuje ji za proměnlivý aspekt každého aktuálního komunikačního systému, jenž závisí na obou (všech) zúčastněných.

### *Zdravotnická komunikace v české literatuře*

V současné české literatuře, zabývající se komunikací v medicíně, převažují učebnice pro lékaře, zdravotní sestry a asistenty a další personál. Jejich obsah se soustřeďuje na obecné teoretické koncepty komunikace, rozbor verbálních a neverbálních technik komunikace, emocionálních reakcí pacientů na nemoc a dále se věnují zvláštnostem komunikace v konkrétních oborech medicíny, kde je kladen důraz na povahu nemoci (onkologie, gynekologie atd.). Některé učebnice (např. Janáčková & Weiss, 2008) popisují také specifika komunikace s pacienty s handicapem či s pacienty pocházejícími z různých etnických a národnostních skupin (např. Kelnarová, 2009; Venglářová & Mahrová, 2006).

Většina obsahu českých učebnic je věnována popisům teorií komunikace a případně doporučením pro komunikaci formulovaným jako seznam doporučení pro úspěšnou komunikaci (např. Beran 2000). Janáčková a Weiss (2008) v krátkosti zmiňují sociálně – psychologické přístupy ke komunikaci, které berou v úvahu také vliv osobnostního nastavení obou zúčastněných na povahu vzájemné komunikace. Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí psychologické teorie osobností a z nich vycházející terapeutické přístupy, jakými jsou rogersovský přístup, transakční analýza a systemický přístup. Beran (2000, 2010) otevírá pohled na komunikaci ve zdravotnictví jako prostor pro působení psychoterapie. Ta se podle něj může pozitivně uplatnit při léčbě v podstatě všech somatických onemocnění (Beran, 2010, s. 141). České učebnice se zpravidla blíže nevěnují psychologické povaze vztahu pacient – lékař jako takové. Učebnice celoživotního vzdělávání lékařů (např. Ptáček, 2011; Ptáček & Bartůněk, 2014) se této problematice přibližují nejvíce: prezentují současné výzkumy v oblasti medicínské komunikace, věnují se významu komunikačních dovedností, aktivního naslouchání, významu empatie a dále některé problémy současné lékařské etiky.

Našemu pojetí je nejbližší pohled, který reflektuje institucionální pozadí vztahu lékaře a pacienta a prezentuje komunikaci se zřetelem na pozici zúčastněných. Učebnice se přirozeně opírají o prezentaci existujících teorií a seznamy doporučení pro úspěšnou komunikaci jako produkt, zatímco naším cílem je prozkoumání podstaty problému v celé jeho šíři a bez omezení existujícími teoriemi.

## **Psychologie lidské komunikace**

Posun v rámci vnímání lidské komunikace na poli psychologie během posledních dekad je zřejmý. Upustilo se od lineárně–deterministického schématu S – R a překonána byla i jeho obměněná podoba (S – O – R), jež zahrnovala osobnostní proměnné (Vybíral, 2005). Pozornost se upnula na kontext, v němž ke komunikaci dochází, a také na vztahy, jež jsou, ač nevysoveně, účastníkem a současně i předmětem komunikace. Vzhledem k zaměření analýzy je bezpředmětné prezentovat zde rozbor různých teorií komunikace a jejich složek, z nichž každá se zdravotnické komunikace může nějakým způsobem dotýkat, avšak pro naši analýzu nebude využita. Zaměříme se v první řadě na teze, jimiž náš přístup bude inspirován ve větší míře; jedná se o systémový přístup k analýze lidské komunikace, jenž se maximálně shoduje s epistemologickými východisky našeho výzkumu.



### *Systémový přístup ke komunikaci*

Analýza dat, která tvoří základ našeho výzkumu, vychází v první řadě ze systémového přístupu k mezilidské komunikaci, tak jak jej prezentují autoři kalifornské paloaltské školy Watzlawick, Bavelas a Jackson (1999, pův. 1967). V centru jejich pozornosti stojí pragmatika lidské komunikace, tedy vztah mezi produktorem a příjemcem v konkrétním kontextu, s porozuměním záměru, a také rozbor takových fenoménů, jakými jsou ovlivňování, přesvědčování, potvrzování, přijímání a odmítání komunikovaného sebepečení druhého (Vybíral, 2005).

Autoři definují pragmatiku (vedle syntaxe a sémantiky) jako tu část lidské komunikace, která má nějaký vztah k chování. Komunikace a chování jsou vnímány jako synonyma, protože tématem pragmatiky nejsou jen slova, jejich konfigurace a jejich významy, ale také všechny průvodní projevy lidské komunikace (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1999, s. 18). Tato definice pragmatiky zároveň naznačuje, že v analýze komunikace nepůjde o pohled na komunikaci jako prostou výměnu informací, ale především jako na mnohohrstevnatou záležitost, zahrnující chování zúčastněných, bez ohledu na to, zda jde či nejde o přímou verbální výměnu. Watzlawick et al. k tomu říkají, že „z tohoto pragmatického pohledu není potom komunikací jenom řeč, nýbrž *veškeré chování*, a každá komunikace – včetně komunikačních aspektů jakéhokoliv kontextu – ovlivňuje chování“ (s. 18).

### *Vztah jako integrální součást a předmět komunikace*

Autoři pak jdou dále, směrem ke zdůraznění důležitosti mezilidského vztahu, formulovaného uvnitř komunikace, avšak s důrazem na matematické (a tudíž dokonale komplexní) chápání vztahů (s. 19). Při využití matematické terminologie se tak odkrývá jednoznačně formulovaný princip tohoto přístupu, který postuluje, že na rozdíl od *číslo*, které nese význam samo o sobě, *proměnná* má smysl pouze ve vztahu k jiným, což v matematice vystihuje pojem *funkce* (s. 20); a právě pro termín *funkce* lze v psychologii analogicky použít termín *vztah*.

V psychologii, která má tendenci k redukcionistickému pohledu na člověka, je právě obrácení k pojmu *vztah* zdrojem velkého poznání na poli komunikace. Umožňuje totiž zdůraznit systémovou povahu mezilidské komunikace. Jak zdůrazňují Watzlawick et al., je také sebezkušenost člověka „ve své podstatě založena na zkušenosti funkcí, vztahů, do kterých je zapojen“ (s. 24). Hlavním nosným tématem analýzy komunikace je pak právě povaha vzájemného vztahu, která se odráží a znovu formuluje v každém našem *chování*.

### *Komunikace jako systém*

Z předchozího vyplývá právě pohled na komunikaci (tvořenou jednotlivými interakcemi) jako na celistvý systém. Interakční systém je pak definován jako „dva nebo více komunikujících během procesu nebo při definování povahy svého vztahu“ (s. 105).

Uvnitř systému probíhá bezpočet komunikačních výměn, z nichž mnohé nejsou vědomé, a celý systém má charakter zpětnovazebného cyklu. V něm se vše odehrává v kruhu, nic neprobíhá lineárně či jednosměrně, a nelze tak označit příčinu a následek. „Zatímco u lineárních, progresivních kauzálních řetězců má smysl mluvit o začátku a konci řetězce,

ztrácejí tyto pojmy uvnitř systému svůj význam. Kruh nemá ani začátek, ani konec!“, píše Watzlawick et al. (s. 40).

Analýzu komunikace to zdánlivě činí o to obtížnější, ba snad nemožnou, zároveň však je přístup ke komunikaci obohacen o možnost vnímat komunikaci jiným způsobem než jako pouhou výměnu; ať je totiž ovlivněna čímkoli, ať se zakládá na faktech či dojmech, stává se reflexe jednoho součástí komunikace obou, a lze ji použít jako možnou výchozí pozici pro porozumění specifikům jejich vzájemné komunikace. „Subjektivita je také součástí systému,“ (Vybíral, 2005, s. 199).

Jak píše Watzlawick et al. (s. 26), „mezilidské systémy je možno vidět jako zpětnovazebné cykly, protože chování každého jednotlivce ovlivňuje každou další osobu a samo je ovlivňováno chováním všech ostatních“. Vycházíme-li pak při analýze komunikace z reflexe jednoho ze zúčastněných (v našem případě pacienta), nelze skutečně obsáhnout celou podobu komunikačního systému, avšak z jednoho bodu pohledu je možné popsat jednotlivé drobné události a zážitky, které nemusely být (a pravděpodobně často nebyly) zamýšleným komunikačním aktem druhé strany, a přitom hrály nezastupitelnou roli při definování podoby komunikace. Právě z toho důvodu je systémový přístup ke komunikaci velkým přínosem pro možnosti smysluplné analýzy.

### *Nemožnost ne-komunikovat*

Dílo Pragmatika lidské komunikace přináší několik zásadních tezí, z nichž některé je nutné zmínit i zde. První z nich je skutečnost, že *není možné nekomunikovat*. Předpokládáme-li totiž, že interakční systém je tvořen chováním zúčastněných, je třeba zároveň zdůraznit, že není možné se ne-chovat, neboli že chování nemá žádný protiklad. Aktivita nebo neaktivita, slova či mlčení, vše má v tomto smyslu význam sdělení, vše má vliv na chování zúčastněných, a tím na celý komunikační systém. Stejně tak, říká Watzlawick a jeho kolegové, „nemůžeme říct, že komunikace vzniká jen tehdy, je-li záměrná, vědomá a úspěšná“ (s. 44).

Často, ať záměrně či bezděky, na některé záležitosti nereagujeme, některé věci v mezilidských vztazích opomíjíme, vynecháváme či nezmiňujeme. Zdánlivě se žádná komunikace neodehrává.

„Ne-komunikace“ je důležitým fenoménem mnoha vztahů, ty uvnitř zdravotnického prostředí nevyjímaje. To však neznamená, že se záležitost, o níž se „ne-komunikuje“ nestává podstatným činitelem daného vztahu, ba právě naopak. Jak vyplývá z rozhovorů, ne-komunikace může být významnou součástí procesu; může se stát například nástrojem odmítnutí nebo znehodnocení druhého, o nichž bude řeč v dalších částech kapitoly. Zcela zřejmě tedy - také v rámci zdravotnické komunikace - platí, že „nemožnost nekomunikovat je fenomén více než teoretický“ (Watzlawick et al., 1999, s. 45).

### *Obsahová a vztahová rovina komunikace*

Je nasnadě, že uvnitř komunikace nedochází k pouhé výměně dat, ale také k vyjednávání pozic ve vzájemném vztahu. Watzlawick, Bavelasová a Jackson postulují, že uvnitř každé interakce můžeme rozlišovat mezi *obsahovou* a *vztahovou* rovinou. Obsahová rovina,

zajišťující prosté předání informace, s sebou vždy nese rovinu vztahovou, v níž je sdělováno vše o představách aktérů komunikace a o jejich vzájemném vztahu. Zároveň je možno říci, že během komunikačních výměn jsou tyto jednotlivé představy „znovupřehrávány“, a tím upevňovány. Znamená to, že v každém okamžiku se systém, jenž tvoří kontext každé komunikace, potvrzuje, udržuje a znovu reprodukuje. Jednotlivý vztah je pak prvkem systému.

Tento pohled na vnitřní dynamiku komunikačního systému koresponduje s pohledem transakční analýzy E. Berneho, který v komunikaci rozlišuje vedle roviny sociální (vnější) také rovinu psychologickou (vnitřní), na níž se odehrává vše podstatné ohledně vztahu obou zúčastněných (Berne, 1970, s. 128). Jak vyplývá z obou zmíněných prací, psychologická rovina vyjednávání o vzájemném vztahu se odehrává často nezáměrně a ne zcela vědomě. „Vztahy jsou jen zřídkakdy definovány po zralé úvaze nebo s plným vědomím,“ píše Watzlawick et al. (1999, s. 46).

Každá komunikace je tak v podstatě dynamickým vyjednáváním o povaze vzájemného vztahu a o pozicích obou (všech) zúčastněných v něm.

### *Komunikujeme pro sebepotvrzení*

Dalším z axiomů, podstatných pro naši analýzu, je skutečnost, že komunikace mimo jiné slouží k obnovování sebepojetí každého z nás. Watzlawick et al. jsou toho názoru, že má-li každé sdělení vztahový aspekt, lidé si v něm především vyměňují mezi sebou představy o vzájemném vztahu, a tím implicitně sami o sobě (s. 74). Výměna sebedefinic je podle autorů životní nutností. „My lidé musíme s druhými komunikovat pro zachování vědomí sebe sama“, říkají představitelé systémového přístupu (s. 74). Není totiž možné zachovat si dlouhodobě duševní stabilitu jen skrze komunikaci se sebou samým (s. 75), a právě reakce druhého na naši sebedefinici je zdrojem její možné proměny. Na sebedefinici druhého může člověk reagovat trojím způsobem: buď jej jeho chápání sebe sama potvrdí, nebo jeho sebedefinici odmítne, případně nereflektuje existenci druhého jako skutečného komunikačního partnera vůbec, což je principem mechanismu znehodnocení (s. 93).

Právě otázka *potvrzení, odmítnutí* či *znehodnocení* vlastní sebedefinice ze strany druhého, je podstatným teoretickým rámcem pro analýzu komunikace, která byla provedena v našem výzkumu.

## **Sociální role a její funkce v komunikaci**

V rámci úvodu do tématu je třeba zmínit též téma sociální role a jejich konsekvencí v komunikaci.

Mezilidská komunikace probíhá odlišně v zaměstnání, doma nebo třeba v obchodě; jinak, jsou-li přítomny děti nebo pouze dospělí, případně je-li přítomen někdo neznámý. Každá komunikace je jiná a někdy se komunikace téhož člověka výrazně odlišuje v závislosti na prostředí, ve kterém se nachází a uplatňuje. Prostoru mu přisuzuje určitou *rolí*; v ustavené hierarchii pak jde o pozice s nestejným právem nebo nestejnou možností promluvit a prosadit se (Vybíral, 2005).

Lékař (a obecněji zdravotník) v rámci instituce zdravotnického zařízení vstupuje do sociální role a dává jí tvar; a to nejen směrem k sobě, ale také směrem pacientovi. Obdobně se to děje na straně pacienta. Jejich role jsou dány široce sdílenou představou, a jejich chování v roli pak vyplývá ze společenských požadavků na chování jednotlivců v instituci (viz *institutional talk*). Role je tak naplněním očekávání, jež má společnost, a je spojená s určitou podobou chování.

E. Goffmann, klasik divadelní paralely, přináší do tématu role pojem *fasáda* (Goffmann, 1999). Podle Goffmanna, přijme-li jedinec určitou společenskou roli, uvědomí si často, že nebývá spojena jen s určitými objekty (v případě zdravotníka například bílý plášť jako typický oděv odlišující jedny od druhých), ale také s určitou fasádou jako souborem prostředků komunikace, které jedinec používá ať záměrně nebo nevědomky během společenského kontaktu. Tato skutečnost hraje podstatnou roli v podobě komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Oba vstupují do svých sociálních rolí a v jejich rámci pracují se vzájemným vztahem. Právě fasáda dané role a představa jedince o tom, jak by měla vypadat (co je úkolem lékaře a jak se chová člověk v roli pacienta), určují mimo jiné chování, které dále ovlivňují podobu vzájemné komunikace.

Pokud jde o fungování jedince uvnitř role, je vždy otázkou, nakolik se se svou rolí identifikuje. Z hlediska teorie je velmi důležité odlišení chování jedince v roli od jeho vlastní identity. Vybíral (2003) upozorňuje, že to, co bývá nazýváno splynutím s rolí, vyjadřuje proměnu identity člověka v sociálním kontextu a v extrémním případě se může stát, že jedinec nerozlišuje, kdy vystupuje a mluví “jako“... (např. lékař)“ a kdy mluví sám za sebe jako člověk. Pro naši analýzu bude z tohoto hlediska podstatné právě vědomí odlišnosti role a osoby člověka mimo ni.

Uvnitř nemocnice zdravotníci (lékař, sestra i další personál) vystupují v roli a lze říci, že tím komunikují s pacientem v zastoupení za instituci. V tomto smyslu je ve zdravotnické komunikaci v souladu s medicínským diskurzem položen důraz na její funkci, směřující ke konkrétnímu cíli (zjednodušeně řečeno k uzdravení pacienta). Jedná se o jiný rozměr komunikace, než bychom uvažovali, kdybychom komunikaci analyzovali jako primárně mezilidskou. Role a pravidla instituce v ní obsažená totiž mezilidský rozměr vztahu zakrývají a dávají vystoupit pravidlům, funkci a cíli. Děje se tak v rámci výše zmíněného institucionálního rozměru vztahu, kdy oba zúčastnění akceptují široce společensky sdílenou představu o vlastních sociálních rolích.

Pravidla a rozdělení rolí uvnitř instituce obsahují také hierarchii vztahů a jejich opětovnou reprodukci. Také ta je hluboce funkčním rozměrem instituce. Znamená udržení platnosti rozdělení funkcí, rolí a kompetencí, a tím stability instituce jako takové. Skrze vystupování v roli a respektování institucionálních požadavků na vlastní chování pak jedinec provádí to, co bychom mohli nazvat tzv. *znovupřehráváním*. V rámci chování v sociální roli uvnitř instituce tak současně dochází k jejímu potvrzování, a tím k reprodukování sdíleného diskurzu.

## Osobnost pacienta ve zdravotnické komunikaci

### „Locus of control“ a „self-efficacy“

Předmětem výzkumu bude reflexe probíhající komunikace na straně pacienta. Vedle komunikace samé tak půjde také o přístup pacienta a jeho (zpětně reflektované) chování v konkrétních situacích.

Inspirací pro analýzu chování pacienta v komunikaci se zdravotníky se může stát koncept *locus of control* J. Rottera. Původní koncept vytvořený v padesátých letech minulého století, a od té doby mnohokrát diskutovaný, předpokládá, že efekt posilování (reinforcement) je závislý na tom, zda osoba vnímá kauzální vztah mezi svým vlastním chováním a odměnou. Je-li událost vnímána jako výslednice sil, které stojí mimo jedince samého, jedná se o externí kontrolu. Naopak, pokud daná osoba vnímá událost jako přímo související s vlastním chováním nebo vlastními relativně trvalými charakteristikami, jedná se o interní kontrolu (Rotter, 1966, s. 1).

Locus of control tedy znamená umístění těžiště ovládnutí okolního světa směrem k vnějším činitelům nebo naopak k sobě samému. V tomto smyslu se stává součástí self, jakož i motivujícím nebo demotivujícím činitelem. Veškeré konání člověka je v podstatě ovlivněno tím, zda věří, že má kontrolu nad svým životem, nebo zda se naopak domnívá, že jeho život určují především jiné síly, například druzí lidé. Jako takový je locus of control podstatnou součástí osobnosti, ovlivňující chování člověka uvnitř komunikačního systému (Nakonečný 1999, s. 29).

Rotterův koncept může být jedním z vysvětlujících rámců v interpretaci pacientova vnímání komunikace se zdravotníkem. Zdá se totiž, že v případě patientské reflexe hraje právě podoba locus of control podstatnou roli ve vnímání dané situace, a to především v okamžicích závislosti pacienta na zdravotnické péči, uvnitř zdánlivé nemožnosti ovlivnit okolní dění a svůj pohyb v prostoru. V tomto ohledu má locus of control vliv na další chování člověka v pozici pacienta.

Jistou obsahovou blízkost s Rotterovým locus of control má Bandurův koncept *self-efficacy*. Vnímaná self-efficacy je dána přesvědčením jedince, nakolik může tím, co sám vykoná, ovlivnit vývoj situace (Bandura, 1982, s. 122). Předpokládá se, že očekávání vlastní osobní účinnosti (efficacy) determinuje zahájení chování, zaměřeného na vyřešení situace a určuje též, kolik úsilí bude vynaloženo a jak dlouho bude jedinec odolávat tváří v tvář překážkám a zkušenostem neúspěchu (Bandura, 1977, s. 191). Lidé, kteří mají vysokou self-efficacy, vynaloží takové úsilí, které, bude-li směřováno správným směrem, povede k úspěchu, zatímco lidé s nízkou self-efficacy spíše své úsilí vzdají nebo selžou. Osobní přesvědčení jedince o vlastní self-efficacy tak ovlivňují prakticky veškeré jeho konání a všechny jeho sociální interakce.

Koncept self-efficacy lze využít jako vysvětlující osobní interpretaci obtížnosti situace a pro případnou tendenci jedince aktivně se bránit nepříjemným zážitkům nebo naopak přijímat zvenčí prisuzovaná pravidla. Má nepochybně značný vliv na prožívání pacienta, ale i na jeho konání.

### *Blížkost konceptů self-efficacy a locus of control*

Obsahová blízkost obou konceptů je zřejmá, avšak nejedná se o zcela totožné termíny. Různí autoři zmiňují jisté rozdíly v obou konceptech. Např. Smith (1989) upozornil, že je možná změna v oblasti generalizovaných očekávání (self-efficacy nebo locus of control), avšak v každé z těchto oblastí nastala změna na základě odlišných parametrů zkušenosti. Například atlet může věřit, že trénovat osm hodin denně může vést ke kýžené změně jeho výkonu (je orientován na interní locus of control), ale současně nemusí věřit, že je sám schopen tolik trénovat (má nízkou self-efficacy). Locus of control je zaměřen na obecnější důvěru v možnost ovlivnit mnoho různých věcí v odlišných situacích; self efficacy je zaměřen na omezenější rozptyl situací a aktivit.

### *Core self-evaluation*

Už Watson a Clark však (1984, in Judge et al., 2002, s. 693) přišli s námětem, že řada osobnostních rysů, které různí autoři a různé prameny prezentovali v minulosti, má i přes různé názvy tolik společného, že by mohly být součástí společného konstruktů. Také v pozdějším výzkumu vyvstala otázka blízkosti těchto a dalších podobných konceptů, týkajících se sebehodnocení.

V empirické studii vedené Smithem, která příbuznost obou konceptů zkoumala, se ukázalo, že kognitivně – behaviorální trénink copingových dovedností vedl ke zvýšení self-efficacy, avšak neovlivnil locus of control, měřený původní Rotterovou škálou I-E (Smith, 1989). V tomto smyslu byly oba koncepty považovány za odlišné.

Další autoři však nadále směřovali k nalezení jednotící linie mezi zmíněnými koncepty. Judge et al. (1997) navrhli zavedení obecnějšího konstruktů, který nazvali *core self-evaluations* (jádrové rysy) nebo jednodušeji *pozitivní self-koncept*. Tento konstrukt je širokým rysem, jenž zahrnuje čtyři specifické rysy: sebedůvěru (self-esteem), self-efficacy, locus of control a emoční stabilitu (nízký neuroticismus). Jak upozorňují Judge & Bono (2001, s. 80) tři ze čtyř osobnostních rysů, které jsou zahrnuty do zmíněného konstruktů (sebedůvěra, locus of control a emoční stabilita) jsou nejvíce zkoumanými osobnostními rysy v aplikované psychologii a psychologii osobnosti<sup>8</sup> vůbec.

Jak připomínají Judge et al. (2002), tyto rysy byly v minulosti zkoumány izolovaně a tomu, zda by mezi nimi mohla existovat významnější blízkost nebo zda by dokonce nemohly být jednotně měřitelné, nebyla věnována větší pozornost. Autoři shrnujícího konstruktů pozitivního self-konceptů jsou toho názoru, že pokud se výzkumníci domnívají, že existují relevantní psychologické rozdíly mezi self-esteem, locus of control, emoční stabilitou a self-efficacy, měli by prokázat odlišnost škál, jimiž jsou měřeny, a to v kontextu odpovídajících kritérií, anebo vytvořit škály nové, které by vystihovaly jedinečné stránky jednotlivých

---

<sup>8</sup> Například databáze PsychInfo nabídla za roky 1966 – 1999 celkem 10 371 článků citujících neuroticismus (nebo emoční stabilitu), 10 084 článků citujících self-esteem a 9 339 článků citujících locus of control. Naproti tomu, pro srovnání, 4 957 článků citovalo výkonovou motivaci, 2 492 článků extraverci/introverzi a pouze 572 článků obsahovalo citaci BigFive. Všechny ostatní osobnostní rysy společně naplnily počet 2 500 článků (Judge & Bono, 2001, s. 80).

konceptů. V opačném případě, přestože studium každého z konceptů zvlášť může mít jistou hodnotu, je podle nich třeba, abychom měli na paměti spíše jejich podobnost a věnovali patřičnou pozornost také jejich spojujícím vlastnostem (Judge et al., 2002, s. 707).

Judge a Bono (2001) realizovali metaanalýzu vztahu těchto čtyř „core“ rysů s pracovní spokojeností a pracovním výkonem. Výsledky potvrzují, že zmíněné rysy patří mezi nejlepší prediktory pracovní spokojenosti a výkonu. Jádrou konceptu sebehodnocení tak můžeme považovat za funkční rámec pro každou další diskusi o podobnosti čtyř uvedených konceptů i jejich případného vztahu ke spokojenosti a výkonnosti. Ukazuje se, že pro pochopení chování a prožívání člověka v náročných situacích se namísto užívání oddělených konceptů locus of control a self efficacy hodí spíše zdůraznění jejich společných stránek. I při vědomí drobných vnitřních odlišností jednotlivých konceptů se tedy jako nosné jeví spíše užívání souhrnného termínu pozitivní self-koncept. Rozumíme jím důvěru ve vlastní schopnost ovlivnit dění kolem sebe a také pocit vlastní hodnoty, jenž dává základ každému takovému aktivnímu konání.

### *Přístup existenciální psychologie*

K analýze patientské zkušenosti můžeme z hlediska teorie přistoupit ve dvou rovinách: 1) v linii psychologické můžeme klást důraz na odborné koncepty locus of control či self-efficacy (pozitivní self koncept) a případně s nimi spojené copingové strategie jedince; 2) ve druhé linii můžeme na problém nahlížet z více filozoficko-psychologického hlediska.

Součástí prožívané krize psychologické zátěže spojené s nemocí a hospitalizací, ale také s komunikací se zdravotnickým personálem, je též vyrovnávání se s vlastními náladami a pocity, obsahujícími prožitky osamocení, starostí, úzkosti, bezmoci, beznaděje a zoufalství, ale i absurdity situace, v níž se jedinec nachází. Z hlediska existenciální psychologie<sup>9</sup> je k uvědomění sama sebe ve smyslu existence nutné dostat se do určité mezní či krajní situace, což každodenní život svým stereotypem neumožňuje. Jednou z těchto mezních situací jsou nepochybně i prožitky související s hospitalizací. Právě toto uvědomění sama sebe jako individuální existence přináší člověku poznání jeho svobody (Kebza & Šolcová, 2003).

### *Humanistická psychologie*

*Humanistická psychologie* inspiruje důrazem na člověka jako toho, kdo je schopen svobodné volby a cílevědomého, tvořivého a účelného jednání. Ve své době humanistická psychologie znamenala svého druhu návrat k pojetí psychologie jako vědy o prožívání, včetně návratu k introspektivní metodě (Plhánková, 2006). V souladu s důrazem existenciální a humanistické psychologie je také náš přístup k prožívání člověka jako pacienta uvnitř zdravotnického zařízení.

Inspirací pro naši analýzu je dnes již klasická Maslowova hierarchie potřeb, jež rozlišuje pět skupin cílů, které lze označit za základní potřeby. Jsou jimi fyziologické potřeby, bezpečí,

---

<sup>9</sup> Filozofické pozadí existenciální psychologie bude podrobněji popsáno v rámci epistemologických východisek našeho výzkumu.

láska, uznání a sebeaktualizace. V předkládané práci se budeme inspirovat především potřebami bezpečí a uznání.

Maslow prezentuje potřeby jako hierarchii, v níž naplnění jedné z potřeb podmiňuje vznik potřeby další. Předpokladem naplnění potřeby bezpečí je předvídatelný, uspořádaný svět. Autoři, zaměřeni na vývoj dítěte, jako např. psychoanalýzou ovlivnění H. Sullivan či J. Bowlby, prezentují uspokojení potřeby bezpečí jako základní podmínku dalšího vývoje a jako potřebu naléhavější než fyziologické potřeby. Shodně s nimi se i Maslow domnívá, že potřeba bezpečí je klíčovou potřebou, která musí být pro zdravý život naplněna, jak u dítěte, tak u dospělého jedince.

K potřebě uznání Maslow říká: „Tyto potřeby lze rozdělit na dvě podskupiny. Do první z nich patří touha po síle, po úspěšném výkonu, adekvátnosti a důvěře ve vztahu ke světu, po nezávislosti a svobodě. Druhou skupinou můžeme nazvat touhu po reputaci nebo prestiži (vymezenou jako respekt nebo uznání druhých lidí), po rozpoznání, pozornosti, důležitosti a ocenění.“ (Maslow, 1943, s. 6, in Plháková, 2006). V této části se Maslowova teorie přibližuje výše popsanému potvrzení self-konceptu druhého, o němž se zmiňuje Watzlawick et al. Hodnotný obsah pro téma prožívání pacienta v situaci hospitalizace mají také Maslowem popsaná a dalšími autory opakovaně skloňovaná potřeba lásky a potřeba sebeaktualizace. Tu první vztahujeme k potřebě realizace osobních vztahů jako součásti podmíněnosti člověka, druhou pak k otázkám vývoje člověka směrem k přijetí vlastní svébytnosti. Sebeaktualizace je Maslowem chápána jako naplnění dokonalé lidskosti nebo „bytí“ daného člověka (Maslow, 2014, pův. 1943, s. 202).

Existenciálně zaměřený přístup a východiska humanistické psychologie jsou jedněmi z možných platných východisek, jimiž lze analýzu patientské zkušenosti nahlížet. Blíže se k tomuto náhledu na člověka vrátíme v rámci epistemologických východisek práce: narativní psychologie a daseinsanalýzy.

## **Člověk v instituci**

Zabýváme-li se blíže otázkou podob komunikace ve zdravotnictví a postavením člověka v instituci, další filosoficko-teoretické východisko nacházíme v díle francouzského filozofa M. Foucaulta. Jeho text *Dohlížet a trestat o historii a vzniku vězeňství* (2000, pův. 1975), se totiž zabývá především podobou instituce, disciplínou, udržením chodu instituce ve funkčním rámci atd. Mimo věznic a školy popisuje Foucault fungování instituce také u nemocnic.

Pro bližší porozumění postavení pacienta uvnitř zdravotnického zařízení jako systému, je třeba vypravit se po stopách vzniku disciplinárních institucí. Foucaultovým cílem je odhalit základní nástroje společné všem institucím, fungujícím na základě disciplíny (2000, s. 203). Přestože nemocnici není možné beze zbytku přirovnat k vojenským zařízením či vězení, existují základy, které mají tyto instituce společné.



### *Mučení a trestání*

Foucault svou knihu uvádí popisem vývoje mučení a trestání. Ač se toto téma zdá být příliš vzdálené od toho, jak dnes rozumíme zdravotnické péči, je dobré povšimnout si některých jeho postřehů z 19. století: součástí zefektivnění procesů s odsouzenými je jejich jisté odosobnění a nástup pravidel; řečeno Foucaultovými slovy až pedantické „aritmetiky trestů“. Vyšetřování se v průběhu času stalo dobře šlapajícím strojem, který produkuje pravdu, mučení pak výrobou pravdy skrze nakládání s tělem. Právě tělo, jako veřejný předmět ceremoniálu trestu v případě trestněprávního procesu, je analogicky centrálním objektem k zacházení i v rámci somatické medicíny.

U Foucaulta je použití těla demonstrací pravdy, a s tím spojené doznání obviněného činí vinu „více pravdivou“, vina je potvrzena. Aniž by existovalo rovnítko mezi mučením a léčbou, tyto momenty jsou zásadní: je to zacházení s tělem člověka, které tvoří základ zdravotnické komunikace a stává se nástrojem pro pojmenování vzájemného vztahu. Foucault (s. 88) konstatuje, že veřejný proces a poprava jsou rituály politické, jimiž se manifestuje moc, a vězení je technologií moci nad tělem, jejíž je technologie duše – psycholog, vychovatel – jedním z nástrojů. Nelze říci, že v medicíně se jedná v prvé řadě o záměr lékařů ovládat pacienta skrze jeho tělo; také jejich konání je systémem určeno a je jejich pracovní povinností s tělem pacienta pracovat. Jsou nástroji a vykonavateli vůle systému. Přesto je tím povaha vzájemného vztahu i podoba komunikace určena; znovu uskutečňována je pak právě skrze tělo pacienta. Oním naložením s tělem není jen oblast vyšetřování či léčby, ale v případě hospitalizace i prostá skutečnost, že pacient setrvává v cizím prostoru, a obě strany vnímají jeho ne-možnost tento prostor jednoduše opustit.

### *Disciplína*

Celý soubor vojenských, školských a nemocničních zařízení nahlíží Foucault z hlediska těla jako objektu moci. Skrze tělo se uchopuje a realizuje moc: např. voják, cvičení jeho postoje, uniforma, vše je takovou podobou práce s tělem, aby bylo disciplinováno a aby umožňovalo běh systému, fungování instituce.

### **Umění rozdělení**

Jedním z nástrojů disciplíny uvnitř instituce je rozdělení; první z jeho podob pak *klauzura*. V klauzuru spatřuje Foucault dva důležité momenty: 1. specifikování místa, jež je heterogenní vůči všem ostatním, a 2. jeho uzavření v sobě samém. Vnější činitelem klauzury je podle něj například strážný otevírající brány. Původně se jednalo o vlastnost klášterních, internátních škol, později továren. Jak píše Foucault, pro větší efektivnost je totiž právě klauzura dobrým, funkčním nástrojem: vydobude maximum výhod, chrání materiál, neutralizuje potíže.

Dalším nástrojem institucionální moci je *rozčlenění*. Pokud bude každému individuu přiřazeno jedno místo, každému místu jedno individuum, vyloučí se tak „důsledky nekontrolovatelného rozptýlení individuí, jejich rozptýleného pohybu, jejich neúčinného a nebezpečného srážení“ (s. 209). Jedním z nástrojů rozčlenění je pak kontrola presence a absence, která v zásadě umožňuje najít utilitární způsob komunikace.

Prostor pro využití moci instituce přináší další z podob rozdělení, a sice *pravidlo funkčních umístění*. Funkční umístění postupně kódují v institucionálních zařízeních prostor, který

nechala architektura obecně přístupný a připravený k rozmanitému využití; pokud by tak nečinila, šlo by o místa „střetávání zakázaných cirkulací“ (s. 210). Právě pravidlo funkčních umístění považuje Foucault za největší přínos disciplíny lékařskému využití. Lékařský dohled nad nemocnicemi se tu podobá celé řadě jiných kontrol: kontroly zboží v továrně, dezercí v armádě, kontroly narození a úmrtí. Nejprve funkční umístění sloužilo pro nakládání s věcmi (léky do uzamčených skříněk), postupně se zpřísnila kontrola nemocných/ověřování počtu, tabulka na posteli, která zajistí, že je člověk zanesen do evidence a kontrolován. Později pak přišla separace lůžek proti nákaze. Administrativní a politický prostor se tak postupně promítl do prostoru terapeutického, a z disciplíny se zrodil prostor pro lékařské využití.

Analogie se systémem nemocničních pokojů/boxů je zde nasnadě. Prostor nemocnice určuje umístění těla (pacienta) a jeho oddělení od ostatních. Z praktického hlediska je tak zajištěna funkčnost systému a jeho hladký chod.

Prvky disciplíny jsou dále definovány *jednotou postavení*. Postavením se rozumí místo, které někdo zaujímá v klasifikaci; klasifikace pak je základním termínem, který vystihuje podstatu disciplíny. Nebylo tedy třeba pouze uspořádat těla (umět rozdělit prostor) fyzicky, upoutáním člověka k místu. Dokonalost disciplíny je ve Foucaultově perspektivě dosahována právě klasifikací, rozčleněním podle postavení. Bylo třeba nechat jednotlivce cirkulovat v síti vztahů, tak aby systém zůstal funkční a nebyl narušován volně se pohybujícími elementy.

### **Kontrola aktivity**

Inspirována klášterními společenstvími, přináší disciplína v instituci kontrolu aktivity, kterou realizuje v první řadě skrze *rozvrh času*. Činí tak stanovením časového rytmu úkonů, určením zaměstnání, tj. konkrétních činností jednotlivcům a regulací cyklů opakování. Církevní řády se v průběhu staletí staly místy disciplíny (rytmus, pravidla, náboženské obřady), ale disciplíny tyto zděděné postupy modifikovaly a hlavně zjemnily (vše se počítá po minutách). Přesnost a využitelnost se tak staly, spolu s pravidelností, ctnostmi disciplinárního času.

Dalším procesem kontroly aktivity je *časové vypracování úkonu*, jímž se myslí jistý druh definování anatomicko-chronologického schématu chování. Zde se Foucault odvolává na přesný předpis pochodového kroku vojáků (definuje se pozice těla, končetin, kloubů; každému pohybu je přisouzen směr, rozpětí, doba trvání, je předepsán pořádek, v jakém mají následovat). Část z takového druhu kontroly se přenesla také do jiných disciplinárních systémů, včetně medicíny, která analogicky předpokládá konkrétní způsob provádění lékařských úkonů. Nejen pro pacienta, ale také pro zdravotníka pak v naší analogii platí, že „tělem proniká čas a spolu s ním všechny způsoby mocenské kontroly“ (s. 221).

V souvislosti s kontrolou aktivity se Foucault dále zabývá ještě *zavedením korelace těla a pohybu*, kdy připomíná disciplinární požadavek na konkrétní podobu aktivity jedinců. Poslušnost zde vychází z požadavků na konkrétní pohyb a podobu jeho provedení. Z medicínského diskurzu se tu nabízí analogie s předepsanými lékařskými postupy, tzv. *lege artis*, ale i s konkrétními jasně danými pohyby spojenými s vyšetřováním pacienta, akutními lékařskými zásahy, ale i rutinní ošetrovatelskou činností.

Posledními dvěma nástroji, jimiž Foucault ilustruje uplatnění disciplinární moci je *členění na tělo a objekt* (kde tělem se v našem případě rozumí postava zdravotníka, objektem pak pacient, s nímž je manipulováno) a *vyčerpávající využití* (které přináší diskurz maximální využitelnosti investované energie, jenž žádá ne-zahálení, nemrhání časem a jeho stále rostoucí využití).

### **Kompozice sil**

Posledním z Foucaultem uvedených nástrojů, které uvnitř instituce udržují řád, je rozdělení sil a jejich vyvážení. Disciplína totiž potřebuje maximálně sladěné rozčlenění, tak aby účinek byl vyšší než součet elementárních sil (s. 234). Jednotlivé tělo se pak stává prvkem, který lze umístit, přesouvat a členit v souvislosti s druhými. Účinnost a výkonnost systému se tak maximalizuje; a minimalizují se odchylky, které by jej narušovaly.

Člověk uvnitř instituce obecně, ale také konkrétně, v rámci pobytu v nemocnici, je objektem disciplinárních opatření. Foucault nabízí optiku uplatňování disciplíny na jedince, jež byla v minulosti doménou trestních řízení, ale také armády či klášterních škol a zařízení, avšak přináší i zřejmé analogie se systémem nemocnice. Předmětem ovládnutí jedince ze strany instituce je přirozeně práce s jeho tělem, jež se i v prostoru nemocnice odehrává (mimo jiné) skrze rozdělení a systematické třídění, rozvržení času a kompozici sil.

### *Diskurz a subjektivní pozice*

Práce M. Foucaulta se stala základem pro jeden ze směrů postmoderní psychologie, diskurzivní analýzu. Podle *foucaultovské diskurzivní analýzy* jsou diskurzy vzorci významů, které připisujeme pojmům (Parker, 1997, in Plháková, 2006). Například medicínský diskurz nahlíží každé dění hlediskem nemoci a jejích příznaků, možností léčby, a v souvislosti s tím, také rolí pacienta a zdravotníka v instituci nemocnice. V tomto ohledu je přístup foucaultovské diskurzivní analýzy blízký dalším východiskům této práce, zejména pak interpretativně založené etnografii či Goffmanovu pojetí, jež klade důraz na specifické chování, chápání věcí i způsob mluvení uvnitř instituce.

Foucaultovská diskurzivní analýza se zrodila v anglo-americké psychologii konce 70. let minulého století, kdy skupina badatelů, ovlivněná idejemi Michela Foucaulta začala přezkoumávat vztahy mezi jazykem, mocí a subjektivitou. Podle jejich názorů se subjektivita, tj. způsoby pochopení a prožívání světa i společenská pozice, vytvářejí skrze historické proměny různých diskurzů spojených s institucemi, jakými jsou mj. zdravotnická zařízení (Edwards, 2004, in Plháková, 2006). Potvrzuje se tak ústřední role instituce (nemocnice) v tvorbě a udržení společenského řádu skrze diskurz, který je jim nadřazen a do něhož subjekt vstupuje.

Diskurz pak vymezuje také to, co diskurzivní analytici označují jako *subject position* (subjektivní pozici). Ta výrazně ovlivňuje subjektivitu jedince, včetně jeho sebepojetí. Například člověk, který má zdravotní potíže, získává v rámci medicínského diskurzu subjektivní pozici pacienta, která z něj činí pasivního příjemce péče osob, jež jsou v postavení expertů (Willig, 2003, in Plháková, 2006). Podle dalších diskurzivních analytiků je subjektivní pozice přímo umístěním osoby ve struktuře *práv a povinností*, jež plynou z nějakého významného diskurzu, v našem případě z diskurzu medicínského. Zaujetí subjektivní pozice pak významně určuje také způsob, jakým člověk pohlíží na svět i na sebe

sama. Harré a Gillett (in Plháková, 2006) vkládají do subjektivní pozice pojem identita a myslí jí jak identitu jedince jako takovou, tak její morální rozměr. Vědomí sebe je podle nich v podstatě vědomím vlastní individuality; jeho morální rozměr pak spočívá ve vědomí vlastního vlivu na svět v daném diskurzu, a to včetně uvědomění si sebe jako aktivního aktéra.

## **Epistemologická východiska**

### **Etnografický přístup ke zkoumanému tématu**

V této části formulujeme vlastní ideové – a v důsledku též metodologické - zakotvení vzhledem ke zkoumanému tématu. Náš přístup k analýze vychází ze sociálně konstruktivistické tradice, konkrétně z přístupů symbolického interakcionismu a alternativní, zejména tzv. interpretativní sociologie, úžeji pak z přístupu etnografie (a z ní vycházející školní etnografie).

### **Symbolický interakcionismus a interpretativní sociologie**

Symbolický interakcionismus nahlíží lidské chování skrze významy, jež mu jsou připisovány. Zásadním měřítkem naší zkušenosti je význam, který vkládáme do chování vlastního i do chování druhých. A právě připisování významu, respektive interpretace chování vlastního, ale i chování druhých, je nosným tématem také v rámci patientské zkušenosti.

Symbolický interakcionismus vychází ze tří premis:

1. Lidé se vztahují k věcem skrze význam, který v sobě věci nesou – vše je v daném prostředí symbolem s vlastním významem; lidé nevstupují do kontaktu s věcmi, ale s jejich významy
2. Významy vznikají ze sociální interakce jedince s druhými – kultura jako sdílený systém významů, je vytvářena a definována v kontextu mezilidských interakcí. Vlastní definice toho, co se děje kolem nás, sdílíme skrze to, jak probíhají naše vzájemné interakce. Kultura každé skupiny, a potažmo každého prostředí, je neoddelitelně spjata se sociálním životem, který je vlastní dané skupině.
3. Významy se mění skrze naši interpretaci věcí, s nimiž vstupujeme do kontaktu. Interpretace chování druhých a způsob, jakým k ní přistoupíme, určují podobu významů, které budeme věcem nadále připisovat a způsobům, jakými se budeme chovat. V každém okamžiku probíhající sociální interakce můžeme interpretovat situaci různými způsoby, které pak vedou k různému chování.

Spradley ve svém shrnutí nabízí koncept kognitivní mapy, jenž může vést k lepšímu porozumění interpretativnímu aspektu kultury. K této mapě se vztahujeme při každodenních činnostech; slouží nám jako průvodce naší zkušeností. Ta může čelit neočekávaným sociálním situacím, pro něž neexistuje jednoznačné vodítko. A přestože naše kultura neobsahuje detailní návod pro takové situace, nabízí jisté principy, skrze něž je můžeme interpretovat a vědět, jak na ně reagovat. Jednotlivé kultury (v případě lékařského prostředí je to kultura pacientská a ta, jež je vlastní personálu nemocničního oddělení) jsou jako odlišné školy navigace, vytvořené pro pohyb v odlišných terénech. Kultura pak, ono povědomí, které lidé získali jako členové skupin, nemůže být pozorována přímo. Spradley (1980, s. 10) píše, že „chceme-li vědět, co lidé vědí, musíme se jim dostat do hlavy“. Právě společná konstrukce významů, jež se odehrává v lékařsko-pacientské komunikaci, je v jistém smyslu setkáváním odlišných kultur; jejich vzájemná komunikace pak je opakovaným vyjednáváním o pozicích jejich aktérů, stejně jako o jejich vztahování se k celému systému.

Protože není možné proniknout přímo do světa nemocnice jako do etnograficky zkoumaného cizího světa (a to především z technických důvodů obtížně realizovatelného pozorování uvnitř nemocničního prostředí), jádrem sdělení budou rozhovory s těmi, kdo se součástí onoho prostřední na jistou dobu stali. Analýza jejich zkušenosti poskytne možnost nahlédnout do prostoru nemocnice jako specifické struktury vztahů a především rolí, které jednotliví zúčastnění hrají, tak aby systém fungoval, udržoval a znovu reprodukoval sám sebe. Současně se respondenti a respondentky a jejich reflexe stanou sami předmětem zájmu.

V tomto směru je etnografický přístup inspirován přístupem tzv. interpretativní sociologie (např. etnometodologie H. Garfinkela, dramaturgický přístup E. Goffmana). Interpretativní sociologie v mnoha ohledech rozvíjí myšlenky symbolického interakcionismu, ale klade důraz na samotné praktiky, členy prostředí. Ti jsou nadáni ještě větší poznávací kompetencí; sami aktéři tak jsou pravými výzkumníky svého každodenního života (Kučera, 1992). To jednoznačně platí pro pacienty, kteří se na základě zkušenosti s hospitalizací stali respondenty našeho výzkumu.

## Etnografie

Spradley (1980) zmiňuje jako zásadní proměnu společenských věd právě vznik *etnografie*, která dává základ jakékoli možnosti výzkumníka proniknout do zkoumaného prostředí, a porozumět jeho zákonitostem skrze svou vlastní přítomnost v něm. To napomáhá jisté emancipaci kvalitativního výzkumu – a speciálně etnografie - jako platného a hodnotného vědeckého přístupu. Z původně ryze antropologické disciplíny se stal metodologický přístup, který lze aplikovat v mnoha dalších oblastech. „Jako proud postupně sílí, až vystoupí z břehů a vyše potůčky do mnoha stran, přesáhla etnografie břehy antropologie. (...) Dávno není spojena pouze s exotickými kulturami vzdálených míst; vrátila se domů a stala se základním nástrojem pro porozumění nám samým a multikulturním společností moderního světa.“ (s. 5)

Jakkoli je popsána „novost“ etnografie v tehdejší pohledu vzdálena dnešní realitě, stále platí, že etnografii lze účinně využít jako nástroj poznávání nejen cizích světů, ale i subkultur našeho světa. Za jeden z takových prostorů považujeme prostředí nemocnice: svět, do něž

čas od času takřka každý člen společnosti vstupuje, přesto zůstává prostorem cizím a ne zcela poznaným. Jeho zákonitostem a jeho specifikům se chceme v této práci přiblížit.

### *Jazyk*

Některé významy, kterým jsme chtěli porozumět, jsou přímo vyjádřeny v jazyce onoho prostředí. Ve všech společnostech lidé používají komplex významů, aby organizovali své chování, aby rozuměli sobě samým a ostatním, a aby dali smysl systému, v němž žijí (Spradley, 1980, s. 5).

Také v prostoru nemocnice se setkáme s projevy systému, které jsou pro něj charakteristické, avšak na první pohled nejasně identifikovatelné. Spradleyho předpoklad, že tento systém je možné poodhalit a porozumět jeho principům, pak poskytuje oporu pro náš vstup do prostředí, zprostředkovaný skrze patientskou reflexi.

### *Kultura*

Spradley (1980) identifikuje tři aspekty předmětu etnografického výzkumu: kulturní povědomí, kulturní chování a kulturní artefakty. Kulturou rozumí „potřebné povědomí, které lidé užívají k interpretaci zkušenosti a tvorbě vlastního chování“ (s. 6). Zdůrazňuje pak, že centrem výzkumu nemají být kulturní artefakty nebo vnější podoba chování jednotlivce či skupiny, ale právě *významy*, které jim jsou v dané kultuře přisuzovány. Srozumitelné je to právě při střetu dvou kultur, a také zde je možné využít analogie s nemocničním prostředím.

### *Etnografický přístup u nás*

V neposlední řadě se pak hlásíme k tradici založené Pražskou skupinou školní etnografie, jež položila základy k holistickému, kvalitativnímu, reflexivnímu a interpretativně zaměřenému přístupu v českém kvalitativním výzkumu (Kučera, 1992).

## **Narativní přístup**

Jedním z epistemologických východisek našeho výzkumu je přístup narativní psychologie. Ten považujeme za zásadní přínos našemu přístupu, neboť analýza problému bude založena na příbězích jednotlivců.

Narativní přístup však nevyužíváme pouze proto, že data jsou narativní povahy, ani pouze z toho důvodu, že si tu více „povídáme“ než „počítáme“, ale proto, že předznamenává přístup k vyprávěním jako k metaforám. Narativní perspektiva jako taková zaostřuje na prožívanou biografickou zkušenost a její význam (Chrz, 2004, s. 21). Analýza rozhovorů a situací, kterou nabízíme, se tak bude vedle analýzy komunikačních situací, jak jsou popsány, soustřeďovat též na narativní rozměr; tedy na skutečnost, že pacient/ka vypráví svůj příběh. Vyprávění chceme vnímat nejen jako informaci o dění uvnitř nemocnice, ale je třeba zahrnout do analýzy také aspekt vyprávění jako konstruovaného autobiografického příběhu.

Nejblíže našemu přístupu je narativní analýza, vycházející z Heideggerovské hermeneutické tradice (Chrz, 2004), v níž je postaven důraz na člověka jako na odpovědnou bytost, jež aktivně „rozvrhuje“ svůj přístup k situaci. Pozice člověka jako aktéra je vedle informací o zkoumaném problému jedním ze zásadních obsahů patientských příběhů, na němž můžeme stavět. Narativní perspektiva se stane v první řadě základem pro momenty, v nichž zachycujeme pacientův osobní vývoj, změnu jeho postoje či chování a reflexi vlastních prožitků v náročné situaci hospitalizace.

## Daseinsanalýza

Ze zmíněné Heideggerovské tradice vycházejí také další filozofické a psychologické/psychoterapeutické směry, jež považujeme za vhodná východiska k analýze našeho materiálu. Uvažování, které je našemu výzkumu nejbližší, v sobě spojuje filozoficko-terapeutický směr daseinsanalýza.

Filozofickými základy daseinsanalýzy jsou fenomenologie a existenciální filozofie. Fenomenologie historicky přispěla vědě především snahou zachytit věci, tak jak opravdu jsou v lidské zkušenosti.<sup>10</sup> Zakladatel fenomenologické filozofie Edmund Husserl se ptal, k čemu je věda, která nesdílí nic o tom, co je skutečně tématem a obsahem lidské zkušenosti, a obohatil tak vědu o důslednou snahu jít až k jádru lidské zkušenosti; ne popisovat jen izolovaná fakta. Fenomenologie tak měla být vědou o prvotních prožitcích zkušenosti, bez omezení kognitivním systémem (Husserl za tím účelem zavedl tzv. **fenomenologickou redukci**, jež stojí na uzávkování veškeré předchozí zkušenosti, veškerého předporozumění, a na nově nabyté schopnosti podívat se na věc čistými očima). Fenomenologie je zásadním inspiračním zdrojem pro náš výzkum, ale i jako jako filozofický základ daseinsanalýzy, která v sobě fenomenologický přístup propojuje s východisky existenciálních filozofů.

Za svůj přímý zdroj zakladatelé daseinsanalýzy Ludwig Binswanger a Medard Boss považují rané dílo Heideggerovo.<sup>11</sup> Jimi ustavená daseinsanalytická psychoterapie stojí na

---

<sup>10</sup> Je to ostatně snaha, kterou deklarovali prakticky všichni filosofové historie, avšak podle fenomenologů nakonec vždy směřovali k tomu, že vytvořili svébytný metafyzický systém, skrze nějž se snažili svět popsat. Platí to jak pro Platónovu nauku o idejích, či pro celou středověkou teologii a její systém dogmat, tak pro pozitivismus, jenž předpokládá, že vše lze za pomoci funkčního systému vědecky objasnit. Václav Bělohorský (1991) nazývá tento typ uvažování *kamenným srdcem západu*: metafyzický systém, který se snaží popsat lidskou zkušenost, a pěstuje lhostejnost k tomu, co je jedinečné.

Mnozí filosofové v dějinách pak na tento rozpor upozorňovali a hledali cestu, jak se dostat k skutečné podstatě lidské zkušenosti. Sókratés upozorňoval, že k jádru otázky se lze dostat jen tehdy, kdy přiznáme, že nevíme nic, ani to, že nevíme, a v tomto vztahu vůči otázce setrváme; věc se pak zjeví sama. Descartes došel k tomu, že jediné, o čem nelze pochybovat, je to, že pochybujeme. Kant pak směřem ke sporu racionalismu a empirismu upozorňoval, že není prvotní ani racio, ani empirie, ale mřížka, skrze niž se díváme na svět a která je nám vlastní; ta je právě naší prvotní zkušeností. V tomto způsobu uvažování pak došel k závěru, že nic nelze objektivně poznat, protože jsme vždy v zajetí vlastní „mřížky“, a vždy se na věci nutně díváme subjektivně.

<sup>11</sup> Heideggerovo dílo bývá rozdělováno na rané a pozdní. Pozdní Heidegger směřuje k absolutnímu opuštění snahy cokoli poznat a popsat a uchyluje se více k mystice, s tím, že bytí nelze přenést do žádného systému ani metody. Störig (1991) argumentuje, že z důvodu obratu v jeho pozdním díle není nadále udržitelné

Heideggerově východisku, že naše bytí je vždy nějak umístěno ve světě (zde – da): někde se pohybujeme a je to spojeno s jedinečnou konstelací našeho pobytu.

Filozoficky kladl Martin Heidegger, jako někdejší Husserlův žák, důraz na primární snahu, kterou má být zájem o bytí. Tato původní snaha je podle Heideggera prvotní a stojí tu dříve než metoda, kterou používáme. Filozofie podle něj otázku bytí dosud přehlížela a „zapomněla“ na něj. Heidegger však byl v tomto ohledu ve sporu s Husserlem a jeho fenomenologickou redukcí; nesouhlasil především s částí fenomenologické redukce, transcendentální redukcí, tedy s možností popsat a poznat skrze metodu i sebe sama. Jeho východiskem se stal **hermeneutický kruh**, který vychází z vědomí, že člověk nemůže vystoupit ze sebe a popisovat sebe sama, neboť to vždy a nekonečně bude vždy on sám. Podle Heideggera platí, že člověk nikdy nemůže stát mimo sebe a svou vlastní zkušenost. Svou existenci může prožít, ale ne ji objektivně popsat. Je proto třeba ponechat věci, jak jsou, nechat je promluvit a nechat je působit v jejich přirozenosti.<sup>12</sup>

Hlavním obsahem Heideggerova *Bytí a času* je fundamentální ontologie, ustavující právě bytí za základní strukturu; Heidegger jej nazývá pobytím (Dasein). Bytí ve světě podle něj není prostorovým umístěním ve smyslu položení předmětů vedle sebe, ani obsažeností v něčem (bytí v), ale základní strukturou pobytu. Základní lidskou zkušeností, která se s pobytím pojí, je pak úzkost, z níž pramení veškerá naléhavost i významnost pobývání (Störig, 1991). Heideggerovo upozornění na úzkost jako výsledek setkání s vlastní smrtí může znít pateticky, avšak nejde o nic jiného než uvědomění si hranic vlastního bytí a nebytí, jež dává pobytu ve světě hodnotu. To je jedno z hlavních témat *daseinsanalýzy*, které obohacuje náš přístup o existenciální rozměr prožívání každého jednotlivce, včetně našich respondentů v roli (hospitalizovaných) pacientů. *Daseinsanalýza* v souladu s Heideggerem upozorňuje, že kdybychom měli k dispozici nekonečné množství času, nic by nebylo naléhavé, důležité, a tím ani „skutečné“. Vrací tak pozornost člověka k vlastní existenci a touze realizovat vlastní nezaměnitelný život, autentický („vždy svůj“) a svobodný.

*Daseinsanalytickému* uchopení člověka v úzkosti je blízké Patočkovu pojetí **domova** (také z toho důvodu považují čeští *daseinsanalytici* Patočku za svůj zdroj). Domov je místem, kde zdarma a bez úsilí zakoušíme vnitřní stabilitu. Je vyjmutím z lidské úzkosti, místem, kde je vše, jak má být, a kde o něm nemusíme přemýšlet (Průka, 2007).

Patočkova perspektiva domova přispívá k *daseinsanalytickému* pojetí člověka třemi **pohyby** (Patočka, 1992):

1. **akceptace**, jedná se o spontánní životní jistotu, v níž člověk nemusí přemýšlet o tom, zda je vše, jak má být;<sup>13 14</sup>

---

zařazení Heideggera mezi filozofy existence, avšak jeho rané dílo *Bytí a čas* položilo natolik významné základy pro další proudy psychologie a později i psychoterapie, že není možné jej z existenciální filozofické základny vydělit. *Daseinsanalytická* teorie staví právě na raném Heideggerově díle.

<sup>12</sup> V našem případě to znamená ponechání pacientovy zkušenosti tak, jak ji on subjektivně prožívá, bez ambice určit, co „je pravda“ a co už není.

<sup>13</sup> Koresponduje též s mnoha klasiky psychologie, např. E. Eriksonem.

<sup>14</sup> „Člověk je ponejprv položen do kolébky domova,“ (G. Baschelard, in Průka, 2007).



2. **pohyb boje a práce** nastává ve chvíli, kdy se klidné bezčasí naruší, zborší a člověk musí tvořit svůj svět vlastní silou;

3. **pohyb transcendence** nastává, když člověk zjišťuje, že svými silami nezajistí vše, všechny základy, které má, se ukáží jako vratké a on se musí obrátit k tomu, co v moci nemá.

Pro naši analýzu je nosné také daseinsanalytické pojetí nemoci, které je v souladu s existenciálními východisky. Daseinsanalýza chápe nemoc jako deficientní způsob existence (Plháčková, 2006). Nemoc v tomto pojetí vždy znamená ne-moci-být v možnostech svého vlastního bytí. V zásadě to znamená bezmoc, tedy nemožnost zcela naplnit svou svobodu. Nemoci nelze v tomto pojetí rozumět jako dílčí poruše živého organismu, protože porušuje bytí člověka jako celku, omezuje jej v jeho samostatnosti a volnosti rozhodování (Hlavinka, 2001).

Řečeno jazykem daseinsanalýzy, člověk je ve svobodném bytí omezen nemocí jako takovou, ale jako pacient, jenž se ocitá v nemocnici, pozbývá ještě další každodenní svobody, jež tvoří jeho plnohodnotné bytí. Být omezený ve svých tělesných možnostech (nemocí i uzavřením v nemocnici) tak znamená být zúžený ve svém bytí ve světě. Cílem léčby pak je své bytí ve světě plně obnovit (Čálek, 2005).

Prvotním hlediskem, jež určuje evropskou existenciální psychologii i daseinsanalýzu, je právě důraz na člověka a jeho existenci. Výsostně relevantním zdrojem informací pro naši analýzu se tak stává právě zkušenost člověka uvnitř nemoci, posílená o prožívání pobytu v nemocnici a s ním spojený průběh komunikace se zdravotníky.

## Vymezení tématu, cíle a výzkumné otázky

### Oblast zkoumání

Tématem našeho výzkumu je zdravotnická komunikace v reflexi pacientů. Pro zpřesnění oblasti zkoumání uvádíme, že nám půjde o témata, která stojí mimo technické záležitosti, jakými jsou diagnóza, medikace a další prvky terapie. Předmětem zájmu tohoto výzkumu budou **psychologické aspekty zdravotnické komunikace**, tedy ty, které stojí nad jejím explicitním obsahem, a to v perspektivě pacienta a jeho prožité zkušenosti.

Výzkum je postaven na analýze patientské reflexe zdravotnické komunikace. Ta se může odehrávat v různých prostředích, typicky pak v ambulantní péči nebo v nemocnici.

Jak se ukázalo v průběhu předvýzkumu, zkušenost pacienta v jednorázovém i opakovaném ambulantním kontaktu s lékařem se odlišuje od zkušenosti fyzického pobytu v nemocnici. Ambulantní kontakt pacienta s lékařem je více poznamenán běžným životem, z něhož si pacient jen „odskočil“ navštívit lékaře. Je zde stále přítomna možnost odejít a znovu se nevrátit, a tudíž i jistá nezávislost pacienta na vůli zdravotníka. Z toho důvodu se zaměříme v první řadě na zkušenost s **hospitalizací**, kde je možné zachytit krystalickou podobu zdravotnické komunikace, jež není tolik ovlivňována okolním kontextem.

Analýza zdravotnické komunikace v prostředí nemocnice může přinést více informací o specificky asymetrickém vztahu zdravotníka a pacienta, a to mimo jiné z těchto důvodů:

- 1) Hospitalizace je emočně náročnou zkušeností. (Částečně to může být pro vážnost zdravotního problému jako takového nebo pro větší rozsah zásahů na pacientově těle.)
- 2) V procesu hospitalizace je pacient v dlouhodobě závislém postavení vůči lékaři (a dalšímu personálu).
- 3) Hospitalizace vstupuje do pacientova života na rovině omezení jako aktivního činitele vlastního života. Jedná se o zkušenost, spojenou nejen s vlastní nemocí, ale také s pobytem uvnitř organizované instituce, jež přirozeně odebírá svobodu pohybu i rozhodování.

Jedním z neopominutelných aspektů zdravotnické komunikace je **prožívání pacienta**; na něj se budeme v analýze soustřeďovat. Prožívání pacienta bude předmětem našeho zkoumání také proto, že ovlivňuje podobu komunikace a současně má vliv jak na spolupráci pacienta při léčbě, tak v důsledku na úspěšnost terapie jako takové (Stewart et al., 1999; Oates et al., 2000). Nejedná se o vedlejší fenomén; zkušenost pacienta a jeho prožívání jsou centrálním rozměrem analýzy.

### Pojmy

**Zdravotník:** lékař/ka, zdravotní sestra a v některých případech také pomocný personál

**Pacient:** respondent, který popisuje vlastní zkušenost z komunikace se zdravotníky; nejčastěji během hospitalizace

**Zdravotnická komunikace:** každá komunikace mezi zdravotníkem a pacientem

**Systém:**

Pojem systém bude v tomto textu užíván dvojnásobně: zaprvé v užším smyslu jako konkrétní **komunikační systém** neboli komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, jež má svůj obsahový i vztahový rozměr; za druhé bude pojem **systém** užíván ve smyslu pravidel a postupů konkrétní nemocnice, jež tvoří komunikační kontext každé zdravotnické komunikace. **Systémem** je tedy míněn systém péče o pacienta, který je dán prostorem nemocničního oddělení či celé nemocnice, jeho požadavky, pravidly a předpisy. Současně systém péče zahrnuje celou šíři dalších vlivů: je dán systémem zdravotnictví v České republice (organizací péče, podobou vzdělávání lékařů, postoji odborných lékařských komor, zdravotnickou politikou), ale i mediálním a společenským prostorem, který odráží postoje veřejnosti. Jak institucionální, tak i širší společenský rozměr jsou nedílnou součástí kontextu každé zdravotnické komunikace.

## Východiska

Mezi zdravotníkem a pacientem existuje vztah specifické povahy. Naším předpokladem je, že z povahy nemoci samé existuje mezi zdravotníkem a pacientem jistá nerovnováha a také v jejich komunikaci je a priori přítomná jistá prvotní **asymetrie**.

Není naším cílem hodnotit, zda je apriorní vztahová konstelace dobrá, nebo špatná, ale pojmout ji jako výchozí skutečnost a sledovat, jak se v rámci zdravotnické komunikace projevuje a dále vyvíjí; zda může být na vztahové rovině zesilována nebo zeslabována.

## Cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je na souboru konkrétních případů identifikovat oblasti, v nichž se formuluje podoba komunikace zdravotníka a pacienta v průběhu hospitalizace a která mají vliv na prožívání pacientů. Tento cíl lze konkretizovat hledáním odpovědí na několik výzkumných otázek.

Co se odehrává v komunikaci zdravotníka a pacienta nad rámec jejího „technického“ obsahu (diagnóza, terapie, medikace) a jak tuto komunikaci reflektuje pacient?

Co určuje podobu komunikace zdravotníka a pacienta?

Je možné identifikovat existující asymetrii ve vztahu zdravotníka a pacienta? Jaké jsou konkrétní projevy asymetrie v patientské zkušenosti? Jakým způsobem determinuje vztah zdravotníka a pacienta systém konkrétní nemocnice a skutečnost, že se jedná o hospitalizaci?

V jakých oblastech nemocniční péče se asymetrie mezi zdravotníkem a pacientem může zesilovat či zeslabovat?

Co prožívá v průběhu hospitalizace pacient (co sděluje a co prožívá nereflektovaně) a jak se jeho prožívání vyvíjí?

## **Výzkumný vzorek, metody a etické aspekty**

V rámci předkládaného výzkumu jsme analyzovali materiál kvalitativní povahy, který jsme podrobili zevrubné analýze. Konkrétní postup výzkumu a vývoj v přístupu k analýze dat popisujeme v následujícím textu.

Pro bližší porozumění zákonitostem zdravotnické komunikace a pro identifikaci témat, jež jsou v tomto ohledu často opomíjena, jsou data kvalitativní povahy (v tomto případě rozhovor) vhodná, protože umožňují nahlédnout do vztahové roviny komunikace a bez předem daných omezení umožňují respondentovi sdělit vše, co považuje v takto subtilní záležitosti za relevantní. Induktivní přístup k analýze je pak z podobných důvodů nosný především tím, že umožňuje zkoumat téma otevřeně.

### **Sběr dat a výzkumný vzorek**

Těžištěm celého výzkumu k disertační práci je analýza rozhovorů s pacienty a lékaři. Materiál pro analýzu tvoří celkem patnáct rozhovorů se čtrnácti respondenty.

Při výběru respondentů jsme se zaměřili především na pacienty, kteří mají zkušenost s dlouhodobou zdravotnickou péčí a s hospitalizací. Tři z respondentů (Pavel, Ester, Libuše) jsou současně lékaři v různých nemocnicích, což považujeme za výhodné, neboť se ukazuje, že jejich zkušenost v rolích pacientů je obdobná jako u ne-lékařů, a místy navíc dávají nahlédnout do útrob vlastní profesní zkušenosti, což dodává naší analýze nový rozměr. Respondenti byli vybíráni metodou sněhové koule. Primárním kritériem pro výběr byla zkušenost s hospitalizací. Součástí každého rozhovoru se následně stalo více zkušeností s nemocí, včetně ambulantní péče.

Výzkumu se zúčastnilo celkem deset žen a čtyři muži ve věku od dvaceti sedmi do šedesáti dvou let. Všichni respondenti pocházeli z České republiky<sup>15</sup>.

jméno	věk	dosažené vzdělání	povolání	délka rozhovoru	příběh Příloha č. 1	rozhovor Příloha č. 3
David	36	VŠ	fyzioterapeut	0:55	s. 3	s. 18
Ester	30	VŠ	lékařka (gynekologie)	2:30	s. 13	s. 170
Eva	33	VŠ	psycholožka	1:50	s. 9	s. 121
Helena	33	VŠ	laboratorní specialista	1:50	s. 3	s. 25
Jana	27	SŠ	referentka	1:19	s. 5	s. 52
Jiří	62	SŠ	redaktor	1:43	s. 11	s. 141
Jitka	38	VŠ	archivářka	1:10	s. 8	s. 107
Kateřina	36	VŠ	sociální pracovníce	1:18	s. 7	s. 90
Lenka	35	SŠ	zdravotní sestra	2:23	s. 12	s. 153
Libuše	34	VŠ	lékařka (interna)	0:45	s. 4	s. 43
Marie	42	VŠ	učitelka	1:38; 1:20	s. 6	s. 64 a 68
Pavel	45	VŠ	lékař (interna)	1:17	s. 6	s. 78
Šimon	43	SŠ	elektrotechnik	1:51	s. 2	s. 2
Zuzana	35	VŠ	vědkyně	0:19	s. 10	s. 139

Tabulka 1, Popis výzkumného vzorku

## Etické aspekty výzkumu

Jak upozorňuje Miovský (2006, s. 275 – 291), v rámci výzkumu je třeba zachovat etická pravidla, mezi něž patří ochrana účastníků výzkumu, ochrana výzkumníka, ale také další etické aspekty, jako je například společenský dopad výzkumu.

Všichni účastníci výzkumu byli předem a v plném rozsahu informováni o tématu rozhovoru a jeho účelu. Jejich účast byla dobrovolná; všichni respondenti dali souhlas s tím, že celý obsah rozhovoru bude součástí disertační práce nebo dalších textů z ní vycházejících. Účastníci si byli vědomi, že se bude jednat o citlivé záležitosti týkající se jejich prožívání v životně důležitých situacích. V souvislosti s tím jsme formulovali druhé kritérium výběru respondentů, a sice že od samotné hospitalizace již uběhl nějaký čas a každý z respondentů již měl prostor téma dostatečně psychicky zpracovat. V případě dramatických událostí spojených s ohrožením zdraví jsme oslovili ty respondenty, u nichž bylo zřejmé, že situace je ze zdravotního hlediska již stabilní a skutečnost, že se může jednat o psychicky zatěžující

---

<sup>15</sup> Specifickému složení výzkumného vzorku se věnujeme v kapitole Diskuze.

téma, jsme s nimi předem konzultovali. Účastníci měli možnost rozhovor kdykoli ukončit nebo na některé otázky neodpovídat.

Všichni účastníci dali souhlas s tím, aby byl rozhovor nahráván na diktafon, s tím, že po přepsání rozhovoru a anonymizaci údajů bude rozhovor smazán. Byla zajištěna maximální anonymizace údajů: používáme výhradně křestní jména, z nichž většina byla změněna, v souladu s přáními konkrétních respondentů. Všechna příjmení zúčastněných osob i lékařů, která byla zmíněna v rozhovorech, byla změněna. Všechny názvy nemocnic či měst, které by mohly vést k identifikaci osob, byly zaměněny za neutrální pojmenování.

Každé pozorování a rozhovor v rámci předvýzkumu byly realizovány za podmínky písemného informovaného souhlasu. Také přítomnost výzkumníka v ordinacích ambulantních lékařů, na dialyzačním pracovišti a ve výuce na 3. lékařské fakultě UK (které budou popsány v rámci výzkumného postupu) byly ošetřeny písemnou smlouvou se zárukou anonymizace údajů ze strany výzkumníka.

V případě tématu výzkumu nepředpokládáme eticky sporné dopady výzkumu. Vzhledem k tomu, že se jedná o společensky populární téma, mohou rizika výzkumu, pakliže by se dostal k širší veřejnosti, spočívat v emocích, které mohou vyvolat interpretace v něm užitě nebo emočně zabarvené ukázky z rozhovorů. Kromě otevření případné společenské debaty o tématu však nepředpokládáme žádný významnější dopad výzkumu v podobě ohrožení jednotlivců.

## **Výzkumný postup a použité metody**

Výzkum probíhal po celou dobu doktorského studia. Fáze předvýzkumu trvala dva roky, následovalo přerušení studia. Rozhovory byly pořizovány v letech 2013 – 2018; stěžejní část analýzy pak probíhala v posledním roce výzkumu.

Postup výzkumu zahrnoval tyto fáze:

1) **Předvýzkum** byl realizován formou pozorování a rozhovorů. Bylo realizováno celkem 20hodin pozorování v ambulancích dvou praktických lékařek a jedné ambulantní neuroložky. Současně byly realizovány kratší rozhovory s danými lékařkami, zaměřené na konkrétní pacienty a komunikaci s nimi a jejich rodinami. Další pozorování, v rozsahu 20 hodin, proběhlo na specializovaném dialyzačním pracovišti, kde bylo možné přímo pozorovat komunikaci lékařů/lékařek a zdravotních sester s pacienty. Proběhly také rozhovory se čtyřmi sestrami z daného pracoviště, o rozsahu cca 40 minut. Rozhovory byly zaměřeny na práci sester a na komunikační situace, které byly identifikovány v průběhu pozorování. Současně byly pořizovány rozhovory s pěti pacienty dialyzačního centra na téma jejich zkušenosti s nemocí a s pravidelnou návštěvou zdravotnického zařízení.

Součástí předvýzkumu byla také účast na cvičeních ke kurzu Komunikační dovednosti v praxi lékaře na 3. lékařské fakultě UK v Praze.

Realizace předvýzkumu napomohla k získání teoretické citlivosti k tématu, která je jedním z předpokladů kvalitní analýzy, jak o ní hovoří Strauss a Corbin (1999). Díky tomu bylo možné nahlédnout do souvislostí tématu, dát údajům význam a porozumět kontextu pobytu pacienta v prostředí zdravotnického zařízení.

Získaná teoretická citlivost nám současně umožnila identifikovat základní okruhy témat, jimž jsme se následně věnovali, a jež se mohly stát centrem následující analýzy. Přestože zmíněný materiál nebyl nakonec využit pro přímou analýzu, stal se základem identifikace témat, jimž se ve výzkumu zdravotnické komunikace chceme věnovat především. Jedná se v první řadě o specifika zdravotnické komunikace v rámci hospitalizace, která, jak se ukázalo, přináší krystalickou podobu komunikace zdravotníka a pacienta<sup>16</sup>.

2) Následoval přímý **sběr a kompletní přepis dat**. V této fázi už bylo zřejmé, že se budeme soustřeďovat na patientskou zkušenost, proto jsme začali pořizovat rozsáhlejší **rozhovory**.

Tématem rozhovorů bylo v první řadě volné vyprávění příběhu vlastní nemoci (pobytu v nemocnici). Jednalo se o nestrukturované rozhovory vedené podle zásad **etnografického rozhovoru** (Spradley, 1979). Cílem rozhovoru bylo porozumět zkušenosti pacienta v nemocnici a s pomocí vhodných otázek vytvořit prostor pro popis vlastních pocitů a potřeb pacienta v průběhu hospitalizace. Současně jsme v rozhovoru směřovali k maximálně věrnému popisu komunikačních situací a událostí, které umožňovaly nahlédnout do fungování systému nemocnice. Z toho důvodu byly rozhovory zaměřeny na popis konkrétních situací, na srovnání s jinými (ať už sesbíranými či hypotetickými) situacemi, na reflexi vlastních pocitů uvnitř těchto konkrétních situací a na kontrast se situacemi z běžného života, jenž není pobytem ve zdravotnickém zařízení ovlivněn. Oba aspekty rozhovorů: popisy událostí a prostor pro reflexi vlastních pocitů nám umožnily identifikovat témata, jež jsou pro pacienta ve zdravotnickém systému podstatná.

V případě rozhovorů s lékaři se téma rozhovoru soustřeďovalo na reflexi jejich profesní zkušenosti, ale byly kladeny i otázky na popis vlastních zážitků v roli pacienta.

Každý z rozhovorů se odehrával za odlišných podmínek; některé rozhovory trvaly jen zhruba dvacet minut (v případech, kdy se jednalo o popis pouze jedné konkrétní události). Valná většina rozhovorů však trvala zhruba hodinu a půl. V případě jedné respondentky byly vzhledem k rozsahu jejich příběhů provedeny dva rozhovory. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do textové podoby.<sup>17</sup> Následovala analýza dat.

3) **Analýza** sesbíraných rozhovorů a další výzkumný proces byly založeny na několika základních **principech**:

- induktivnost: témata jsou induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu
- konstruktivismus: lidé aktivně utvářejí svět, v němž žijí, i své představy o tomto světě
- interpretativnost: principem analýzy dat je jejich výklad, objasnění a tlumočení

---

<sup>16</sup> Volbě preferovaného prostoru pro analýzu a důvodům této volby se věnuje třetí kapitola Vymezení tématu, cíle a výzkumné otázky.

<sup>17</sup> Vzhledem k charakteru etnografického rozhovoru jsme se snažili o maximální přiblížení k respondentům. Tomu napomohlo například tykání s respondenty, které se podařilo u naprosté většiny z nich. Tykání bylo přirozeným rozměrem vzájemného kontaktu, především vzhledem k věku respondentů, a napomohlo k navození atmosféry důvěry a otevření osobního rozměru zkušenosti pacienta.

- komplexnost: fáze shromažďování údajů, jejich analýza a následně identifikované struktura témat se vzájemně doplňují

Teoretické ukotvení výzkumných postupů kombinuje více renomovaných metod kvalitativní analýzy, které se zaměřují na vyhledávání vzorců a témat v datech. Jmenovitě se jedná o tematickou analýzu a metodu zakotvené teorie.

Ve fázích kódování byly používány postupy a techniky metody **zakotvené teorie**, a to otevřené kódování a axiální kódování<sup>18</sup> (Strauss & Corbin, 1999). V nasbíraných rozhovorech jsme v průběhu otevřeného kódování identifikovali množství analytických jednotek (kódovaných úseků výpovědí), jež měly potenciál stát se součástí budoucího kategoriálního systému a hledali jsme jejich vzájemné souvislosti (např. jak se úseky popisující prožívání pacienta vztahují ke konkrétním druhům komunikačních situací, jakými jsou například (ne)poskytování informací, manipulace s tělem atd.).

Protože téma komunikace zdravotníka s pacientem je poměrně rozsáhlé a současně není možné zobecnit závěry z tohoto výzkumu na veškerou zdravotnickou komunikaci obecně, bylo nutné analytický přístup zúžit a neklást ambici v podobě závěrečné obecně platné teorie, zakotvené v datech. Z toho důvodu nebyla metoda zakotvené teorie aplikována ve svém celku a dále jsme se soustředili na systém témat, jež se v průběhu analýzy ukázala jako nosná pro nové poznání výzkumného problému. Centrem analytického postupu výzkumu se stala **tematická analýza**, tak jak ji popisují Braun a Clarke (2006).

Tematická analýza představuje postup vyhledávání obsahových vzorců v datech kvalitativní povahy a je platnou metodou v širokém rámci kvalitativních analytických metod (Braun & Clarke, 2006). Přináší nejen důkladné uspořádání a popis dat, ale umožňuje interpretovat nejrůznější aspekty výzkumného tématu. Tématem se pak rozumí vzorec, objevený v datech, který data popisuje, organizuje a též interpretuje (Boyatzis, 1998). Ve výběru a prezentaci témat hraje aktivní roli výzkumník, jenž po celou dobu kódování dat i extrakce témat stále vstupuje do dialogu s výzkumným materiálem a reflektuje analytický proces jako takový. Takto zavedený metodologický přístup se ukázal jako nejvhodnější nástroj pro zpracování našeho tématu.

Tematická analýza umožnila realizovat analýzu dat a současně dodržet požadavky na precizní kvalitativní analýzu (Braun & Clarke, 2006, s. 96). V souladu s tezemi tematické analýzy pro účely této práce platí, že námi použitý induktivní postup analýzy je veden daty a není snahou uměle včleňovat témata do existujícího teoretického rámce. Skutečnost, že výzkum je zaměřen jak na témata zjevná, tak na ta latentní, skrytá, pak odráží inspiraci konstruktivistickou tradicí. Tematická analýza nám tak pomohla vymezit prostor, v němž se naše analýza pohybuje; ten je určen rozlišením obsahového a vztahového rozměru komunikace, zřetelem k existující asymetrii, existenci člověka v instituci a jeho prožívání v každé z analyzovaných situací.

4) Fáze **kódování** (jež odpovídá postupům otevřeného a axiálního kódování metody zakotvené teorie) se odehrávala souběžně s vyjasňováním základních témat tematické

---

<sup>18</sup> Kódování materiálu bylo provedeno v programu ATLAS.ti 7, jež poskytla Katedra psychologie PedF UK v Praze.



analýzy. Během kódování jsme se věnovali tematickému výběru materiálu, který bude přímou součástí analýzy.

V této fázi jsme vybrali z nasbíraného materiálu ty úseky výpovědí, jež se dotýkaly popisu interpersonálních komunikačních situací (popis rozhovoru s lékařem, chování sestry vůči pacientovi atd.), popisu fungování nemocničního systému (postupy, jimž se pacient podřizuje, orientační body, které pacient využívá, režim oddělení atd.) a úseků, jež se věnovaly subjektivnímu prožívání pacienta (jak se cítil, co postrádal, co mu dodávalo odvalu atd.).

Následující fází analýzy bylo **propojování dat**: hledání spojitostí v datech, mezi jednotlivými kódy; propojování částí ve větší celky na základě různých hledisek (Miovský, 2006, s.220). Tak začaly vznikat první kategorie, jež byly dále komentovány a dávány do spojitostí na základě tematické podobnosti. Došlo k vytvoření tematických celků (například informace o prostředí, o problému, o člověku). V této fázi analýzy tak již bylo například zřejmé, že součástí tématu komunikace zdravotníka a pacienta uvnitř zdravotnického zařízení nejsou jen situace přímé komunikace a jejich charakteristiky, ale také šířeji chápaná zdravotnická komunikace, zahrnující například režim nemocničního oddělení či role jednotlivých zúčastněných v něm.

##### 5) Další použité metody kvalitativní analýzy:

Jak upozorňují autorky stěžejního textu o tematické analýze (Braun & Clarke, 2006), jednotlivé metodologické postupy kvalitativní analýzy od sebe nelze jednoznačně oddělit. Pro jasnější metodologické ukotvení a pro úplnost je třeba dodat, že v průběhu analýzy jsme vedle již uvedených metod využili též další metody (Miovský, 2006, s. 222 – 224).

**Metodu zachycení vzorců (gestaltů)** lze v našem případě do značné míry ztotožnit s postupy tematické analýzy, jež byly založeny na vyhledávání opakujících se vzorců a témat. V rámci prezentace materiálu se též osvědčila **metoda kontrastů a srovnávání**. Díky ní se mohou jednotlivé komunikační situace či, obecněji, datové úseky a z nich vycházející kategorie navzájem lépe odlišit. Už při sběru materiálu se kontrast a srovnání staly důležitými nástroji. Respondenti byli opakovaně vyzýváni ke srovnání situací s jinými, odlišnými, což umožňuje lépe identifikovat jejich skutečnou podobu a jejich specifčnost. V souladu se zásadami etnografického rozhovoru tak byli respondenti po popisu komunikační situace dotazováni: Co lékař mohl říct a neřekl? Jak by odpověděl jiný lékař? Zažila/a jste podobnou situaci v jiné nemocnici/s jiným lékařem? Co byste v dané chvíli potřeboval/a a nedostávalo se Vám toho? Jak byste se choval/a v případě, že by se jednalo o rozhovor v situaci z běžného života? atd.

Další metodou, jež do naší analytické práce bezpochyby vstoupila, je **metoda užívání metafor**. Ta napomáhá porozumět materiálu, jenž nelze popsat jen z hlediska kategorií prostoru a času; materiálu, který staví také na implicitní rovině komunikace, již popisují Watzlawick et al. (1999) nebo Berne (1970).

V některých momentech má prezentovaný materiál bezpochyby i **narativní rozměr**, a to především s ohledem na povahu dat, jež byla sebraná jako vyprávění či příběhy jednotlivých lidí se zkušeností z hospitalizace. Inspirace narativní analýzou pak vedla především ke vzniku třetí kapitoly prezentace dat, nazvané Vývoj, která reflektuje vývoj přístupu jednotlivce k systému nemocnice a k vlastnímu postavení v něm i vývoj jedince uvnitř

vlastního příběhu. Narativní rozměr analýzy také nutně souvisí se značnou měrou subjektivity materiálu, na němž je analýza postavena. Každý takový příběh pak nese vlastní tematickou linii, již není možné opominout (McAdams, 1993, in Mioviský, 2006, s. 244).

V otázce **narativní analýzy** vycházíme z vědeckého předpokladu, jež formuluje Chrz (2004), a sice že narativní perspektiva (definovaná pluralismem, realismem a subjektivismem) je lidské a sociální realitě přiměřenější nežli stále ještě dominující perspektiva mechanická. V souladu s kategoriemi narativní rekonstrukce, staví analýza vývoje jedince v systému nemocnice mj. na přítomnosti ztvárnění jednání, zápletek a figur, hodnot a přesvědčení, obrazů sebe a druhých, životního tématu, reflexe a diskurzivního kontextu.

Vzhledem k tomu, že předmětem výzkumu jsou popisy patientské zkušenosti, lze vyvodit, že způsob vedení etnografického rozhovoru není v rozporu s rozhovorem narativním. Je zde vytvářen prostor pro strukturaci respondentovy zkušenosti a současně má rozhovor participační a dialogickou povahu (Čermák, 2002). Výzkumník má prostřednictvím způsobu vedení rozhovoru podíl na spolukonstrukci a spoluinterpretaci vyprávění.

Narativní perspektiva obohacuje náš výzkum o sdílení (výzkumník má možnost sdílet zkušenost s ostatními participanty a dále ji rozšiřovat mezi čtenáře), o participativně – dialogickou interpretaci (interpretace se tvoří v dialogu s materiálem i jeho poskytovateli) a o důvěryhodnost zjištění (klasické pojetí validity je nahrazeno širším pojem důvěryhodnosti, jež zahrnuje koherenci, smysluplnost, sdělnost a dialogičnost) (Čermák, 2002, s. 13).

## Prezentace dat

Prezentace dat je tvořena třemi kapitolami. V **první kapitole** se soustředíme na popis pozadí zdravotnické komunikace, a to se zaměřením na apriorně existující asymetrii. Současně průběžně představujeme příběhy jednotlivých respondentů a respondentek<sup>19</sup>.

Ve **druhé kapitole** analyzujeme témata a oblasti, v nichž se asymetrie ve vztahu zdravotníka a pacienta může prohlubovat nebo naopak zeslabovat, a na mechanismy, jakými se to může dít, s důrazem na situaci hospitalizace.

**Třetí kapitola** je věnována osobnímu vývoji jednotlivých pacientů, jejich vlastní reflexi a proměnám jejich náhledu na léčbu a na komunikaci se zdravotníky.

Mnoho kategorií se, zvláště uvnitř ukázek, vzájemně prolíná a překrývá. Je obtížné, ba nemožné, rozdělit skutečnost do jednoznačně ohraničených oddílů. Pro porozumění problému je však nutné jednotlivá témata vzájemně oddělit a vytvořit přehlednou strukturu. Ač je tedy každá další kategorie odlišná od předchozí, bývá často zároveň rozvinutím tématu již zmíněného a některými svými aspekty součástí kategorie další.

V každé kapitole uvádíme příklady z rozhovorů, které empiricky naplňují jednotlivá témata a ilustrují identifikované kategorie. Neuvádíme však všechny výskyty každé kategorie; množství materiálu to nedovoluje<sup>20</sup>. Každá citace je označena jménem respondenta a číslem, které označuje umístění začátku citace v rozhovoru.

Jednotlivé oddíly následujících kapitol kopírují kategorie a podkategorie, které vznikly v analýze našich dat. Tabulka 2 představuje náš první systém třídění kategorií, který byl pro účely prezentace dat upraven, a přiřazuje k nim názvy kapitol, s nimiž pracujeme v textu. Některé kategorie (v tabulce jsou označeny římskými číslicemi I., II., III. a IV.) byly dalších fázích analýzy rozděleny podle odlišných aspektů, které odpovídaly zařazení do témat (např. byly upřednostněny obsahové nebo vztahové důrazy ve významových jednotkách nebo od sebe byly odlišeny různé aspekty některých rozsáhlejších kategorií, jako např. manipulace s člověkem jako s tělem). V závěrečných fázích analýzy pak byly kategorie rozděleny do tří širších tematických oblastí (apriorní asymetrie, zesilování a zeslabování v praxi, vývoj), jimž odpovídají tři následující kapitoly.

---

<sup>19</sup> Pro lepší orientaci v materiálu je možné využít shrnutí jednotlivých příběhů v Příloze 1.

<sup>20</sup> Další ilustrace a jejich kontext lze najít v rámci celých rozhovorů v Příloze 3.

Širší tematické oblasti		Oddíly prezentace našich dat	Kategorie z prvního systému třídění
První kapitola		Nemoc jako oslabení	Stresová situace, Prostředí, Nemyslíš racionálně
		Pacientem v nemocnici	Cizí I., Nechci do nemocnice, Informace o prostředí I., Informace o problému I., Ne-informace o prostředí I., Ne-informace o problému I., Vyjednávací pozice
		Člověk v režimním prostoru	Nesvoboda, Bezmoc I., Režim I., Z rukou, Oddělení I., Blízcí I., Opatrnost, Teritorium I.
		Tělo jako předmět manipulace	Manipulace s člověkem I., Odkázanost I., Odbornost, Důvěra
Druhá kapitola	OBSAHOVÝ ROZMĚR	Informace	Informace o problému II., Empatie I., Ne-informace o problému II., Ne-komunikace, Nedůvěra, Manipulace s člověkem II.
		Režim	Režim II., Systém určuje život, Porušíme režim
		Člověk ve fyzickém prostoru	Manipulace s člověkem III. (prostorový aspekt), Nesvoboda II., Oddělení II., Blízcí II., Teritorium II., Bezmoc II.
		Zacházení s tělem	Manipulace s člověkem IV. (fyzický aspekt), Potvrzení I., Moc, Arogance moci II., Ne-důvěra I.
	VZTAHOVÝ ROZMĚR	Potvrzení	Informace o člověku III., Bere mě vážně, Na stejné úrovni, Do rukou I., Empatie, Ohleduplnost, Lidskost, Self-efficacy, Legrace, Obyčejný člověk II., Důvěra II.
		Odmítnutí a znehodnocení	Odmítnutí a znehodnocení, Ne-lidskost, Ponižení, Arogance moci II., Ne-důvěra II., Úřad, Bezmoc
Třetí kapitola			Vývoj: poslušnost, Vývoj: defenziva, Moc II., Odkázanost II., Vývoj: nechci odpovědnost, Vývoj: kroutí hlavou, Vývoj: aktivní přístup k nemoci, Vývoj: odmítám, Vývoj: konflikt, Do rukou II., Vývoj: chci to takhle, Nikdy nevíš, Existenciální potřeba, Blízcí II.

Tabulka 2, Seznam kategorií

## PRVNÍ KAPITOLA:

### Apriorní asymetrie

V této kapitole se budeme soustřeďovat na základní exkurz do problému asymetrie ve vztahu pacienta a zdravotníka v nemocničním prostředí. Vycházíme z předpokladu, že vztah zdravotníka a pacienta je primárně nastaven jako asymetrický. Asymetrie mezi pacientem a zdravotníkem je přirozenou součástí jejich vztahu, je dokonce v jistém smyslu jeho podstatou (pacient je nemocný, lékař jej má léčit, zdravotnický personál má léčbu pomoci realizovat). Bez toho, abychom se snažili hodnotit, zda je asymetrie dobrá, či špatná, konstatujeme, že tvoří prvotní komunikační kontext komunikace mezi pacientem a zdravotníkem.

Na základě témat, která vzešla z naší analýzy, představíme oblasti, v nichž se prvotní asymetrie odráží. Ptáme se, kde (v kterých oblastech, v jakých tématech) a jak (jakým způsobem, na základě jakých skutečností) se v pacientově reflexi odráží asymetrické nastavení vztahu. Popíšeme zde situace, v nichž se prvotní asymetrie odehrává, a pocity pacienta s tím spojené. Poznání pozadí pacientovy situace nám pomáhá porozumět důvodům, proč se, zvláště během hospitalizace, často sám asymetricky chová a proč například akceptuje situaci, již by za jiných okolností vnímal jako nevyhovující.

V této kapitole se budeme setkávat spíše s negativními prožitky spojenými s rolí pacienta, neboť okamžiky, v nichž pacient své asymetrické postavení akceptuje bez negativních emocí, nestojí ve středu pacientova zorného pole a přirozeně nebyly dominantní částí rozhovorů. To jsou okamžiky, kdy „je vše v pořádku“, které se přirozeně odrážejí ve skutečnosti, že pacient souhlasil s hospitalizací, že má zájem se léčit, a přijímá podmínky s tím spojené. V tomto smyslu lze předpokládat, že součástí pacientových pocitů je také souhlas, či dokonce spokojenost s tím, že je ve zdravotnické péči a že o něj bude postaráno.

V průběhu kapitol budeme postupně představovat jednotlivé příběhy, aby se čtenář mohl orientovat v kontextu popisovaných situací.<sup>21</sup>

### Nemoc jako oslabení

První a základní skutečností, která určuje vztah pacienta a zdravotníka, je skutečnost nemoci, Ta je spojena s někdy menší, jindy větší psychickou a fyzickou zátěží; v základu však platí, že nemoc pacienta zatěžuje a omezuje. Z rozhovorů vybíráme okamžiky, v nichž je zřejmé, že pacient je v období nemoci ve stresu a že je omezen v běžném fungování: je ne-mocný, tedy zbaven běžné moci nad svým životem a postaven do oslabené pozice.

---

<sup>21</sup> Shrnutí celých příběhů a kompletní přepis rozhovorů lze najít v příloze.

*Příběh první, Šimon:*

Šimon ve svých čtyřiceti letech absolvoval půl roku trvající ambulantní vyšetřování útvaru na stehenním svalu, který lékaři dlouho považovali za hematom nebo jiný nezhoubný útvar. Po této době, která byla ze Šimonova pohledu velmi dlouhá a plná obav, došlo k operaci a biopsii. Zpráva o diagnóze byla pro Šimona psychicky zatěžující. Úleva nepřišla, naopak, začalo se jednat o jeho život. Diagnostikován byl pleomorfni leiomyosarkom, což je agresivní typ nádoru s vysokým procentem recidivy. Šimon vedle šoku z vážnosti onemocnění prožíval obavy o svou ženu a děti, které by v případě jeho smrti zůstaly samy. Dnes je Šimon zdravý. Rozhovor se odehrál po úspěšně provedené operaci, v průběhu chemoterapie. Šimon popisuje stres, který prožíval ve spojení s nemocí.

*Šimon, 021 5. září jsem šel na první chemoterapii. To jsem na tom nebyl psychicky ještě úplně dobře. Protože to bylo přece jenom ještě čerstvý. (...) Když člověku řeknou, že má rakovinu, tak to asi není nějaká dobrá zpráva pro nikoho. Ale ono to bylo umocněný tím, že (...) není rakovina jako rakovina. Tohle je jeden z těch nádorů, kterej je hodně, hodně špatnej. Se špatnou prognózou. Tak, to člověka sebere.*

*Ztroskotání*

Zážitek významné životní změny, včetně nemoci, můžeme přirovnat ke ztroskotání lodi na mapě života. Nastává okamžik distorze všeho, o co jedinec opíral svou životní pohodu; neví, co ho čeká, a nemůže se v situaci zorientovat. Jeho postavení vůči lékařům se v takové chvíli podobá tonoucímu, který hledá stéblo, jehož by se mohl zachytit. Vůči zdravotníkům stojí, už jen vlivem nemoci, v primárně oslabené pozici.

*Příběh druhý, David a Helena:*

David a Helena měli v době, o které vyprávějí, čtyřletou dceru a ročního syna. Když malého Honzu hlídala jejich společná kamarádka, došlo k vážné nehodě. Na kočárek s dítětem spadl na ulici led, který se uvolnil ze střechy domu. Syn byl vážně zraněn na hlavě, následoval dlouhý boj o jeho život a obtížná rekonvalescence; oboje bylo spojeno s dlouhodobou hospitalizací. Dnes devítiletý Honza je zdravý a až na drobná pohybová omezení se plně vrátil do života. Helena líčí první okamžiky po zranění, které pomáhají porozumět situaci, v níž se člověk poprvé setkává s nemocnicí. Rodiče Honzy prožívali šok, strach, nejisté vyhlídky a vyčerpání.

*Helena, 007 (Kamarádka) mi volala, skoro jí ani nebylo rozumět, protože mi brečela do telefonu a říkala prostě, že jsou v sanitce, že na Honzu spadl led ze střechy. Takže to byl takovejhle šok. Tak jsem volala rychle manželovi, (...) a sama jsem jela do nemocnice. Tam nás samozřejmě nechtěli nejdřív nikam pustit (...) doktor se vrátil s tím, že je to hodně vážný poranění a že momentálně nemůže říct vůbec žádnou prognózu nebo něco. Že je to prostě hodně vážný a že uvidíme, jestli prostě vůbec přežije do druhýho dne. Že má rozdrčenou hlavu, vlastně kus...*

*Tak to se mi tam ta kamarádka akorát složila, do ní tam nacpali prášky. Já jsem se nesložila, protože člověk prostě v první chvíli jako slyší, vnímá, ale nerozumí, prostě nechápe, co se mu ti doktoři snaží říct.*

*Helena, 135 Šílenej strach, co bude. Že takhle zůstane třeba. Že nevíš, co bude vůbec. A hlavně příšerný vyčerpání.*

Po osmi týdnech strávených v nemocnici a po provedené operaci lebeční kosti a mozkové pleny se zdálo, že se Honzovo zranění začíná hojit. Optimistické vyhlídky přetrhl okamžik, kdy rodiče zjistili, že Honza má horečku a že se opět ocitl na začátku: v akutním ohrožení života. V té chvíli už Helena neměla kapacity zátěž psychicky snášet.

*David, 008 On dostal meningitidu. Takže vlastně znova na operaci, znova všechno otevřít, to co měl zahojený krásně, tu jizvu, znova otevřít. Novou tu plenu mozkovou. A to bylo vlastně další jakoby martyrium, kdy se to hrozně prodloužilo.*

*Helena, 142 Najednou to bylo v tom smyslu, že tohle může být furt. Že tohle se může opakovat donekonečna, že my už z tý JIPky v životě nevylezem. Takový to, že vůbec nevíš dne ani hodiny a může bejt všechno úplně v prdeli.*

*Honzovi začala skákat hrozně teplota. A z toho bylo vidět, že jsou doktoři poměrně nervózní. Hodně ho měřili a říkali, že se tohle bojí, že by to mohlo být. A pak ty teploty najednou nějak opadly, a to už mu večer sundali ty čidla a říkali, že by nás už mohli za pár dnů převézt, že už by nemusel mít tyhle věci. A už to bylo s tím, že nás budou během dvou dnů překládat. A pak jsem přišla druhej den, změřila jsem mu teplotu a měl 39. A bylo to úplně v prdeli. To byl příšernej šok, to bylo poprvé, kdy jsem se tam opravdu složila.*

*Příběh třetí, Libuše:*

Libuše porodila sekcí, předčasně (ve 32. týdnu těhotenství), z důvodu preeklampsie a růstové retardace dítěte. Dítě špatně prospívalo v děloze, a také Libušin život byl daným stavem ohrožen. Prognóza vzhledem ke stavu dítěte nebyla jasná, syn Viktor se narodil s porodní hmotností 1290g. V daném okamžiku existovalo mnoho reálných rizik celoživotního postižení dítěte. Doba několika týdnů po porodu tak byla pro Libuši stresujícím obdobím trvalého stavu ohrožení. Dnes sedmiletý Viktor je zdravý, nastoupil do školy.

*Libuše, 095 Já jsem nevěděla, jak na tom to dítě bude, jestli bude mít nějaký potíže, nebo ne. Šla jsem od vyšetření k vyšetření, jestli bude v pořádku. Dneska se to hodnotí snadno, když vím, jak to dopadlo, ale tehdy jsem čekala se strachem na každý vyšetření, třeba na ultrazvuk mozku. Byl to velkej stres.*

## *Prostředí*

Prostředí nemocnice pak často ještě zesiluje pocit úzkosti z ohrožení vlastního zdraví. Může to do značné míry souviset s úzkostí spojenou s nemocí a současně se tento pocit může

zesilovat tísní z okolního prostředí: ať z úpravy prostoru, nebo ze setkání s jinými, vážněji nemocnými lidmi.

*Šimon, 151 To prostředí tam na tý onkologii, to na mě strašně padlo, strašná depka.*

*(Jaký bylo to prostředí? Můžeš to zkusit nějak popsát?) Úzká chodba, málo místa, lidi tam museli i stát, jaká tam byla fronta. Takovej divnej smrad tam byl. Divnej smrad. Milion lidí a vůbec se to nikam nehejbal. A teď na těch lidech to prostě vidíš, že jsou onkologicky léčený, ty lidi jsou plešatý a někteří už i jako úplně schvácený. A i ta chodba byla taková divně členitá. Bylo vidět, že to je chodba, a ne čekárna. A na tý chodbě byly nasázený lavičky. Ještě jako různě, ta chodba měla různý výklenky. Zkrátka na chodbu dali lavičky a byla z toho čekárna. Žádný okna, jen zářivky, starý, hnusný.*

*Příběh čtvrtý, Jana:*

Jana se v průběhu prvního těhotenství, které bylo lékaři od počátku označováno za rizikové, ocitla na nemocničním oddělení pro těhotné, kde se nacházely ženy s nejrůznějšími diagnózami. Pro Janu byl psychicky zatěžující strach o nenarozené dítě a její prožívání významně zhoršoval fakt, že se na oddělení setkávala s jinými těžkými případy nebo se situacemi, kdy jiné ženy začaly rodit. Tím se znovu otevíralo citlivé téma předčasného porodu, kterému se Jana chtěla vyhnout.

*Jana, 007 ...tam byly mnohem horší případy. Třeba tam byla maminka, která čekala dvojčata. A ty měly nějaký syndrom, nevím, jak se to jmenuje. A ona si měla jedno vybrat, který jako zabijou a který zůstane. Nebo tam byla maminka, který odtekla ve 21. týdnu voda a snažila se jako vydržet do 24. týdne, aby tam to dítě zůstalo, aby dožrálo.*

*Jana, 018 ...poslouchat třeba ty těžký příběhy. Dvakrát se mi tam stalo, že někdo začal rodit.*

Také Helena se těžko vyrovnávala s prostředím, kde potkávala vážně postižené děti. Uvědomovala si, že podobné diagnózy se v budoucnu mohou týkat i jejího zraněného syna.

*Helena, 318 Na tý neurologii to pro mě bylo těžký taky proto, že tam jsou ty neurologicky postižený děti. To tam na mě hrozně padalo. Když tam vidíš ty děti se záchvatama. Teď ty nevíš, co budeš mít, co nebudeš mít. Tak to bylo náročný i v tomhle smyslu. Vidíš před sebou spoustu variant, jak to může dopadnout, a ne všechny jsou dobrý.*

### *Nemyslíš racionálně*

Oslabení plynoucí z nemoci, spolu s hospitalizací člověka v nemocnici, působí na každého pacienta jinak. Některé z našich respondentek popsaly zkušenost, že se vstupem do nemocnice se změnilo jejich prožívání a opustila je schopnost stavět se k situaci racionálně. Dostaly se do postavení oslabených. Doufaly, že lékaři budou vědět, co dělají, a že budou konat v jejich prospěch.



Libuše, 015 *Jako člověk to tak moc neví. Jseš nemocná, jseš v jiném stavu myslí, nedokážeš myslet moc racionálně.*

Libuše, 112 *Já jsem tam nebyla schopná myslet úplně racionálně. Nejsi ve svém prostředí a všechno prožíváš hůř.*

Jana, 021 *Tenkrát já jsem asi nebyla schopná se koukat nějak konstruktivně na tu situaci. To bylo takový celý hrozně zmatený. (...) A byla jsem taková vystrašená.*

## Pacientem v nemocnici

### Neznámý svět

První skutečností, spojenou s hospitalizací, je (vedle nemoci samé) fakt, že pacient přichází do prostoru, který nezná, mezi lidi, které nezná. Prostor, který zná a ovládá, v němž se svobodně pohybuje a orientuje, zůstal za dveřmi. Současně vnímá, že prostor je naopak důvěrně známý pro zdravotnický personál.

#### *Příběh pátý, Marie a Pavel:*

Marie popisuje zkušenost s porodem třetího dítěte. Ve 40. týdnu těhotenství lékaři začali plánovat vyvolání porodu z důvodu přenašeni. Marie představu hospitalizace vnitřně odmítala, prožívala úzkost z nové situace a jako další znejišťující faktor vnímala právě cizí prostředí.

Marie 1, 006 *Mně se nechtělo do nemocnice, do cizí nemocnice, někam vůbec jet... ty lidi jsem tam neznala. Žádný doktory jsem tam neznala, ani sestry. A chtělo se mi být doma. Neměla jsem chuť, aby na mě někdo sahal, ani ten doktor. Kdyby to bylo po mém, tak bych zůstala doma a nikam nejezdila.*

Marie 1, 075 *(Přála sis, aby šel Pavel s tebou?) Přála, moc. (Proč?) Protože jsem tam nechtěla být sama s cizíma. Oni nebyli nepříjemný, ale úplně cizí lidi.*

### Informace

Nejistota z nové situace je úzce spojena s tím, že pacient alespoň zpočátku postrádá informace o prostředí, o lidech o i problému. Tím se zvětšuje prostor pro úzkost. Jedná se o další apriorní a nevyhnutelnou asymetrii mezi pacientem a zdravotníky, včetně pomocného personálu.

#### *Příběh šestý, Kateřina:*

Kateřina porodila předčasně, ve 35. týdnu těhotenství. Dcera Kristina byla po porodu odvezena na jiné oddělení a Kateřina zůstala na oddělení šestinedělí. Ze zdravotních důvodů byla značně omezená ve schopnosti samostatného pohybu. Prožívala úzkost ohledně stavu

novorozené dcery. Vedle toho pro ni bylo obtížné zorientovat se v neznámém prostředí a jeho režimu.

*Kateřina, 280 No, porodila jsem ve čtyři a viděla jsem ji po dvanácti hodinách. A vlastně mi ani nikdo neřek, jak to tam jako funguje, jak se to s těma dětma dělá, jak to bude vypadat. Na to jsem nějak složitě přišla jako sama od sebe.*

### Asymetrická vyjednávací pozice

Protože role pacienta s sebou často nese fyzické vyšetření, mnohdy i jednostrannou nahotu a také další vnější projev asymetrie, kterým je nemocniční oděv, i v těchto ohledech se znovu potvrzuje skutečnost, že pozice pacienta je apriorně vztahově asymetrická. V takové pozici pacient zvažuje, jak se chovat, co může říci a jaké to pro něj může mít důsledky.

*Příběh sedmý, Jitka:*

Jitka v rozhovoru popisuje gynekologické vyšetření v době několika měsíců po porodu, kdy lékař komentoval porodní poranění latinskými výrazy. Jednalo se o choulostivou situaci gynekologického vyšetření a Jitka se lékaře v dané situaci neodvažovala zeptat, o čem mluví. V zásadě tak vystihuje podstatu asymetrie, která pacienta mnohdy paralyzuje nebo mu brání vstoupit do diskuse či položit otázku.

*Jitka, 043 (Tys říkala, že ses ho nechtěla zeptat, během toho vyšetření...?) No, tak to není moc dobrá vyjednávací pozice, prostě. Ty tam máš roztažený nohy a on ti tam kouká a ty potřebuješ vědět, co máš jako za problém. Tak v tu chvíli tam nechceš vnášet jakoby konfliktní téma.*

*Příběh osmý, Eva:*

Eva má dvě děti. Poprvé rodila v Německu, podruhé v Česku. Díky prvnímu porodu, který prožila spokojeně, měla určitou představu o možnostech průběhu porodu a přála si, aby stejně jako poprvé i podruhé mohl po celou dobu porodu být přítomen její manžel. Zde Eva vzpomíná na situaci bezprostředně před druhým porodem, kdy se dostala do konfliktu s personálem ohledně přítomnosti manžela v první době porodní. (Celá situace bude přiblížena později, v rámci dalších kapitol.) Zde demonstrujeme skutečnost, že Eva vnímala zhoršené podmínky pro komunikaci se zdravotníky ve srovnání s běžným životem, což bylo jedním z důvodů jejího vnitřního konfliktu. Přála si, aby mohla být v kontaktu s manželem, ale toto přání by musela vlastní silou prosadit. Eva vnímala svou vyjednávací pozici jako asymetrickou. Vnější projev asymetrie byl mimo jiné její oděv.

*Eva, 318 ... jseš vlastně nahá v noční košilce, a ted' tam s nima máš něco vyjednávat?*

## Člověk v režimním prostoru

Nemocnice je režimním prostorem a v takovém prostředí fungují jiná pravidla než vně. Pravidla nemocnice určují rámec, v němž se člověk v roli pacienta bude napříště pohybovat.

Režimní systém určuje život člověka v roli pacienta různými způsoby. Z analýzy dat vyplývá, že se režim nemocnice odráží jak ve fyzickém omezení jedince a v otázce jeho osobního pohodlí, tak také v kontaktu s blízkými. Specifická je pak situace, kdy se jedná o oddělení rodiče od nemocného dítěte.

Tato omezení pramení z režimních opatření, která jsou v různé míře vlastní každému nemocničnímu oddělení. Umožňují hladký chod systému a maximalizaci jeho užitku. Vnější projevem režimu v práci zdravotníků jsou pak rutinní postupy. Současně je to jeden z faktorů, jež v důsledku určují postavení pacienta jako objektu péče, bez ohledu na jeho individuální potřeby. Očima pacienta se tak jedná o další omezení a s ním spojenou tendenci pasivně vyčkávat. V tomto oddílu popíšeme jednotlivé aspekty pobytu člověka v nemocnici, jež značí jeho apriorně–asymetrické postavení.

### *„Fyzicky zavřená“*

Uzavření pacienta na nemocničním pokoji samo o sobě fyzicky demonstruje oddělenost člověka od běžného života, který zahrnuje volný pohyb. Jedná se současně o jednu z podob nesvobody, která je s hospitalizací nevyhnutelně spojená.

Helena popisuje nepříjemné pocity spojené s omezením pohybu a volnosti. To znamená zásadní změnu pro každého člověka; v případě rodiče malého dítěte jde navíc o komplikaci i těch nejbanálnějších každodenních činností.

*Helena, 320 (Ještě něco, co tě ničilo, kromě toho, co jsi říkala?) Ten pobyt v tý uzavřený místnosti. Chápu, že to nejde jinak, ale jseš prostě zavřená jako. Zavřená.*

Po propuštění Honzy a čase úlevy v domácím prostředí byla v případě této rodiny znovu nutná hospitalizace dítěte z důvodu zánětu ledvin. Pro Helenu to znamenalo především další, nové omezení.

*Helena, 264 Příšerný byl ten návrat do nemocnice, odkud jsi konečně vypadla. Že jseš zase s dítětem někde, kde s ním nemůžeš nic dělat, jseš zavřená na jednom místě a že to zase musíš vydržet.*

### *Určení pohybu a chování*

Už z principu věci nemocniční režim odebírá svobodu rozhodování v základních věcech. Vedle omezení pohybu jsou to konkrétní systémem nastavená pravidla, jejichž plnění je vyžadováno a přímo se týkají těla pacienta. Systém s jistou samozřejmostí určuje fyzické umístění člověka, a tím i jeho fungování během dne. Na rozdíl od běžného života, kde pacient určuje svůj denní režim a rozhoduje o svém pohybu, v nemocnici jsou tyto záležitosti dány pravidly oddělení.

Marie popisuje události po porodu třetího dítěte.

*Marie 2, 148 Pak přišla sestra a říkala nám takový pravidla, co máme dělat, jak se máme mejt, takový praktický věci. A i co nesmíme, jak to tam funguje.*

### Životní rytmus

Režim nemocničního oddělení má svůj rytmus a pravidelnost. Řád nemocničního oddělení běží nezávisle na pacientovi a přirozeně dochází ke kolizím s potřebami pacienta.

Helena v rozhovoru zmiňuje skutečnost, že denní rytmus její i jejího ročního syna byl během hospitalizace dán řádem oddělení a že to z podstaty věci nemohlo být jinak. V takovém okamžiku si jasně uvědomuje nevyhnutelný rozdíl mezi svobodou každodenního života a režimním životem nemocničního oddělení.

*Helena, 095 Někdy ho teda vzbudili. Když je nějaká vizita, tak prostě přijdou. Já chápu, že musej mít nějakej časovej plán a že ti doktoři se různě přesunou. Tak tahle věc mi možná vadila. Jako chápu to, ale v takový chvíli tě to našte. Že si říkáš, že doma bysme to nemuseli. Nebo že jseš ráda, že to dítě zrovna usnulo a oni ti ho probuděj. A teď víš, že bude pak mnohem hůř zabírat, že už možná neusne, tak si člověk zase neodpočne. Ale tak... některý věci nejdou udělat jinak, chápu to, ale někdy mi to dost vadilo.*

*Helena, 321 Nemáš vliv ani na to, kdy ti přinesou jídlo. Je to v tu a v tu hodinu, v tu a v tu hodinu musíš vrátit nádobí, v tuhle hodinu je vizita.*

Každý pacient je v různé míře citlivý na omezení spojená s hospitalizací. Avšak, jak zmiňuje Helena, v nemocnici nejsou v jeho rukách ani záležitosti běžné sebeobsluhy, jakou je například příprava jídla. Každý člověk se tak jako pacient dostává do pozice tvora, jenž nemá kontrolu nad nejběžnějšími věcmi svého života. Současně nemá na práci nic jiného, než poslouchat a čekat. Uzavřenost života v nemocničním oddělení tak působí jistou nudu a prázdnotu; a pacient se upíná na jediné výstupy režimu směrem k jeho osobě, jakým je například strava.

*Helena, 322 Tam je zajímavý, že se tam nakonec všichni upnou na to jídlo. Já jsem to pozorovala i u sebe. Prostě se upneš na to, že v těch jedenáct ti přinesou ten oběd. A už jen koukáš, že už bude ten oběd, že se bude něco dít. Těšíš se na to. Ani ne kvůli tomu jídlu, ale už vyhlížíš tu dobu. Všichni se ptaj: Kdy už přinesou ten oběd? Takže se upneš na takovýhle věci. Chápu, že to maj ty zvířata v ZOO – nejen kvůli hladu, ale takový vyhlížení toho krmení, že něco bude.*

### Omezení základního pohodlí

Pro některé pacienty je nepříjemné, že není, na rozdíl od domova, v jejich moci určovat každodenní procesuální stránku svého života. Nemohou se chovat jako doma, a to ani v maličkostech, které tvoří jejich běžnou každodennost. Tato skutečnost je zřejmá z kontextu mnoha rozhovorů; pregnantně to popisuje například Helena.

*Helena, 201 Já jsem chtěla být sama a mít klid. (...) Pak to, že tam člověk není sám a nemůže se rozvalit na tý posteli a udělat „hé“. Prostě tam nejseš sama.*

### „Z rukou“

Pacient v nemocnici si uvědomuje, že v nemoci nemůže vlastními silami mnoho změnit. Vše, co změnit lze, je pak v rukách zdravotníků. V rámci nemocničního režimu navíc jedinec pozbývá vlivu i na ty věci, které dříve ovlivnit mohl. Jako by velkou část své někdejší síly musel „pustit z rukou“. Takovou zkušenost zmiňuje také Helena.

*Helena, 322 A pak ten pocit bezmoci. Protože ty nemáš na ty věci v tý nemocnici vliv. Na to zdraví, na ten průběh. Vlastně tam jseš a čekáš, co bude. Nemáš na to vliv – jak on se bude uzdravovat. Ale taky nemáš vliv na to, kdy ti přinesou jídlo.*

Také systém nemocničního oddělení funguje nezávisle na pacientovi. V patientské zkušenosti to znamená, že jeho potřeby nejsou vždy vyslyšeny, že se musí systému přizpůsobit, a to i v situaci, která je pro něj osobně nesnadná. Ve věcech, které v jiných životních situacích může sám ovlivnit, je člověk v nemocnici ve vyčkávací, pasivní pozici, což se často pojí s pocitem bezmoci. Zde Helena popisuje okamžiky po úrazu jejího syna.

*Helena, 067 Tam jsou vlastně velký prosklený dveře, na který zazvoníš, přijde ti otevřít sestra, ty řekneš, že jdeš kvůli Honzovi ... Tak ona tě pustí dovnitř, řekne tady se posaďte a počkejte na pana doktora. Tak tam sedíš, čekáš, kdy přijde doktor, což je taky zátěžová situace, protože on třeba zrovna něco dělá, má nějaký vyšetření, žejo. Takže jsme tam třeba i půlhodiny, jednou i třičtvrtě hodiny čekali.*

Nové nalezení svobody pak pro Helenu znamenalo propuštění z nemocnice. Být ve svém prostoru a moci žít jako dříve znamená po propuštění z nemocnice znovunabytí dřívější svobody.

*Helena, 233 Z tý neurologie nás pustili někdy osmého března. (Co to znamenalo pro vás?) No já jsem byla samozřejmě příšerně šťastná. (S úlevným výdechem, v hlase jsou znát silné emoce.) Protože prostě budem ve svém. Tak i to potvrzení, že si to dítě konečně můžu odvézt z nemocnice. Že už je to teď na nás, že ta péče a to všechno, že už je to prostě naše. Ne že by to dělal někdo, ale že je to naše. A že můžem v klidu doma... se sobě věnovat.*

### Omezení kontaktu s blízkými

Součástí omezení volnosti pohybu je pro člověka také omezení svobody v kontaktu s blízkými. Přitom blízký člověk může být v situaci, která je zúzkostňující, kotvou a pojátkem s vnějším světem, v němž pacient určitou svobodu má, i oporou v náročné situaci. Režim nemocničních oddělení dává prostor pro setkání s blízkými v rámci návštěvních hodin; tím je kontakt jednoznačně ohraničen. Na některá oddělení z provozních důvodů nemohou přijít děti, jindy mohou být návštěvní hodiny z různých důvodů zcela zrušeny.

Specifickou situaci, spadající do oblasti kontaktu s blízkými, tvoří úzus českého porodnictví, kdy porodu může být účasten partner nebo blízká osoba. V praxi to však většinou znamená, že jsou přizváni v okamžiku druhé doby porodní. Po dobu „příjmu“, kdy probíhají všechna vyšetření, převlékání, příprava k porodu a také veškeré úřední procedury, a po první dobu

porodní, kdy žena prožívá kontrakce, partner v mnoha porodnicích čeká na chodbě nebo je odeslán domů. Z rozhovorů vyplývá, že některé ženy tato skutečnost po příchodu do porodnice překvapila, protože se domnívaly, že od partnera odděleny nebudou, a nemožnost kontaktu pro ně znamenala zvýšenou míru úzkosti.

*Eva, 222 Zásadní pro mě bylo, aby tam mohl být můj manžel.*

*Marie 2, 068 První dojem, že když jsme v noci přijeli do porodnice, tak mě pustili dovnitř, ale Pavla ne. (Řekli k tomu něco?) Ne.*

Není zřejmé, nakolik je zamezení v kontaktu s blízkými z provozních důvodů nutné, a tedy můžeme-li jej považovat za apriorní projev asymetrie. Zde se omezuje na konstatování, že se tak děje. Způsoby, jakým k přerušení kontaktů dochází, jsou popsány ve druhé kapitole.

### *Ohraničení kontaktu s dítětem*

Léčba a provoz oddělení někdy vyžadují oddělení matky (otce) od hospitalizovaného dítěte. V rámci našeho výzkumu se objevilo několik respondentů a respondentek, kteří vyjadřovali negativní pocity spojené právě s tím, že byli odděleni od svého dítěte. V rámci porodních příběhů to byly Jana, Kateřina, Libuše a Zuzana. V případě nemoci dítěte pak Helena, David a Lenka.

V některých případech je nutnost izolace dítěte v rámci nemocničního oddělení opodstatněná, jindy méně a vzhledem k povaze dat není možné hodnotit míru závažnosti situace a relevantnost oddělení. Co je však zřejmé, je skutečnost, že k oddělení od dětí, které byly hospitalizovány, v nemocnici dochází a někdy se tak děje z provozních důvodů. Jedná se o jedno z témat, jež odrážejí omezení, která hospitalizace přináší běžnému životu, v tomto případě v osobních vztazích. V případě rodičů malých pacientů to často znamená vůbec první fyzické oddělení od dítěte v životě (rodiče i dítěte) a jednoznačné omezení. Vedle obav o zdraví a bezmoci ohledně dalšího vývoje je tu také reálná fyzická nemožnost být dítěti nablízku a starat se o něj. Provozní důvody pak situaci umocňují: například Libuše se kontaktu s novorozencem synem dočkala až ve chvíli, kdy ji za ním partner mohl dopravit.

*Libuše, 035 (Syn) byl v inkubátoru, na tom JIPu, protože byl malej. A já jsem ho viděla až druhý den odpoledne, když jsem tam došla, až když mě propustili z toho JIPu. A to mi to dokonce nedoporučovali, protože tam ta gynda je úplně jinde než pediatrie, takže nejdeš jen o patro výš nebo níž, ale jdeš přes celej areál. Ale mě tam Petr odvezl na vozičku.*

Kateřina porodila předčasně a její dítě bylo umístěno v inkubátoru na jiném oddělení<sup>22</sup>. První den po porodu se nemohla samostatně pohybovat, postupně se ale i přes svůj špatný zdravotní stav rozhodla překonat aktuální bariéry a své dítě osobně vyhledat.

*Kateřina, 276 (Odpoledne) už jsem byla schopná se nějak udržet na nohách. Já jsem mezitím byla třeba na záchodě, ale to jsem byla ráda, že jsem došla tam a zpátky. To jsem věděla, že hledat nějaký oddělení v tý porodnici, že to jako nezvládnou. A teprve když jsem už byla schopná se udržet na*

---

<sup>22</sup> Stejně tak tomu bylo v případě Libuše a Zuzany. Helena a David byli od dítěte odděleni z důvodu zranění a pobytu dítěte na JIP.

*nohou, tak jsem se vypravila z toho oddělení ven. A to jsem zjistila, že jsme tam na tom oddělení zamčený. Tak jsem šla za sestrami a ty chtěly vědět, kam jako jdu. Tak jsem říkala, že chci za tou Kristinou a jestli za ní můžu a oni že samozřejmě, tak mě jako navigovaly... a já jsem se prostě potácela tím prostorem...*

Oddělení od dítěte se ve všech rozhovorech ukazuje jako velmi zatěžující. Je tomu tak i v situacích, kdy je oddělení nezbytně nutné a rodiče sami důvodům oddělení rozumějí jako opodstatněným. Taková situace existovala v případě zraněného Honzy, kterého rodiče nemohli vidět po prvních dvanáct dní od úrazu.

*Helena, 056 (Těch dvanáct dní jste ho neviděli? Tušilas proč?) Oni obecně se snaží zabránit přístupu – jsou tam vážně zraněný děti a kdokoli tam vleze, může s sebou něco přitáhnout. Je to kvůli infekci a samozřejmě taky říkají, že to ty ostatní pacienty zbytečně rozrušuje. (...) Jsou tam i jiný děcka, jsou třeba i při vědomí. Tak oni i říkali, že Honza potřebuje být co nejvíc bez podnětů.*

*Příběh devátý, Zuzana:*

Zuzana své druhé dítě porodila předčasně. A také v jejím případě to znamenalo oddělení od dítěte, protože místo, kde se pečuje o předčasně narozené děti, je v jiné části nemocnice než oddělení šestinedělí. Za dítětem tu žena může definitivně přejít teprve ve chvíli, kdy se zotaví natolik, že ji ženský lékař propustí z oddělení šestinedělí. Do té doby jej může navštěvovat, pokud je schopna přesunu.

*Zuzana, 014 Já jsem hrozně chtěla za ním, vlastně porodila jsem ráno, oni mi ho nedali, jen jsem viděla, jak ho takhle nesli, tak jsem se za ním sotva ohlídlá. Pak jsem byla bez něj až do večera, to jsem se ně něj mohla jít podívat. Druhej den už jsem šla za ním na to neonatologický oddělení. Ale to není běžný, že by se chodilo takhle brzy, to běžně trvá dva, tři dny, než oni tu matku z toho šestinedělí pustěj.*

*Maximum možného*

Jedním z aspektů vztahu pacienta a zdravotníka je pak v důsledku nejistota a opatrnost na straně pacienta. Někteří respondenti vyjadřovali pocit strachu, aby něco nerozbili nebo nenarušili terapeutický proces. Souvisí to opět se skutečností, že pacient nemá v nemocnici přirozeně věci pod kontrolou, není ve svém prostředí. Sám se pak chová spíše jako pasivní článek.

*Příběh desátý, Jiří:*

Jiří je v důchodu, ale stále se aktivně věnuje své původní novinářské práci. V rozhovoru popisuje zkušenost s cévní mozkovou příhodou manželky, která byla převezena do nemocnice. Jiří manželku přichází poprvé navštívit. Manželka nekomunikuje. Protože Jiří je nevidomý, jediný kontakt s manželkou je možný skrze dotyk. Sestry mu tuto možnost samy nabízejí, a ruku mu pokládají na ruku manželky. Jiří se obává, aby něco nerozbil. Přestože jindy se zcela samostatně pohybuje po městě a také do nemocnice dorazil sám, tady je velmi

opatrný. Volí vyčkávací pozici, a to, co sestry jako zástupkyně systému navrhuji nebo nabízejí, bere jako maximum možného.

*Jiří, 123* *Když nemám kontrolu nad věcí a v takových neznámých prostředích, řeším to nezbytné. A bylo mi (...) řečeno, že můžu (...) držet manželku za ruku. A protože zase neznal jsem další souvislosti, (...) bral jsem to za maximum možného v tu chvíli.*

### *Teritorialita I.*

Skutečnost, že režim je v rukou personálu, znovu ukazuje, jak jsou v komunikaci zdravotníka a pacienta nastaveny kompetence. Pacient se ocitá na území, které mu nepatří, ale současně je jím přímo ovlivněn jeho život. Kategorie „teritorialita“ popisuje nerovnost v ovládnutí prostoru. Pacient na okolní prostor, který se na nějaký čas stává jeho jediným životním prostorem. Právo nakládat s prostorem kolem pacienta je v rukách někoho jiného. Do jisté míry je i tento aspekt nemocničního prostoru přirozenou součástí procesu léčby.

S nutností respektovat rozdělení kompetencí v otázce ovládnutí prostoru se potýkala Helena. Sama toto omezení respektovala jako funkční, ale subjektivně omezující.

*Helena, 059* *(Jaký to pro tebe bylo, žes ho nemohla vidět?) To pro mě bylo hrozný. Já jsem říkala, že chci aspoň přes sklo, cokoli, aby mě neviděl, neslyšel, ale prostě vidět ho. Takže já jsem pak využila ten den, kdy tam byl jinej doktor, že nás tam pustil a nechal nás přes sklo se na něj podívat. Jako na JIPku obecně přístup není, to máš ve všech nemocnicích, že záleží na doktorovi, jestli ti umožní...*

### *Příběh jedenáctý, Lenka:*

Lenka byla hospitalizovaná s dvouletou dcerou na dětském oddělení z důvodu zánětu očníce dítěte (jako komplikace sinusitidy). Jednalo se o vážný stav, nejprve bylo dítě na JIP, později na běžném pokoji s matkou. V následující ukázce se objevuje motiv zavřených dveří. Není náhodou, že právě tato prostorová bariéra se vynořuje jako součást pocitu bezmoci, který pacientka popisuje. Lenka popisuje úzkost spojenou s tím, že fyzický prostor ovládal výhradně personál a ona byla oddělena od dítěte i od možnosti mít pod kontrolou situaci. Ta se přitom v očích Lenky bezprostředně týkala jí a její dcery.

*Lenka, 098* *Simonku mi vždycky vzali, odnesli ji z pokoje. Musela jsem za ní běžet, abych rychle zjistila, kam ji berou. A všude se zavíraly dveře. Vždycky když s ní vešly do nějaké vyšetřovny. Takže já jsem ani nevěděla, co s ní dělají. Vždycky jsem ji slyšela plakat, tak jsem se jen domýšlela.*

## **Tělo jako předmět manipulace**

Tato kategorie zahrnuje aspekt nakládání s tělem jednotlivce. Popisujeme zde skutečnost, že v lékařské péči, zvláště v nemocnici, se vždy nějakým způsobem jedná o tělo. Oddělenost člověka od rozhodování je fyzicky přítomná přímo skrze fakt, že je manipulováno s jeho



tělem, a to jak v již zmíněné otázce svobody pohybu, tak proto, že jsou na jeho těle prováděna vyšetřování a nejrůznější lékařské úkony.

### *Tělo v rukách lékařů*

*Příběh dvanáctý, Ester:*

Ester je lékařka, pracuje v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Čas od času se sama ocitá v roli pacienta. Nutnost lékařského vyšetření v ní vzbuzuje zřetelnou nejistotu. Potvrzuje se tak, že pro každého, včetně lékaře, je znejišťující, pokud musí v zájmu léčby překročit práh vlastní intimity a odhalit své tělo.

*Ester, 107* *Když jsem před rokem šla na preventivní prohlídku, co musíme mít, tak mi to teda taky bylo hodně nepříjemný. Že prostě v té roli pacienta se já, tím, že jsem lékař, necítím vůbec nějak jistěji. Řekla bych, že mi to nějak moc nepomáhá. Na té druhé straně jsem na tom asi podobně jako většina pacientů. (...) Není mi to příjemný.*

### *Závislost*

Nemoc sama o sobě vytváří u některých pacientů prožitek bezmoci a zranitelnosti. Pacient není v plné kondici a je ve svých možnostech významně omezen. Znamená to také, že je zcela závislý na pomoci lékařů a personálu. Tato skutečnost, zcela zřejmá a běžná, je zásadní pro otázku vztahu zdravotníka a pacienta v komunikaci. Určuje pacientovu apriorně podřízenou pozici. Příklad aspektu závislosti vystihuje Marie.

*Marie 2, 212* *...v té chvíli opravdu je člověk tak zranitelnej (...) (Proč jsi byla zranitelná?) Protože jsem byla po porodu a nemohla jsem se ani postavit bez cizí pomoci.*

### *Na milost a nemilost*

Mnoho aspektů zdravotnické komunikace, které jsme doposud popsali, probíhá nenápadně, pod povrchem. Z našich dat vyplývá, že pacienti si uvědomují svou závislost na pomoci personálu a že toto vědomí je trvalou součástí vztahu. Někteří na vlastní kůži pocítili, že jejich osobní pohoda záleží často jen na tom, zda jim sestra či lékař pomohou v nějaké konkrétní drobnosti. Od momentální nálady pečujících osob se často odvíjí jejich reálná ochota vyjít pacientovým potřebám vstříc. Zde se s tímto jevem setkáváme opět v negativním modu, protože pokud komunikace probíhá bez větších zádrhelů, pocit závislosti pacienta na vůli personálu se neobjevuje.

Někteří z respondentů projevovali značnou opatrnost i bez toho, že by jim personál něco v tomto smyslu naznačil. Jedná se spíše o apriorní předpoklad na straně pacienta, jímž se sám staví do pasivní role. Vzhledem k závislosti na pomoci je však pacient reálně v asymetrické pozici; a to zcela automaticky a nezávisle na vlastních domněnkách. Respondenti našeho výzkumu se opakovaně zmiňují o pocitu vydanosti. V praxi se to projevuje například tím, že pacient akceptuje i to, co mu nevyhovuje, protože se obává

nevole na straně personálu, která by mohla dopadnout na jeho hlavu, a to přesto, že k tomu nemusí mít žádné signály.

Jiří s obavami z reakce sester nahlíží na pobyt jeho imobilní manželky v rehabilitačním zařízení.

*Jiří, 106 Vidím i sám, že si to manželka uvědomuje a že pak dělá takové věci, které by dříve neudělala. Že někdy zazvoní...no, ono je to takové těžké. Že třeba má pocit...na záchod, žejo. Oni ji dají na ten gramofon a ...nic. A teď jako podruhé zavolat, nebo nezavolat? Půjde to dneska, nebo ne? Neudělá tím sestře nějakou zátěž, nezpůsobí nějakou černou humor?*

*Marie 1, 030 ...tomu člověku jseš opravdu vydaná napospas.*

## Akceptovaný rozměr asymetrie

Tělo jako předmět, s nímž se manipuluje, odevzdává pacient do rukou lékařů. To může být z pochopitelných důvodů spojeno s nepříjemnými pocity, ale za příznivých okolností i s momentem určité důvěry a spočinutí. Ve chvíli oslabení a strastí spojených s nemocí může pacient v nemocnici nacházet v prvé řadě úlevu a místo, kde by mohl směřovat k uzdravení. V tomto směru je jeho asymetrická pozice plně funkční, protože se může svěřit do rukou procesům, které ho povedou k uzdravení a spolehnout se na ně. Část odpovědnosti za svůj život i část své budoucnosti tak pacient (v duchu akceptované asymetrie) odevzdává zdravotníkům. Tato kategorie prokazuje, že jistá forma asymetrie je ve vztahu zdravotníka a pacienta funkční součástí léčby.

### Lékař jako bezpečný průvodce

*Jitka, 073 Já v tom nechci být sama. Zvlášť když jde o něco, čemu nerozumím, tak potřebuju nějakýho průvodce.*

Pro Davida byl ošetřující lékař jeho syna kotvou a jediným opravdu spolehlivým průvodcem v nepřehledné situaci. David mu věřil a spoléhal na něj. (Pozadí tohoto konkrétního vztahu se budeme věnovat později.)

*David, 013 ...mít svého doktora, že jsme se na někoho mohli navázat, mít k někomu důvěru.*

Eva při prvním porodu v Německu měla dojem, že sestry pracují v její prospěch, měla k nim důvěru a ochotně se svěřila do jejich rukou.

*Eva, 115, 137 Já jsem se v tom cítila bezpečně. Já jsem jim prostě věřila, že to dělají dobře. (...) Získaly si mě a já jsem je poslouchala. (...) Takže jsem se jim vydala do rukou. (Prožívalas to nějak nepříjemně, že se vydáváš do rukou?) Ne, vůbec ne. (Bylas ráda? Že to za tebe jako... že ti někdo říká, co máš dělat?) Ony byly na mojí straně barikády. Ony rodily se mnou.*

### Důvěra a odbornost

Dalším aspektem, který umožňuje pacientovi svěřit se lékaři do rukou, je důvěra. To podporuje výrok Šimona o lékařce, která jej velmi pečlivě vyšetřovala během jeho nemoci. Její zájem a odpovědnost zesilovaly Šimonovu důvěru, že lékařka udělá svou práci pořádně. V případě jeho vyprávění se odbornost lékařky mísila s jejím osobním zaujetím a zájmem.

*Šimon, 087* *Hodně dlouho to vyšetřovala, ptala se mě hodně. Nebylo to jen, že by na to koukla a řekla nashledanou, pošlu vám výsledky. Ptala se hodně, jakej byl ten úraz, kdy to bylo. Pak řekla no... přijďte se ještě ukázat. Takže měla o to starost. Měla o to starost, a když jsem potom odcházel, tak mi řekla, že až budou nějaký výsledky, že by stála o to, to vědět. Jak to vlastně dopadlo. Měla zájem o tu zpětnou vazbu. Protože nebyla si jistá a měla asi taky nějaký podezření a chtěla vědět, jak to je, aby mohla z toho udělat nějaký závěry pro sebe jako pro příště. Což mi přišlo sympatický. Protože jsou doktoři, kteří tohle nejsou schopní udělat.*

Odbornost a pečlivost v práci oceňovali také další respondenti. Helena s Davidem vděčí lékařce, která operovala jejich syna.

*Helena, 348* *Implantát mu dělali na míru, a ten se fakt povedl. Paní doktorka je šikovná. Měl vlastně rozdrčenou kost a měl rozdrčený kus mozku. Takže má odstraněný kus mozku, přes to má umělou mozkovou plenu a na tom ten implantát jako kost.*

### Předat otěže

V situaci ohrožení je člověk rád, když někdo jiný „převezme otěže“ a on se může spolehnout na odborníka. Zvláště pak ve chvíli, kdy jemu došly vlastní síly. V případě Libuše se jednalo o stav preeklampsie před porodem, což vyžadovalo zásah. Libuše se zcela svěřila do rukou lékařů, protože stav byl natolik vážný, že jak sama říká „nedalo se nesouhlasit“. Je zřejmé, že situaci rozuměla a lékařům mohla zcela důvěřovat. Předčasný císařský řez akceptovala s tím, že měla spolehnout na práci lékařů.

*Libuše, 012* *Měli jsme nějaký výhled. Že třeba první uděláme tohle a tohle, a když to nepůjde, tak... Chodili za mnou na pokoj, ten lékař se mnou probíral, co se děje a kam to směřuje. Že směřujeme k předčasnýmu císaři. (A tys s tím souhlasila, bylas s tím v souladu?) S tím se v podstatě nedá nesouhlasit. Mně bylo hrozně špatně. A věděla jsem, že nic jinýho s tím neudělám. Já jsem měla vysoký tlak, bílkoviny dost vysoký, pak jsem měla kyselinu močovou a hlavně Viktor měl růstovou retardaci na těch ultrazvucích. Takže bylo potřeba vyndat ho dřív, aby se vyživil zvenku, protože do něj moc neteklo.*

Kateřina přidává zkušenost z dlouhodobé psychiatrické léčby její deprese. Přestože obecně je pro ni důležité mít přehled o medikaci a vstupovat do důležitých rozhodnutí, jsou momenty, kdy spolehnout se na péči lékaře pro ni znamená úlevu a naplnění pocitu bezpečí.

*Kateřina, 044 Jsou situace u tý deprese, kdy já jsem v tý nemoci upne aut. A potřebuju jako direktivní vedení, peci...aby on převzal v týhle situaci odpovědnost za tu léčbu – aby to bylo víc na něm, neř na mně. Protože já nejsem v týhle situaci vůbec schopná v tom jako fungovat. V tomhle je ta psychiatrie taková specifická. (...) on musí jako za tebe... převzít tvý kognitivní funkce (směje se).*

Kateřina patří mezi pacienty, pro neř jsou důležité signály, že je lékař bere vazne a přibírá je do rozhodovanı o léčbě. Zpočátku se potýkala s tím, že se má sverıt do rukou lekařı, který je o tří roky starší a mluví o ní jako o „beruřce“, coř Kateřina vnímá jako absurdní. Mořnost odevzdat se jeho peci ale nakonec uvítala, protože po odborné stránce k němu měla důvěru.

*Kateřina, 082 Pak jsem byla ráda, že je takhle nastavenej, že se o me chce postarat. A pak jsem se jako naučila... ted' třeba před tou poslední hospitalizacı, že se o me staral jako beruřku, že to držel v ruce a pečoval o me. Tak to bylo takový příjemný a úlevný. Že jsem přave měla pocit, že to jako ohlídá a zasadí se o to, aby mně bylo dobře.*

Důležitou roli v příjetí omezení, plynoucích z hospitalizace, hraje také situační kontext. Zvlařte tam, kde se jedná o záchranu řivota, můžeme sledovat znatelnou úlevu spojenou s mořnostı sverıt se do rukou odborníka.

*řimon, 215 Já jsem trořku doufal, že tu léčbu jako nebudu muset podstoupit, protože je jasný, že to je léčba hnusná. Ale kdyř pak doktořı z více pracoviřtı řekli, že to má nějakej účinek, že je dıvod, abych tím prořel, tak jsem řekl, dobře, tak to prostě podstoupím, to se nedá nic dělat. (...) Tady je naprosto jasný, že kdyby se to neoperovalo, tak bych měl fatální následky v relativně krátký dobe.*

Také Jitka sděluje, že v ruznych situacích reaguje ruzne a na hodnocení komunikace se zdravotníky uplatņuje odlišná kritéria. Zde popisuje situaci v ambulanci, kam přıřla v pozici klienta, který řada odborníka o konzultaci porodního poranění.

*Jitka, 090 Já víceméně tam přıchazım s tím, že „já chci“. Ale to jsem si mohla dovolit ted'ka. Protože tam jdeř prostě s nějakým blbým řitım a není to řivot ohrořujıcı. A ty sama v hloubi duře vıř, že kdyby to ted' nechala tak, jak to je, tak s tím do konce řivota dořijeř. Zatímco kdyř ti hrořı, že ti diagnostikujou rakovinu, tak se asi chovař upne jinak.*

Avřak situace, která je z pohledu pacienta vazna, pomáhá snést nepohodlí i stud a akceptovat dané podmínky ve prospěch uspeřneho provedení úkonu. Takovou situaci popisuje Jitka, kdyř mluví o svém prvním porodu. Kdyř se lekařı rozhodli pro akutní sekci, uvědomovala si vaznost situace. Tam, kde by se jindy v situaci nepohodlí a vlastní nahoty bránila, přıjala vře jako nutnou součást procesu a podřídila se pořadavkum personálu.

*Jitka, 151 Svlıkli mi tu kořili moji. Já jsem věděla, že to vřechno patří k tý operaci, že to je nevyhnutelný. Bylo to nepříjemný, ale já jsem si říkala, že to tak je v pořádku. Pamatuju si, že mi to říkali, ted' vás oholıme, ted' vám musím sundat tu kořili, protože na tu operaci ji nemůžete mít. (...) Sestra mi řekla, ted' se jedná o akutní stav, ted' to bude muset jít podle nařeho scenare a potřebujeme, abyste*

*spolupracovala. To bylo takový jasný, autoritativní. Já jsem spolupracovala, jako chápala jsem, že jde o vážnou věc, že mi budou řezat břicho. Kdyby to bylo v jiný situaci, tak bych se bránila, ale tady mi to nepřijde nějak nutný vzdorovat. Tady nevidím důvod, to je vysoce odborná záležitost. Že u toho utrpím trochu nedůstojnosti, to asi bývá.*

Také David upozorňuje na kontext daný situací, když popisuje rozdíl mezi akutním ohrožením života a pozdějším obdobím rekonvalescence jeho syna Honzy. V situaci, kdy šlo o život, oba rodiče odložili kompetence, které by jindy chtěli uplatňovat (například rozhodnutí o podání antibiotik) a svěřili se plně do rukou lékařů.

*David, 053* *Když měl půlku hlavy pryč, tak jsme neřešili, jestli je nutný, aby měl tolik antibiotik. Tam jsme to brali jako nějakou jistotu, kterou jsme nechali v jejich rukách. (...) Na jiným oddělení tohle pro nás mohlo být problematický. Ale jak to bylo reálně život ohrožující, tak jsme do toho nešli.*

Úvodní kapitola prezentace dat představila pozadí, které tvoří apriorně asymetrickou pozici pacienta vůči zdravotníkům, jež je přirozenou součástí léčby. Pacient je omezen nejen nemocí, ale i úzkostí s ní spojenou, nejistotou z nové situace a z nového prostředí. Současně je fyzicky omezen skrze umístění v nemocnici; jeho denní rytmus ani pohyb nejsou plně v jeho rukách. V intencích medicínské diagnostiky a terapie je fyzicky zacházeno s jeho tělem a pacient musí překračovat jindy běžné hranice intimity. Mnohdy může postrádat informace a být oddělen od kontaktu s blízkými. Současně si plně uvědomuje svou závislost na péči personálu, a tím přirozeně i na jeho ochotě vyjít mu vstříc. Tyto rozměry asymetrie jsou však v rámci kýženého uzdravení pacientem za určitých okolností akceptovány a v mnoha situacích i ochotně přijímány, protože pacient si uvědomuje jejich oprávněnost, případně nevyhnutelnost. Mnohdy pacient dokonce vítá možnost svěřit se do rukou odborníkům a být dočasně pasivním článkem.

## **DRUHÁ KAPITOLA:**

### **Zeslabování a zesilování asymetrie v praxi**

V této kapitole se od pozadí asymetrického vztahu pacienta a zdravotníka přesuneme ke konkrétním podobám asymetrie v praxi. Ptáme se, v jakých oblastech a jakým způsobem se asymetrie může zesilovat nebo naopak zeslabovat. Na rozdíl od apriorní a nevyhnutelné asymetrie či od funkční stránky nerovnosti ve vztahu mezi nemocným a pečujícím se zde přesouváme ke konkrétnímu interpersonálnímu rozměru asymetrie. Ten může nabývat nejrůznějších podob.

Apriorní asymetrii není možné od té, která se postupně vytváří, jednoznačně oddělit. Zůstáváme při tom, že v rámci každého komunikačního systému se míra asymetrie vyvíjí a že je součástí vyjednávání o povaze vztahu. Jedná se o dynamický proces. Konkrétní podoba asymetrie, které se věnujeme v této kapitole, tak závisí nejen na apriorních předpokladech, ale také na chování obou (všech) zúčastněných v konkrétním komunikačním kontextu.

V této kapitole představíme oblasti, v nichž se asymetrie může proměňovat, a možné podoby komunikace, tak jak jsou uchopeny v patientské zkušenosti našeho výzkumného vzorku. Podobně jako v předchozí kapitole, také zde do popředí vystupují především emočně negativně reflektované události. Ty, které bychom mohli označit za pozitivně prožívané, totiž nejsou ve středu pozornosti pacienta. Vystupují zpravidla až jako výsledek srovnání; tehdy si pacient uvědomuje, že to nepříjemné, co prožil, se mu například na jiných odděleních nebo v jiných situacích nestalo.

## OBSAHOVÝ ROZMĚR

V této části se zaměříme na obsahový aspekt vyjednávání o povaze vztahu ve zdravotnické komunikaci. Bude nás zajímat, v jakých oblastech se odehrává potenciální zesilování nebo zeslabování asymetrie. Zaměříme se na kategorie, které vzešly z naší analýzy, a sice na (1) práci s informacemi, (2) zacházení s režimními nástroji nemocnice, (3) fungování ve fyzickém prostoru nemocnice a (4) zacházení s tělem pacienta.

### Informace

Jak bylo popsáno výše, informace pomáhají jedinci zorientovat se v nové situaci. Je zřejmé, že držitelé a potenciálními poskytovateli informací jsou v nemocnici v první řadě zdravotníci. Na základě analýzy našich dat rozlišujeme tři podoby informací, které jsou pro pacienta relevantní: informace o problému, informace o prostředí a informace o člověku.

#### *Informace o problému*

V rámci léčby se odehraje to podstatné, tedy její obsah: všechna vyšetření a nutné zásahy. Ukazuje se však, že pacientům mohou závažným způsobem chybět informace o tom, co se děje s nimi a jejich zdravím (či jejich dítětem a jeho zdravím). Jedná se o informace, které se týkají diagnózy a všeho, co o ní lékař nebo personál ví, nutných vyšetření, postupů s nimi spojených, podoby terapeutických zásahů apod .

Situace pacienta se podobá situaci člověka, který přichází do hloučku lidí, kteří o něčem mluví, a jemu není zřejmé o čem. V rámci našich dat se ukazuje, že to na straně pacienta může budít obavy a současně se s každou další neznalostí a nejistotou stává obtížnějším vrátit se zpět z vychýlené rovnováhy. Oslabení pacienta je totiž tím silnější, čím méně se orientuje v situaci, v prostředí a v dalších souvislostech zdravotnické péče.

Pokud se pacientovi podaří zorientovat se v problému, zeslabuje se jeho nejistota, a tím i jeho podřízená pozice vůči zdravotníkovi, který informacemi disponuje. Jedná se o další rozměr asymetrického vztahu mezi pacientem a zdravotníky. Kateřina měla zjevný deficit základních informací v době po předčasném porodu dcery Kristiny:

*Kateřina, 280 Nikdo mi jako nevysvětlil, jak to tam chodí, jak to bude, co bude zejtra, proč není (dítě) u mě, jestli musí být v inkubátoru, nemusí být v inkubátoru, jestli je to ... je všechno v pořádku. (...) Já jsem se domáhala jako co je s tou Kristinou, vlastně skoro pokaždé nebo pokaždé když ta sestra přišla. A oni mi asi dvakrát řekli, že přijde pan doktor. Že mám počkat. Protože já jsem nemohla vstát z té postele. (A nevědělas, co je s Kristinou?) Nevěděla. (Tys ji ani neviděla?) Já jsem ji měla po porodu jako chvílku v náručí a pak ji odvezli a už jsem o ní nevěděla. A teď jsem ležela jak debil vedle té prázdný postýlky, bylo mi strašně zle, Kristina byla daleko.*

### Dostat informace

Jak vyplývá ze zkušenosti našich respondentů, úzkost může být zeslabena tím, že zdravotník pacienta uvede do problému a poskytne mu základní orientaci. Je otázkou, jak rozsáhlou komunikaci v tomto ohledu vyžaduje individuálně každý jednotlivý pacient a jak se pacienti v tomto ohledu mezi sebou liší, avšak poskytnutí informací má význam nejen z hlediska technického obsahu, ale také jako uvedení člověka do neznámého prostoru a zeslabení jeho nejistoty.

Zkušenost z ne/poskytnutí informací prolíná prakticky všemi rozhovory. Dostat informace o tom, co se děje, zvláště, týká-li se to člověka osobně, znamená úlevu, a to i přesto, že pacient nemusí věci po odborné stránce rozumět. Zesiluje se však jeho subjektivní pocit kompetence a orientace v situaci. Tak tomu bylo v případě Davida po úrazu jeho syna.

*David, 021 On (pozn.: ošetřující lékař) nám taky říkal, co dělaj, co měřej, jaký jsou tam hodnoty. I když musel vědět, že tomu nerozumíme. Ale to bylo dobrý, že s náma komunikoval i o tom, co se tam děje, co dělaj. To nám leckdy taky pomáhalo.*

Možnost dostat přiměřené množství informací se jeví jako pozitivní pro každého pacienta, který se ocitá v neznámé situaci.

*Eva, 211 Jedna kamarádka měla rodit plánovaným císařem a moje spolužačka tam pracovala jako gynekoložka. Ona toho císaře nedělala, ale těsně před tím císařem za ní přišla a byla tam s ní půl hodiny a říkala jí, co a jak bude probíhat. A ona vyjádřila, že to pro ni bylo hrozně cenný, protože jinak by se s ní nikdo nebavil, nepáral a že ji hrozně zúzkostňovalo, že neví, co a jak bude. A tahle spolužačka jí vlastně udělala ten komfort, tu péči, že se jí věnovala. Ale to není standardní péče tý nemocnice. (...) Tady v nemocnici se s tebou nikdo půl hodiny párat nebude, aby ti něco vysvětloval. Ani na to nemá čas a já to i chápu, že na to nemá čas. Ale je to hrozný, hrozný.*

Zkušenost Lenky, jejíž dítě bylo hospitalizováno, ukazuje, že informace a orientace jsou v nové situaci nesmírně důležité. Z ukázky je patrné, jak intenzivně se Lenka snažila se v problému zorientovat.

*Lenka, 200 Když dítě onemocní, tak ta matka vůbec neví, co se děje, co ji čeká. Jestli je to běžný nebo ne, kolik dětí to mívá, je to normální průběh, není to normální, jaké jsou s tím prognózy, jak do budoucna.... Jestli je úspěšnost léčby vysoká, nízká. Já jsem se snažila vyptávat. Třeba jsem potkala matky, co tam měly děti se stejnou diagnózou. Tak jsme se sešly, říkaly jsme si, co ta která má, jak se to vyvíjí... aspoň takhle jsem se snažila hledat...*

Poskytování informací může mít různou podobu. Všechny však v pacientově vidění spojuje pocit bezpečí a respektu ze strany lékařů. Helena zařazuje poskytnutí informací o zdravotním stavu dítěte mezi hlavní zdroje ulehčení v těžké situaci. V následující ukázce mluví o primáři, který se staral o jejího syna na oddělení JIP. Cení si toho, že primář jí a manželovi po celou dobu poskytoval informace všeho druhu. Helena sama říká, že díky tomu prožívala menší úzkost než v případě, kdy by nevěděla vůbec nic.



Helena, 018 *A hlavně mluvil s náma. Protože předtím se s náma víceméně nikdo nebavil. Vlastně jsme s ním byli domluvený, že opravdu jsme tam každý ráno jeli, kdy on si nás tam vzal do svýho kamrlíku a prostě nám řekl, co bylo, co je možný, co se děje, neděje. (...) Bylo to pro mě hrozně důležitý, protože to byly v podstatě jediný informace, který jsme měli. Že jo, dítě nám nikdo neukázal. Věděli jsme, že je na tom hodně špatně, a tak člověk měl prostě nějaký konkrétnější informace. Nedokážu si představit, že by nám jenom říkali , nic novýho‘. (...)*

*(V čem by to bylo jiný?) Já mám pocit, že člověk má pak daleko větší strach. Když neví vůbec nic. Že je to takový, jako by tě hodili do vzduchoprázdna. Nemáš se vůbec čeho chytit. (...) Vždycky je nejhorsí zůstat bez informací, to je u všeho.*

Helena, 038 *Vždycky řekl třeba co přes noc, co se dělo. (...) Třeba nám i promítl obrázky z rentgenu, abychom viděli, jak to vlastně vypadá. Že byl ochotnej (...) všechno nám ukázal, abychom byli prostě informovaný o tom, jak to opravdu je.*

*(Máš pocit, že i nějak emočně vás ten doktor podporoval, nebo to byly ty informace, co tě na něm těšilo?) Byly to ty informace, určitě.*

Informace nemají pouze obsahovou hodnotu; jejich poskytnutí má významný psychologický rozměr. Poskytnutí informací může být projevem zájmu a respektu, zesiluje důvěru ke zdravotníkům, stává se prostředkem psychické podpory.

Lenka oceňuje primáře dětského oddělení, který jí skrze informace dodával podporu a vážnost. Jednalo se o dobu hospitalizace její dcery Simony se zánětem očníce. Lenka, která je zdravotní sestra, v průběhu hospitalizace odhalila závažnou chybu v práci sester s odsávačkou hlenů. Sestry nevyměňovaly nástavec odsávačky, kterou sdílely děti z celého oddělení, a k jeho čištění používaly kelímek se stejnou vodou. To mohlo způsobit zhoršování stavu dítěte a šíření infekce mezi dětmi. Od okamžiku, kdy Lenka chybu odhalila, se jí primář oddělení začal osobně věnovat. Právě jeho snaha poskytnout Lence všechny informace byla z její strany interpretována jako projev respektu a citlivosti.

Lenka, 084 *(Primář) si mě zavolal k sobě do kanceláře, posadil si mě... podal mi židli, posadil mě ke svému počítači a začal mi ... hned jak mu přišly výsledky Simončiny, tak mi začal ukazovat nálezy, popisovat všechno, prstem mi ukazoval, tady to má uzavřené, vidíte to, to je to zhoršení. Tady se to musí uvolnit lékama, aby tam šel vzduch, protože přes tu jednu díрку jí vůbec nešel vzduch. No a ukazoval mi ten otok, tu orbitu. (...) Viděl mě, jak jsem z toho zničená, z toho, co řeším, byla jsem úplně vyčerpaná. Tak se jako snažil. A při každé příležitosti, když mě potkal třeba na chodbě, tak pokaždé mě zastavil a něco mi vysvětloval.*

Poskytnutí informací, které pacient interpretuje jako projev respektu, současně vzbuzuje větší důvěru k lékaři. Šimon mluví o svém ošetřujícím lékaři. Důvěruje mu právě proto, že mu vždy říká celou pravdu. I v případě, že se jedná o informace, které nejsou povzbudivé, Šimonovi pomáhá vědomí, že mu lékař nic netají a že mu tak může důvěřovat i v rozhodnutích o dalším postupu léčby.

Šimon, 059 *On se mnou mluví narovinu, všechno řekne. Jo, že to je prostě blbej nádor, že samozřejmě se prostě neví. Říkal, že mi nebude zastírat, že tenhle nádor je jeden z nejhorších u tý rakoviny, co je. Já jsem se ho ptal, jaká je prognóza, a on říkal, prognóza je divoká. Jsou nějaký studie, statistiky, ale, říkal, tohleto je natolik... ne vyloženě vzácný, ale třeba, v porovnání s rakovinou prsu, těch lidí, co tohle maj, je strašně malinko. Takže pak je otázka, nakolik to má vypovídající hodnotu. Oni tam napíšu, že pravděpodobnost návratu je osmdesát procent, ale už tam neřeknou, že... třeba že tam je velkej vliv tý operace. Jestli ta operace byla provedena dobře, nebo ne. V mém případě ta operace byla provedena velmi dobře. On říkal, že si myslí, že v mém případě je to riziko určitě menší než osmdesát procent. Že je třeba šedesát (směje se). A po tý léčbě že se dostaneme třeba pod padesát. To je taky hodně. Ale je to lepší než osmdesát. Jako mluví se mnou otevřeně, a to se mi líbí.*

Důvěru k lékaři staví na podkladě poskytnutých informací také Kateřina. Na lékařovu ochotu přibrat ji do léčby, která je pro Kateřinu důležitá (viz dále), usuzuje mimo jiné z toho, že jí lékař poskytuje informace. Díky tomu se na něj může spolehnout. Je to jeden z rozhodujících momentů Kateřininy důvěry k lékaři v dlouhodobé léčbě deprese:

Kateřina, 224 *...abych věděla, že co mi říká, že je v tom spolehlivej. Aby mi neříkal takový to, ale prosimvás, jen si to vemte, to vám nemůže ublížit. Ale aby mi řek, má to takový a takový účinky, je možný, že budete mít takovýhle vedlejší účinky, ale měly by do čtrnácti dnů odeznít.*

Kateřina, 297 *Snaží se mi toho maximum vysvětlit. (...) Řekl, já vám napíšu antipsychotikum, je to v malý dávce, není to, že byste byla jako blázen nebo nějaká divná, je to proto, že to zesiluje účinek antidepressiv.*

Spontánně podávané informace budily pocit bezpečí také u Jiřího, který se jinak choval spíše pasivně. Mohlo se zdát, že vlastní informovanost pro něj není důležitá. Avšak z rozhovoru vyplývá, že i on si cenil všech drobných zpráv o stavu nemocné manželky, které mu sestry nebo lékaři přišli sdělit. Pro Jiřího to znamenalo posilu a pocit podpory od personálu, který o jeho ženu pečoval.

Jiří, 064 *Chodil jsem tam, když ne denně, tak alespoň pětkrát v týdnu, takže jsem se tam stal víceméně takovým inventářem. Takže ať sestry nebo i doktoři, všichni se snažili už hlásit mi i takové detaily – třeba nějaké dílčí úspěchy té léčby. Třeba to a to se děje. A u převážné části jsem pocítil velkou vstřícnost a i takovou prostě podporu. (...) Kolikrát ta sestra přišla, řekla mi třeba, že je bez teploty, že je klidné dýchání. Potom když třeba přišla a něco dělala, tak mi říkala, co provádí.*

Helena oceňovala také drobné „nadbytečné“ informace od primáře. Nejednalo se o medicínsky podložené informace, ani o výsledky vyšetření a lékař je vůbec nemusel sdělovat. Tyto drobnosti však Heleně pomáhaly více než technikálie. Dodávaly jí v prvních dnech po úrazu naději do budoucna a sílu čelit psychické zátěži.

Helena, 113 *Pamatuju si, to bylo takový hezký, že nám říkal i takový maličkosti...říkal: Nemůžu vám to slíbit, ale viděl jsem, že hejbal všema ručičkama, nožičkama. Nemůžu vám to slíbit, ale vypadá to, že by mohlo tam dojít k zachování nějaký hybnosti. I když jsme nevěděli, v jakým rozsahu. Že nám takový věci řekl. (...)*

*Já jsem za to byla vděčná, že mi to řekl. Já jsem byla ráda, že mi to řekl. Protože kdyby mi to neřekl, tak mi to nechybí, protože o tom nevím, ale prostě dodal optimismus do té situace, že tam je nějaká naděje. Že se něco hejbe.*

Podobně mluví Libuše, když má popsat svou zkušenost s dalším oddělením, na kterém byl její syn umístěn. Ani u ní nešlo tolik o konkrétní informace jako spíše o pocit orientace v problému. Ten byl podle všeho klíčový pro zeslabení její asymetrické pozice. Současně se navracel pocit bezpečí, který měla v době, kdy věci byly více v její režii. V neposlední řadě se tím zvýšila důvěra Libuše k pečujícímu systému i k personálu.

Libuše, 076 *Když jsem přišla, tak mě informovali o tom stavu, co se dělo novýho, prostě podaly pár informací. Třeba že podávali nějakou fosfát a že dobrý nebo jestli pil, jestli brečel nebo nebrečel a tak.*

*(Bylo to pro tebe důležité, tyhle informace?) No, vlastně jo. Asi spíš ve smyslu, že viš, že se o něj staraj, než že bych nějak posuzovala, jestli to dělaj dobře. Vlastně je ti to trochu jedno, protože to je nějaký systém, kterej jede vedle tebe a ty chceš hlavně mít to dítě doma.*

Ukazuje se, že jádrem snížení asymetrie a zeslabení úzkosti pacienta je primárně ochota lékařů (a obecně zdravotníků) informace poskytovat; a dále pak umění poskytovat je ve správnou chvíli. Jak je zřejmé v případě matek nemocných dětí, často se jednalo spíše o drobnosti ze života dítěte, které jim dodávaly pocit znovunabyté jistoty.

Informace o problému pomáhají přiblížit se zpátky stavu, který byl v pacientově životě před onemocněním. Staví pacienta zpět do symetrické pozice, alespoň pokud jde o informovanost o tom, co se děje. Ze strany personálu je poskytnutí informací gestem, které dává pacientovi jako partnerovi v komunikaci hodnotu. Pro pacienta to znamená, že reflektují skutečnost, že postrádá informace, a dávají najevo respekt k němu a jeho potřebám. Zvyšuje se tak vedle orientace v problému také pacientova důvěra v kvalitní péči personálu.

### **Všeho moc škodí (?)**

Stejně jako u dalších otázek ve věci zdraví a nemoci, ani zde není možné jednoznačně říci, jaké množství informací pacient potřebuje. Existují přirozeně rozdíly mezi jednotlivci i mezi situacemi. Také ve zkušenosti našich respondentů nastaly okamžiky, kdy některé informace vnímali jako nadbytečné. Hranici mezi prospěšnými a „neprospěšnými“ informacemi není možné stanovit; obecně však riziko nastalo tam, kde další informace pacientovi subjektivně nepomáhaly se zorientovat, ale pouze zvyšovaly jeho úzkost. Vodítkem tak zůstává pacientův subjektivní dojem. Není možné učinit rovnítko mezi množstvím informací a zesílením pacientovy sebedůvěry v kontaktu s lékařem. Tam, kde není v jeho silách věci porozumět, se může chtít více spolehnout na odborníka a více se nedozvídat.

Eva vzpomíná na první porod v Německu, kde systém nastavuje dlouhodobou předporodní i poporodní péči o ženu ze strany jedné porodní asistentky. Ta Evě nesdělila informaci o velikosti dítěte, přestože si byla vědoma, že ovlivní porod. Rozhodla se tak proto, aby Evu ochránila před strachem z porodu. Eva k ní přesto stále měla důvěru.

*Eva, 274 My jsme se divili, když se narodil Pepíček, co je to za obra. A ty porodní asistentky se asi nedivily, ony věděly, že to trvá tak dlouho, že se rodí hrozně velký dítě. A pak druhý den jsme volali tý naší a Jenda jí říkal, že má čtyři kila. A ona nic, že dobrý. A on říká, no ale to je hrozně velký dítě! To jsme nevěděli! A ona, no, já jsem to tak trochu věděla. A pak když k nám přišla poprvé, tak teprve mi to řekla, že to tušila, že to dítě nebude malý, ale že mi to neřekla. A já jsem se ptala, proč mi to neřekla. A ona mi řekla, že jí to nepříjde dobrý, aby to ta máma věděla.*

Šimon se setkal s informacemi, které ho v daném okamžiku paralyzovaly. Jednalo se o informace, které nesloužily jako podpora a ani nepomohly zorientovat se v situaci. (Situaci později napravil jeho ošetřující lékař, který informace zasadil do reálného kontextu Šimonovy nemoci a benefitů, které léčba přinese. Jeho reakcí se budeme zabývat v oddílu Potvrzení.)

*Šimon, 064 Pak je tam doktorka Kolenová na tom ozařování, ta taky byla velice dobrá. Ta mi řekla všechno otevřeně, že je to prostě blbej nádor, s tím ozařováním, co mě čeká, akorát mě teda při té první návštěvě, dá se říct, vystrašila, protože mi začala vyjmenovávat, co všechno se mi může přihodit tou radioterapií, jaký to může mít vedlejší účinky. Říkala mi o tý fibróze, pak že to může otéct, ten lymfoedém nebo co – začala to malovat docela v černých barvách. Byl jsem z toho vystrašený. Pak skončila prostě u nějaký kastrace. To jsem byl fakt vyděšený.*

### **Odmítnutí informace poskytnout**

V příbězích našich respondentů se opakuje jak zkušenost s poskytnutím informací, tak také moment ne-poskytnutí informací. Scházejí-li informace, pacient se nemůže zorientovat v situaci, což zpravidla zesiluje osobní pocit nepohody a současně ponechává pacienta v asymetrickém postavení vůči personálu.

Situaci neposkytnutí informací popisuje Lenka. Jedná se o okamžik po zhoršení stavu dcery se zánětem očníce, které nastalo v průběhu hospitalizace.

*Lenka, 147 (Ty ses ho ptala, co jí je?) Ptala. Co tam vidíte, co na to říkáte? A on, to vám přece nemůžu tady takhle říct, co jí je. A řekl, napíšu to tam. Napíšu to tam sestřím.*

Pacientka postrádá informace, žádá je a nedostává se jí odpovědi. Nemusí však jít jen o aktivní odmítnutí informace poskytnout. Personál může stavět pacientku do asymetrické pozice i prostou ne-komunikací.

*Lenka, 147 Pomohlo by mi, kdyby řekli třeba takový, no, to děti mívaj. Totiž, když dítě onemocní, tak ta matka vůbec neví, co se děje, co ji čeká. Jestli je to běžný nebo ne, kolik dětí to mívá, je to normální průběh, není to*

*normální, jaké jsou s tím prognózy, jak do budoucna.... (...) Já jsem se snažila vyptávat.*

Eva promlouvá o pocitu z komunikace s lékařem bezprostředně před porodem, kdy se nacházela na vyšetřovně a od sestry dostávala množství dotazů úřední povahy (zaměstnání, počet dětí, velikost bytu), které se v dané porodnici sbírají při přijetí k porodu. Lékař, který přišel, beze slova Evu vyšetřil, stav připravenosti porodních cest k porodu jí nesdělil a na otázku, zda může čas do porodu trávit s manželem, odvětil, že se musí zeptat sestry. Eva vnímala jako zúzkostňující jeho prostou neochotu s ní komunikovat, kterou z jeho chování vyrozuměla.

*Eva, 297 Nebylo mi příjemný to, jak se mnou nekomunikuje, že se na mě ani nedívá, že z něj musím všechno tahat, jinak by mi vůbec nic neřekl. Že na mě vlastně jako peče.*

Ne-komunikovat může i celý nemocniční systém (sestry jej reprezentují v jednotlivých okamžicích). Vyplývá to z příběhu Kateřiny, která byla po porodu dezorientovaná, fyzicky nemohoucí a měla strach o dítě. Přestože tu není možné určit konkrétního komunikačního partnera, který by jí informace odmítl poskytnout, nacházela se Kateřina ve stavu faktické ne-komunikace s celým systémem. Ta měla za následek nedostatek informací, a s nimi spojenou úzkost.

*Kateřina, 283 Podle mě mohla ta sestra...nebo co bych od ní jako čekala teď, za stavu přičetnosti (...) mohla přijít a říct mi – nebo to mohla klidně udělat při tom měření tlaku – je to takhle a takhle, chodí to tu takhle, doktor přijde tehdy. Protože já ani nevím, jestli kdybych se nedomáhala doktora, jestli by přišel nebo jak to tam prostě bylo. Kdyby prostě někdo na začátku přišel a věnoval mi pět minut a řek mi, kde jsem, kde je dítě, co je s dítětem, jak se to dozvím, kdy se to dozvím, co je vlastně jako se mnou. (...) No a myslím si, že to uvedení do té situace jako takový by fakt zabralo pět minut a bylo by mi tam o mnoho líp*<sup>23</sup>.

Přímé odmítnutí poskytnout informace zažila Marie. V průběhu předporodního vyšetření lékař pohmatem zjišťoval mimo jiné míru zkrácení děložního čípku. Tu lékaři považují za indikátor blížícího se porodu. V kontextu blízkého termínu porodu byla tato informace pro Marii obzvlášť důležitá, avšak lékař na její otázky odmítl odpovědět.

*Marie 1, 018 Ten doktor mě vyšetřil a já jsem se ho ptala, jak to vypadá, prostě jestli se otvírá, nebo jestli je ten čípek zkrácený. A on mi na to odpověděl, nevím, proč bych vám to měl říkat, když tomu stejně nerozumíte. To si pamatuju přesně. Neřekl to hnusně, že by na mě křičel. Řekl to takovým milým, jemným hlasem.*<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Současně zde Kateřina pojmenovává svou tehdejší „nepřičetnost“, tedy omezenou schopnost přiměřeně reagovat, která připomíná jinými respondentkami popsanou neschopnost racionálně uvažovat.

<sup>24</sup> Odmítnutí informace poskytnout navíc lékař spojil s hodnocením pacientky jako nerelevantního komunikačního partnera. Tomuto vztahovému aspektu se bude věnovat další část této kapitoly.

Pro Marii to byl signál nerovnocennosti v jejich vztahu, kterou svým chováním určil lékař. To, že postrádá informace, ji jako pacientku v dané komunikační situaci připravuje o subjektivně prožívanou symetrii. Nadále je už paralyzovaná a komunikuje defenzivně. V jiných částech rozhovoru Marie říká, že začala mít strach z porodnice a dalších konfliktů s lékaři ohledně zásahů do porodu, a celý proces prožívala od daného okamžiku obtížněji.

*Marie 2, 012 (Co to pro tebe znamenalo, tahle slova od něj?) No, že jsem blbá. Že si o mně myslí, že jsem blbá.*

*A určitě mi to vadilo, protože to prostě není rovnocenný vztah s takovým člověkem, kterej si o tobě myslí, že jeseš úplně blbá, a kterému nestojíš za to, aby ti odpověděl na otázku. Já to ještě chápu, že mi to sám neřekne, prostě na to není zvyklej. Ale (...) že mi na to ani neodpoví?*

Ne-poskytnutí informací znamenalo zvýšenou nedůvěru pacientky v pečující prostředí. V jejích očích nebylo možné vyhnout se situaci, kdy bude na porodnici závislá: porod nebylo možné odložit, ani pozdržet, což ji stavělo do asymetrické pozice. Změnu porodnice Marie vnímala jako obtížnou, protože je zvykem, že žena porodí v té porodnici, ve které absolvovala předporodní vyšetření a Marie se snažila zdravotníky, kteří o ni mají pečovat, v každém případě nerozrušit. Další komunikace se obávala; k porodu přivedla vlastní porodní asistentku, která ji doprovázela celým těhotenstvím a které důvěřovala jak po lidské, tak po odborné stránce.

*Marie 1, 035 Od té první návštěvy v porodnici jsem se bála. (...) To už jsem měla s sebou svou porodní asistentku. Věděla jsem, že bych tam už nikdy nešla sama.*

Během první doby porodní se odehrávalo běžné vyšetřování a rutinní opatření ze strany gynekologů. Informace, které Marie považovala za spolehlivé, však přicházely alternativní cestou, od její porodní asistentky Vlasty.

*Marie 2, 065 Když tam byla s náma, tak mě Vlasta vyšetřovala tajně na záchodě. Aby mi mohla říct, co a jak, jak to vypadá. Já jsem to chtěla od ní, já jsem jí věřila.*

Je zřejmé, že neposkytnutí informací má také zřetelný vztahový rozměr (a v tomto případě je s tím spojený i emoční náboj). Vztahovému rozměru neposkytnutí informací bude věnována druhá část kapitoly.

### **Informace, nebo manipulace?**

Předchozí příklady naznačují, co vyplývá z neposkytnutí informací: je to pocit pacienta, že se neorientuje v problému. Současně sílí asymetrické postavení vůči držiteli informací. Na straně pacienta tak vedle nedůvěry vzniká pochybnost o tom, zda neposkytnutím informací není manipulován směrem k řešení, které on sám považuje za nejlepší.

Marie se vyjadřuje k debatě s lékařem ohledně vyvolání porodu<sup>25</sup>, která následovala po vyšetření. Lékař jí indukovaný porod předestřel jako jediné možné řešení situace. S tím, že

---

<sup>25</sup> Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství. Porod se indukuje v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky a/nebo plodu. Farmakologickou preindukcí a indukci porodu je možno provádět pouze za hospitalizace. Preindukci je možno provést

v opačném případě vzrostou zdravotní rizika pro matku i dítě. Neuvedl však relativní pravděpodobnost jejich vzniku vůči rizikům jiných období těhotenství, ani vůči jiným řešením dané situace. Pacientka se tak cítila lékařem oklamaná; a ještě více poté, co společně s manželem, lékařem, prostudovala odborné materiály.

*Marie 2, 056* Ne, že by mi lhal, ale myslím si, že mi neřekl celou pravdu. On mi řekl jen to špatný, co se může stát, bez toho, aby to zasadil do kontextu. (A ten byl?) Ten byl, že takový rizika tady jsou i předtím. (...) Navíc jsem nevěděla, jaký třeba je riziko, že budou nějaký komplikace z toho vyvolávání, že třeba to skončí císařem.

V případě Marie vedlo poskytování neúplných informací k jednoznačné nedůvěře. Postupně začala vyhledávat informace a zjistila, že mnoho doporučení, s nimiž se během těhotenství setkala, vychází spíše ze zvyklostí, nežli faktů.

*Marie 1, 044* Je spousta doporučení, kterých se ti porodníci a gynekologové držej, a ty věci nejsou ničím podložený, žádnýma studiema. (...) Třeba se doporučuje ležení, když máš kontrakce. A doporučuje se cerkláž<sup>26</sup>, když se otvíráš. Jako doktoři ti to doporučí. Ale nejsou nikde žádné výsledky.

Lékaři Marii sdělili, že pokud odmítá indukci porodu, ohrožuje své dítě. Marii tento zážitek evokuje dřívější zkušenost, kdy ji lékař neinformoval přesně o riziku potratu při amniocentéze<sup>27</sup>. Ani tehdy se jí nedostalo úplných informací. V jedné situaci nebyl hrozící potrat lékařem prezentován jako podstatné riziko a v jiné situaci je totéž nejsilnějším argumentem lékaře k dalšímu zákroku, který pacientka odmítá. V tomto kontextu Marii zmíněný rozpor vede k nedůvěře a pocitu, že je manipulována.

*Marie 2, 060* Já jsem si říkala, když jde někdo na amniocentézu, tak tam je riziko potratu docela velký. Jedno až dvě procenta. (...) Říkala jsem si, jak je to možný, že často ti gynekologové ženy přesvědčujou, že by měly jít na amniocentézu a o těch procentech se až tolik nemluví. Vím o ženských, který to nevěděly a pak říkaly, kdybych to byla věděla... Jako je to určitě i jejich chyba, že se o to nezajímaj. Ale zkrátka není to úplně stoprocentně běžný, že by to říkali. Zatímco mně tohle řeknou jako důvod pro to, že by mi vyvolali porod<sup>28</sup>.

---

maximálně třikrát po sobě, při nedosažení zralosti hrdla je nutné indikaci preindukce přehodnotit, event. těhotenství ukončit (Roztočil, 2008).

<sup>26</sup> Operace, která se provádí při inkompetenci hrdla děložního (Roztočil, 2008). Spočívá v sešití děložního čípku.

<sup>27</sup> Amniocentéza je odběr plodové vody v těhotenství, kde existuje riziko následného potratu

<sup>28</sup> Někteří respondenti se také vyjadřovali k tématu autonomie pacienta či jeho participace na rozhodování. Pozice lékaře podle všeho nabízí prostor k manipulaci.

*Jitka, 102* Ten doktor vždycky ví toho víc, než víš ty. A vždycky ti to může podat tak, aby tě dostal tam, kam on chce. Jako na to nemusím mít vysokou školu, abych věděla, že můžu se s každým bavit tak, abych ho dostala do takový situace.

*Pavel, 032* I když má člověk svůj názor, tak ten doktor jakoby prosadí ten svůj správněj profesionální.

Jitka se v případě prvního porodu cítila přímo obelhaná. To zpětně zastihuje její důvěru k lékařce i k dalším rozhodnutím zdravotníků, která vedla k akutní sekci.

*Jitka, 150 Dneska si myslím, že mě ta doktorka obelhala. Že prý na popohnání porodu mi dá čípek a že jsou to jen bylinky. Já jsem měla v porodním plánu, že si nepřeju medikamenty. Že na tom netrvám definitivně, ale že když to nebude nutný, tak že bych do porodu nechtěla zasahovat. Na základě toho ona mi řekla, že mi dá jen bylinky. Že je to na uvolnění hrdla. A zavedla mi oxytocinovou tabletku a nastalo peklo. To až zpětně z té zprávy jsem vyrozuměla. Nastaly šílený kontrakce, že ani ten motnitor nešlo natočit. (...) Ta doktorka mi normálně lhala. Zpětně je mi to velmi nepříjemný, dotýká se mě to.*

V rozhovoru se Šimonem se ukazuje, že daný mechanismus funguje i opačně: spolehlivost a celistvost informací budí na straně pacienta důvěru.

*Šimon, 190 Já myslím, že já jsem schopnej to poznat velmi dobře, (...) jestli ta informace je celá, nebo není. Takže si myslím, že bych to poznal. A že by to vneslo prvek nedůvěry a nejistoty paradoxně. (Proč?) Protože já bych si říkal, tak on mi něco tají, kdoví, co bude. Takhle vím přesně, na čem jsem.*

### Informace o prostředí

Podobnou funkci jako informace o problému plní informace o prostředí. Mohou pomoci zorientovat se, anebo, pokud chybí, mohou zásadně komplikovat pacientovu schopnost se v prostředí pohybovat. Stejně tak jsou potenciálním zdrojem emoční podpory, respektu a péče. Jejich neposkytnutí může naopak dostávat pacienta subjektivně do pozice nekompetentního článku.

Tak se cítila Jitka, když po porodu prvního dítěte, který proběhl sekci, ležela na oddělení JIP. Dítě bylo „daleko“ a poporodní stav způsoboval, že si Jitka informace o prostředí nemohla vlastními silami obstarat.

*Jitka, 131 Ležela jsem na tý jipce, neměla jsem moc informací, a vlastně cítila jsem se taková nekompetentní.*

Později se jí dalším blokátorem přísunu informací paradoxně stal placený jednolůžkový pokoj („nadstandard“). Jitka tak nemohla využít přítomnosti zkušenějších pacientek z pokoje a byla nadále bez informací.

*Jitka, 139 Pak jsem byla na nadstandardu a vůbec jsem nevěděla, jak to funguje a kde jsou mimina. A já jsem v jednu chvíli už potřebovala vylézt ven a podívat se, jak to tam funguje. Na normálním pokoji by mi to asi řekly ostatní ženy, ale na tom nadstandardu je tohle trochu nevýhoda. Že vůbec nic nevíš. Tak já jsem se plížila po tý chodbě a viděl mě tam doktor a říká, proboha, vám je špatně?! Ne, já hledám, kde mám dítě. Ten doktor byl dost překvapenej, že nevím, kde mám dítě. Pak najednou za mnou sestry přišly a asi na jeho intervenci mi řekly, jak to funguje. Jako nebála jsem se, že není o moje dítě postaráno, ale prostě*



*nevěděla jsem. Myslím, že někdo jinej by se v takový situaci i dobře hroutil.*

Jitčin subjektivní pocit nejistoty se zesiloval s každým okamžikem, kdy se ke svému údivu dozvídala, že nerozumí ani základním pravidlům prostředí. Neuměla například přizpůsobit vlastní chování komunikaci se sanitářkou. Ta jí pokládala přinesené jídlo tak, že na něj Jitka nemohla dosáhnout, a pak jej v určitý čas bez vysvětlení odnášela. Jitka neuměla identifikovat, jakou má daná žena roli a proč jí odnáší nesněžený oběd, a nějakou dobu trvalo, než situaci pochopila. Jako příklad znejistění Jitka uvádí neschopnost rozlišit jednotlivé kategorie personálu. Tam, kde se jedinec neorientuje a je zcela závislý, nevystačí si s běžným poznáním, a roste pocit vlastní nekompetentnosti.

*Jitka, 142 Tam se nevyznáš v tom, kdo je sanitářka, kdo je dětská sestra, kdo je sestra pro tebe jako gynekologická a kdo je doktor. Oni neměli žádný rozlišovací znaky. Já jsem vlastně měla úzkost i z té sanitářky, protože ona vystupovala jako bachař. A já jsem si nebyla jistá, kdo to vlastně je. Jako pokud ti to nikdo nevysvětlí jako na pokoji, tak ani netušíš, že existuje jedna sestra pro dítě a jedna pro tebe. Jako dává to smysl, ale ani mě to nenapadlo dřív.*

*Takže já jen nechápala, proč mi berou jídlo, ale nedokázala jsem se ani nijak bránit. Na to jen zíráš, co se kolem tebe odehrává. Jak blázen prostě.*

Také Kateřina postrádala po porodu informace o prostředí. Její neznalost se, podobně jako u Jitky, zhmotnila v problému „dva druhy sester“.

*Kateřina, 280 A vlastně mi ani nikdy nevysvětlili ten chod toho oddělení. Takže já jsem se na něco ptala nějaký sestry a ona mi vysvětlila, že ona je dětská, že se mám zeptat dospělý. A já vůbec nevěděla, že existují dva druhy sester. A hlavně jsem nevěděla, jak se mám rozhodnout, která je dětská a která ne.*

Na jiném oddělení, kde byla hospitalizována s depresí, se Kateřina naopak setkala s aktivním uvedením do prostředí. Informace tohoto druhu se jí staly prvním orientačním bodem v neznámé situaci. Ochota systému se o informace podělit jí dodala sebedůvěru a pocit, že bude brána vážně.

*Kateřina, 306 Pro mě bylo hrozně příjemný, když jsem tam přišla, že mi ta sestra hned všechno tam ukázala, jak to tam chodí – ukázala mi sesternu, denní místnost... A taky takový maličkosti jako třeba...oni měli popsany všechny dveře. Takže jsi věděla hned, co tam je, že tady je sesterna, tady je záchod – žes tam nebloudila jako blbá, nehledala záchod. Tak to mi přišlo dobrý.*

*A ten přístup tě prostě přesvědčí o tom, že tě tam budou brát vážně.*

Také Helenina zkušenost ukazuje na primární potřebu zorientovat se v novém prostředí. Helena srovnává oddělení JIP (kde strávila s ročním Honzou několik týdnů) s dětským oddělením v jiné nemocnici, kde byl syn později akutně hospitalizován se zánětem ledvin. Konstatuje, že do známého prostředí vstupuje zorientovaná, což ovlivňuje její postavení v

komunikaci. Díky informacím, které už Helena má o prostředí i o lidech, se cítí v symetrické pozici.

*Helena, 267 V té druhé nemocnici jsme šli do úplně cizího prostředí, kde neznáš doktory, neznáš sestřičky. Tady zaprvé všichni věděli o Honzovi. Takže Honzu všichni obskakují a je to tam miláček. Takže v tomhle máš tu výhodu, že nejdeš mezi cizí lidi. Už se s nima pozdravíš: Tak jsme zase tady. Bohužel to není vlastně pozitivní tohleto, jinak by to bylo fajn.*

### Informace o člověku

Typickou situací, do níž pacient v nemocnici vstupuje, je nejen neznalost problému a prostředí, ale také neznalost lidí, se kterými se tam setká. Personál dostává o pacientovi řadu informací, včetně těch osobních. To však neplatí naopak. Jakékoli informace o komunikačním partnerovi ho pak činí více známým a méně cizím. Skrze poskytnuté informace o člověku se zdravotník může stát blízkým a bezpečným protějškem.

Nemusí se však jednat pouze o informace technického charakteru. Z patientské zkušenosti našich respondentů vyplývá, že pro ně byly osvěžující všechny momenty, v nichž uviděli zdravotníka, se kterým se setkávají, jako člověka. Jakýkoli lidský rozměr od prostého podání ruky a představení se přes prozrazení informací o jeho životě po autentický projev emocí na straně zdravotníka, lze považovat za informace o člověku. Ty pacientovi pomáhají se zorientovat a současně oba zúčastněné přibližují na lidské úrovni<sup>29</sup>.

### Informace přibližují

Když Lenka hovoří o lékaři, u něž se cítila dobře, říká mimo jiné, že se o něm dozvěděla některé informace z civilního života. Podle všeho jí to přiblížilo lékaře na lidské rovině a jejich komunikace se pak nesla v duchu vzájemného respektu.

*Lenka, 013 První naše setkání bylo, když viděl, že mám slovenskou průkazku, tak řekl, vy jste Slovenka? Já jsem taky Slovák. A odkud jste?*

Pro lékařku Ester je samozřejmostí se pacientovi představit.

*Ester, 516 Já to dělám tak, že se jim představuju. Že jim hned říkám, že jsem doktorka Klausová. Ne že jsem něco víc, ale aby to věděli.*

Jako zesílení asymetrie lze naopak označit pozici pacienta, který má sdílet všechny intimní detaily s lékařem, u něž nezná ani jméno. Pacient(ka) tuto asymetrii vnímá.

*Marie 2, 203 To je přece normální a běžný. Že když s někým jsem v kontaktu, tak vím, o koho jde. A ne dobrý den, budeme spolu sdílet všechno, ty nejosobnější věci, ale svoje jméno vám neřeknu - moje jméno si přečtete tadyhle na vizitce.*

---

<sup>29</sup> Mezi všemi informacemi nesou informace o člověku nejsilnější vztahový aspekt. Tato stránka problému se znovu objeví v oddílu Vztahový rozměr.

### Chvilé autenticity

Lenka na dětském oddělení způsobila značný rozruch. Poté, co upozornila na chybu v práci sester, následoval dramatický výstup na sesterně, kam primář nechal zavolat veškerý personál a veřejně žádal Lenku o svědectví. Projevoval se u toho výrazně emočně, zdálo se, že situaci bere vážně a je upřímně rozrušený. Pro Lenku to znamenalo větší důvěru v péči primáře o její dceru: díky jeho autenticitě byla přesvědčena, že mu osobně záleží na uzdravení dětí. Později bylo pro Lenku uklidňující, když primář projevil své rozpoložení znovu v osobním kontaktu. Od této chvíle k němu měla důvěru a současně se nebála pokládat mu otázky a mluvit s ním otevřeně o zdravotním stavu dcery.

*Lenka, 075 (P)rimář to tam řek, že to je strašná chyba, že to že se to Simonce zhoršilo, že musí být někde pes zakopaný nebo příčina prostě, proč se jí to zhoršilo. (...) On řek, že to, že se to vrátilo, může být hodně způsobený tímhle. To už nikdy nezjistíme, on řek, že to se můžeme jen domnívat. Ale ptal se, jestli má někdo jiné vysvětlení.*

*Pořád se chytal za hlavu a říkal, jak jste mi to mohli udělat? Jak jste mi to mohli... On se jako cítil zodpovědný za to. Asi si toho byl vědomý.*

*A pak řek a teď si tady stanovíme pravidla, a tak se to bude dělat naťurt!  
(...) Až pomalu křičel.*

Šimon charakterizuje rozdíl mezi lékařem, kterému nedůvěřoval, a ostatními, skrze projevené emoce a ochotu sdílet informace. Sám později přiznává, že s kvalitou jeho odborného názoru lékařovo chování nesouviselo, dokonce se později ukázalo, že jeho odborné stanovisko bylo správné. Pro Šimona však byly informace (představení se, projevy emocí a sdílení) zprvu rozhodujícím indikátorem toho, zda danému lékaři může důvěřovat a řídit se podle jeho pokynů.

*Šimon, 202 Nesnesl žádnou diskusi. Vůbec žádný emoce neprojevoval, nic. To třeba ta doktorka ... i všichni ti ostatní, všichni (!) mi vždycky podali ruku a představili se. Normálně mi podali ruku, řekli, dobrý den, já jsem doktor ten a ten, dostal jsem vás na starosti, budete k nám chodit teď na léčbu, blablabla. Prostě samozřejmost.*

*Tenhleten nic. Nepředstavil se, seděl za stolem, koukal do papírů, v podstatě se na mě ani nepodíval.*

## Režim

### Uplatnění režimu

Kompetence a nástroje, které personálu přináší úkol pečovat o pacienta, mohou být využity různým způsobem. V příbězích našich respondentů se objevuje mnoho situací, kdy systém umožňuje zdravotníkům uplatnit nebo naopak neuplatnit režimní nástroje. Jejich rozhodnutí v tomto ohledu určuje další průběh komunikace.

Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že systém (nebo v konkrétnějších polohách personál) může buď na režimním pravidlu trvat, nebo se může rozhodnout jej neuplatnit, případně ho v zájmu pacienta přímo porušit. V patientské zkušenosti se také odráží různé množství režimních pravidel na jednotlivých pracovištích a různá míra rigidity v přístupu personálu k jejich uplatňování. Právě rozhodnutí o tom, zda bude režim v konečném důsledku uplatněn, nebo ho personál v jistém smyslu poruší, aby vyšel vstříc potřebám pacienta, se ukazuje jako klíčové pro průběh komunikace. Je to jeden z momentů, který zesiluje nebo naopak zeslabuje vzájemné asymetrické postavení.

Protože reprezentantem systému je jednotlivý pracovník, a současně pracovníci v systému mají moc určovat míru, v jaké se systém přizpůsobí potřebám pacienta, máme za to, že se jedná o souběh obojího. Jak systém, tak pracovník se současně mohou projevovat větší, či menší měrou ohleduplnosti. Helena oceňovala vstřícnost sester na JIP, která je výraznější v kontrastu s jinými odděleními.

*Helena, 096 Snažili se přizpůsobit. Což na běžných odděleních, pokud mám tu zkušenost, není.*

*(Tam je co?) Tam je režim. Maj to naplánovaný takhle, ta sestra jde dělat tohle, tak to udělá u všech.*

U další hospitalizace se synem popisuje Helena lpění sestry na konkrétním časovém rozvrhu úkonů. Jednalo se o zánět ledvin a tehdy dvouletý Honza v nemocnici obtížně usínal a brzy se budil. Z předčasného vzbuzení měla Helena strach, protože to pro ni znamenalo noční uklidňování plačícího dítěte uprostřed dětského oddělení. Obávala se toho, že bude rušit okolní děti. Současně pro ni bylo obtížné takové situaci čelit v prostředí, kde nemůže nepohyblivé dítě položit jinam než na postel.

Sestra v jejich případě důsledně aplikovala režimní nastavení v situaci, kdy to pro Helenu jako matku pacienta nebylo přijatelné.

*Helena, 276 Ve čtyři ráno chtěla Honzovi vážit plínu. Protože tam se musí zapisovat příjmy a výdaje. Musíš hlídat, kolik do něj dostaneš tekutin a kolik jídla, musíš vážit plínu. Co odešlo. A ona to chtěla ve čtyři ráno. To jsem myslela, že ji zabiju. Protože Honza o půl šestý vstával. Vždycky vstával takhle brzo, a teď když ona ho vzbudí ve čtyři...*

*(Proč ji chtěla vážit ve čtyři?) To nevím. Za prvé jsem nebyla při smyslech. Když mě někdo ve čtyři probudí... Abych byla schopná komunikace nějak intenzivní, to fakt nejsem. A za druhé, když na tebe v tu dobu přijde někdo s takovým požadavkem. To jsem fakt vystartovala. Protože mně bylo jasné, že ten Honza už neusne potom a co já s ním ve čtyři?*

*(A jak to nakonec dopadlo?) Nevím, ale myslím, že jsem nakonec mu tu plínu sundala a zvážila. Že jsem nakonec řekla (naštvaně), dobře, tak já ho teda probudím a bude tady pak do rána rvát, je to váš problém. Protože s tímhle jako co můžeš...*

Helena se v takové chvíli pustila do debaty se sestrou. Mohlo by se zdát, že se chovala suverénně, ale její postavení se ve skutečnosti nezměnilo. Sestra na režimním pravidlu trvala a systém zůstal nastaven jako určující pro denní a noční režim Heleny i jejího syna.

Jako nastavenost systému označuje své omezení také lékařka Libuše, která mluví o několikátýdenním oddělení od dítěte. Dítě bylo, na základě tabulkového rozdělení dětí podle hmotnosti, umístěno v inkubátoru. Pro Libuši to znamenalo osm týdnů docházení za dítětem. Mohla ho vidět jen v časech, které byly určeny režimem oddělení. Nemohla ho mít dítě u sebe, kojit ho, ani se o něj fyzicky starat. Konkrétní život tak byl určen rutinním rozhodnutím systému.

*Libuše, 095* *Několikrát jsem se ptala, jestli mi ho můžou dát na nějakou postýlku třeba vyhřívanou, aby nebyl v tom inkubátoru. Ale to tam mají nějakou linii, že musí mít dvě a půl kila. Do té doby ho nedají na postýlku. Vlastně ten systém tam není vůbec připravený na tu matku s dítětem uvnitř. Což je škoda. (Myslíš, že to mělo nějaký opodstatnění, že ho nechťeli dát na postýlku?) Myslím si, že jen technický, jen provozní, nic jiného. Je to zvláštní, on mě ten systém držel úplně železnou rukou.*

Je otázkou, nakolik je režimním systém určen rozhodnutím personálu, nebo nakolik je naopak personál omezen systémem. V každém případě se pacienti dostávají do kontaktu se systémem skrze jednotlivce, kteří v uvedených případech byli vykonavateli režimních opatření.

Libuše za původce síly systému označuje sestry. Nástroje, které jim systém nabízel, totiž užívaly podle vlastního uvážení, a dělo se tak bez ohledu na potřeby pacientů.

Libuše v té době již čtvrtý týden nemohla být se svým novorozenečným synem v nemocnici. Měla zájem začít ho plně kojit, avšak systém, který byl na oddělení nastaven, to neumožňoval. V případě, kdy má započít laktace, je třeba dítě přikládat podle potřeby. Striktně nastavené časové intervaly komplikují jak spuštění laktace, tak přirozený kontakt matky s dítětem. Libuše, která dnes pracuje jako lékařka na jiném oddělení, na to nahlíží také pohledem sebe jako současného článku systému a má za to, že zmiňované rozhodnutí je plně v kompetenci sester. V pozici pacientky měla minimální prostor, jak situaci ovlivnit. Odejít z nemocnice bylo za daných okolností nereálné a režimu bylo nutné se podřídít. Jeho uchopení ze strany sester bylo jednoznačné.

*Libuše, 058* *Mohla jsem s ním být jen v takových slotech, který ty sestry praktikovaly, a to bylo velice nepříjemný. Vždycky to byly dvě hodiny, kdy jsem tam mohla. Ony razily to, že se kojí po dvou až třech hodinách. A dřív ani náhodou. A vlastně pouštěly mě tam jen v těch slotech, kdy byla ta určená doba toho kojení.*

*Tohle se dělo jen na tomhle oddělení. Na těch ostatních se dalo přijít kdykoli a nebyl to vůbec pro ně problém. (Čím to je, že se to tak lišilo?) Přístupem toho personálu. To určují ty sestry všechno. Všechno, co bude s tebou a s dítětem. (Myslíš, že je nezajímalo, co to dělá s těma matkama?) Myslím si, že jim to bylo ukradený.*

### Porušíme režim

Na opačném konci spektra pak stojí okamžiky, kdy personál poruší nebo ne-uplatní režim, a učiní tak v zájmu pacienta.

Helena se cítila bezpečně na oddělení JIP, kde i přes všechnu starost o život dítěte a množství přístrojů, které bylo nutné respektovat, dostávala prostor pro normální péči o své dítě. Ten jí poskytovaly sestry právě tím, že místy přiměly systém ustoupit potřebám jejím a jejího syna.

*Helena, 095 Když chtěli udělat nějaký vyšetření a my jsme zrovna jedli nebo když Honza spal, tak ho nebudili. Že to prostě nechali být. (...) Někdy odložili věci, který mohly počkat, když jsem řekla, že spí. A udělaly se pozdějc. Nebo že se snažili přizpůsobit s koupáním – že nebyl problém se domluvit, v kolik chci koupat.*

### Lékař vs. režim

Sílu režimu potvrzuje lékařka Ester. Ta reaguje na otázku ohledně volby polohy u žen, které rodí. Jako argument uvádí existující „zvyklosti“.

Režim se jeví jako síla, která 1) určuje život na oddělení, včetně podoby práce lékařů 2) je všemi respektován, přestože jej nemusejí vnímat jako dobrý a 3) je dán „zvyklostmi“, takže nemusí být zřejmé, kdo a jak jej může měnit. Ester se režimu a jeho zvyklostem podřizuje. Její strategií je zvyknout si a začít režimní opatření pokládat za „jakoby normální“ součást své práce.

*Ester, 551 (...co ty ženy, který trvají na tom, že chtějí mít volbu polohy porodní?)  
Jo. Tak u nás je to takový hodně konzervativní, takže není moc...  
(Jaký je to pro tebe osobně?) Tyhle věci jsou hodně ovlivněný téma zvyklostma. Že člověk jakoby nastoupí, kór po škole, jako cucák, někam. A to si netroufneš ani. To ani nejde, abys tam prosazovala nějaký novinky. To se nějak jako naučíš. Bereš to, tak jak je to tam zvykem a přijde ti to jako normální.*

Ester si v některých okamžicích uvědomuje, že by sama nechtěla být v roli rodící ženy a podvolovat se rutinním postupům. Sestry na jejich oddělení totiž injekčně aplikují oxytocin do žíly, aby se po porodu dítěte rychleji odloučila placenta. Aplikace se podle zvyklostí na tomto oddělení provádí absolutně u všech porodů, a to ve chvíli, kdy se prořízne hlavička dítěte. Avšak jehlu do žíly si sestra připravuje už dříve, když dítě prochází porodními cestami a žena odpočívá mezi kontrakcemi. Ester si uvědomuje, že to pro rodící ženu může být rušivé a domnívá se, že by bylo možné tento úkon dělat i později. Není však v jejích silách tento zavedený postup měnit. Osobně se uklidňuje tím, že to ženy v okamžiku tlačení snad ani nevnímají.

*Ester, 639 Ty tlačíš, a když jakoby tlačíš, a pak je pauza mezi kontrakcema, tak oni si napíchnou tu žílu. Mně to přijde teda takový jako... no, uklidňuju se tím, že ty paní o tom v podstatě jakoby neví. (...)*

*Jsme ve fázi tlačení a teď ta porodní asistentka řekne, teď není bolest, tak si dejchejte, odpočívajte si, tak, natáhněte ruku. A teď ta ženská je ráda že je ráda, a teď má natahovat ruku. A ještě ona jí třeba řekne, teď zatněte v pěst. Nebo takový nějaký prostě instrukce. A najednou si tam připraví tu jehlu a teď má tu jehlu v tý žíle. Normálně jehlu, která když se posune... Takže ona ji musí držet hodně, si myslím, pevně. Aby se to nehnulo. Je to velký nepohodlí pro tu ženu, si myslím. Ale oni to podle mě naštěstí asi nevnímají.*

*Jsou to věci, kterých jsme si vědomí a štvou nás, ale není vůbec v naší moci to změnit.*

Zprostředkovaně můžeme podvolení se zvyklostem pozorovat jako obecnější jev, který je na daném oddělení spíše pravidlem než výjimkou. Ester popisuje proces, který pozorovala u svého kolegy. Ten přišel z jiné porodnice s tím, že při porodu sundával část lehátka. Jednalo se o technickou záležitost, která se přímo týkala jeho práce, avšak pod tlakem kolegyně se rozhodl tyto postupy opustit. Ester z toho vyvozuje nejen vliv nastavení systému na konkrétní praktiky, ale také na sebe sama. S postupem času totiž začíná rutinní postupy oddělení považovat za „normální“.

*Ester, 571 Ze začátku se to pokoušel tak jako dělat. A jenom tohle byl problém, protože ty porodní asistentky nebyly na to zvyklý. Takže on asi po měsíci nebo po dvou se s tím jako smířil, protože mu bylo jasné... i když vlastně ty porodní asistentky jsou jakoby tvoje podřízený, ty jseš doktor (...) on vykonává tu činnost, pro kterou to potřebuje, jim by to mělo být jedno. Ale ony prostě odmítly mu to odendávat.*

*Ty zvyklosti jsou tam strašně jakoby ...když se třeba zeptáš, proč se to tak dělá, tak nedostaneš konkrétní zdůvodnění. A někdy je mi to nepřijemný tahle zkušenost. A je těžký držet si nad tím náhled, třeba vědět, že to není jediný možný řešení. Já jsem tam za těch pět let, co tam jsem neviděla, že by paní rodila v jiný poloze.*

*Takže pro mě je to úplně normální, ale když se nad tím zamyslím: proč by to nemohlo být jinak? Ale takhle to prostě je.*

## Člověk ve fyzickém prostoru

### Umístění

Součástí existence člověka v prostoru nemocnice je umístění jedince jako pacienta. Jedinec je zpravidla umístěn v pokoji a přiřazen ke konkrétní posteli. Často se tak děje s odůvodněním bezpečností a pořádkem, které je obtížně zpochybnitelné a v medicínském diskurzu zcela běžné. V každém okamžiku tak může být personálem vyžadováno dodržování určeného umístění, což ve vzájemném vztahu potvrzuje a posiluje existující asymetrii.

Příklad rozhodování o poloze pacienta popisuje Jana. V jejím případě se jednalo o striktní lpění sester na umístění dítěte. Jana se domnívala, že své dítě po porodu může mít například u sebe v posteli nebo ho chovat za chůze; v dané porodnici to však nebylo možné.

Není naším cílem hodnotit, jak byla v daném okamžiku nastavena právní odpovědnost a jaká byla případná zkušenost sester v problematice ohrožení dětí. Důvody, proč sestry umístění dítěte v postýlce vyžadovaly, mohou být různé. V intencích našeho výzkumu tu sledujeme, co se odehrává ve vzájemné komunikaci. Z rozhovoru vyplývá, že pacientka se v takové chvíli cítí oddělena od svých rodičovských kompetencí (rozhodovat o dítěti), vztah je nastaven v režimu podřízení péče o vlastní dítě požadavkům sester a dochází k zesílení pocitu bezvýchodnosti (dítě pláče a současně musí být v postýlce). V úryvku je znatelná i pod povrchem skrytá, pacientkou akceptovaná, zesílená asymetrie: sama používá slova „muselo“ a „nesměla“. (Jana o umístění dítěte se sestrami nevedla žádnou diskusi; tomuto aspektu se budeme věnovat v kapitole Vývoj.)

*Jana, 026* Když tam mojí spolubydlící v noci to dítě plakalo, tak jí přišly vynadat, že si ho nedokáže jako zklidnit. Ale zároveň muselo být v postýlce svojí vlastní, se zapnutým monitorem, nesměla sis ho vzít k sobě. Což bylo hrozný.

*(Jak se to poznalo, že musí být v postýlce, to nějak řekly?)* Jo, to řekly přímo, musí být to dítě v postýlce. My je potřebujeme mít v postýlce se zapnutým monitorem, abysme slyšely, kdyby přestalo dýchat. Dejte si ho do postýlky a zapněte monitor.

### *Kontakt s dítětem*

V rámci systému se odehrává také rozhodnutí o míře kontaktu matky s předčasně narozeným dítětem. Tak tomu bylo i v případě Libuše. Rozhodnutí o tom, v jaké míře bude moci Libuše svého syna vidět, činil řád, který na oddělení určovaly sestry. Ty na základě dlouhodobé praxe, kdy děti dávaly matkám na kojení po dvou až třech hodinách, určovaly dobu kontaktu s dítětem v odpovídajících intervalech. Libuše byla v té době již propuštěna z nemocnice, což pro ni znamenalo za dítětem dojíždět. Personál ve vzájemné komunikaci prezentoval, že rozmezí, kdy matka může být se svým dítětem, je jejich rozhodnutím. Současně je zřejmé, že se nemuselo jednat o jejich záměr oddělovat matku od dítěte, ale o dlouhodobý zvyk, který pro Libuše znamenal nepříjemnou danost.

*Libuše, 058* Nejhorší asi bylo být doma. Protože chceš být v té nemocnici, chceš být s ním, a zároveň nemůžeš. Mohla jsem s ním být jen v takových slotech, který ty sestry praktikovaly, a to bylo velice nepříjemný.

### *Kontakt s blízkými*

Kontakt s blízkými je omezen režimem nemocnice. Prvním takovým příkladem jsou návštěvní hodiny. Také míra oddělení jedince od jeho blízkých je však mnohdy otázkou velkorysosti personálu, a tak se stává nástrojem k zesilování či zeslabování asymetrie.



V případě Heleny personál její přítomnost u syna akceptoval. Pro Helenu to bylo velice důležité.

*Helena, 155 Já jsem se nenechala, když to nebylo nutný, se odtamtud vystrčit. (...) A oni mě nechali, oni se o mě nestarali, protože se starali o Honzu. Kdyby mě chtěli vyhodit, tak já bych v tu chvíli nebyla schopná trvat na tom, že tam zůstanu, ale nikdo si mě nevšímal. A byla jsem za to vděčná.*

Jedním z příkladů určení místa a omezení kontaktu je přítomnost partnera u porodu. Pacientská zkušenost, obsažená v našich datech, ukazuje, že „přítomnost otce dítěte u porodu“ znamená standardně přítomnost selektivní, a to pouze v okamžiku druhé doby porodní a bezprostředně po porodu. Marie zmiňuje potřebu přítomnosti blízkého člověka od okamžiku, kdy byla přijata k porodu. Skutečnost, že systém dané nemocnice ji nepovolil, zesílila Mariino asymetrické postavení.

*Marie 2, 082 (Přála sis, aby šel Pavel s tebou?) Přála, moc. (...) Já jsem chtěla, aby tam byl Pavel se mnou, držel mě za ruku, podporoval mě, povídal si se mnou, jistil mě v takový intimní situaci.*

### Osobní prostor

Manipulace s prostorem, jež zajišťuje řád oddělení, v některých situacích zasahuje až do pacientovy osobní zóny. Pro pacienta to (ne vždy uvědomovaně) znamená určení pozic ve smyslu toho, „kdo tady rozhoduje“, a jeho vztah s lékaři a personálu je tím ovlivněn.

Určení struktury kompetencí se zjevuje jak v prostoru nemocničního pokoje, tak v nejužší osobní zóně pacienta: na stolečku vedle postele, na posteli a v jeho osobních věcech.

David, Helena i Lenka zmiňují v tomto ohledu situace, kdy si jasně uvědomovali, že prostor, který obývají, nemohou současně považovat za výsostně intimní zónu, která by zajišťovala jejich autonomii. Asymetrii jejich postavení zesilovalo chování sester, které dávají najevo, že se jedná o prostor, do kterého mohou ze své funkce takřka neomezeně vstupovat.

*David, 029 (Sestra) vpadne do pokoje a (křičí) ‚Je tady paní ta a ta? ‘ a teď to jsou malý děti, ty třeba spěj zrovna. (...) najednou jsi součást nějakýho mechanismu, kterému se musíš podřídít.*

Helena popisuje fungování sester na oddělení, kam se se synem dostala po pobytu na JIP. Sestry se tu volně pohybují v celém prostoru, včetně pokojů. Pro Helenu to bylo značně omezující.

*Helena, 201 Ty sestry si tam taky přijdou, kdy chtěj, ani moc neřukaj, a teď jdeme dělat tohle. Já říkám, ale Honza spí. Ne, jdeme dělat tohle. Nebo že večer, když už Honza spal, sestra přijde na pokoj a rozsvítí, protože jde měřit teplotu.*

V případě Lenky se odehrálo pregnantní vyjádření o ovládání prostoru: pacient v nemocnici není doma a nemůže prostor nemocnice považovat za svůj.

*Lenka, 123 Jedna paní, co byla s náma na pokojí, zapomněla v koupelně kalhotky, špinavý. To se stane, však...já nevím, jak to maj doma tyhle sestry,*

*ale... A našla je tam uklízečka. A nic nám neřekla na pokoji, zavolala vrchní. A teď ta paní vedle mě ležela, nic netušila a přiběhla tam najednou ta vrchní s těma kalhotkama. A teď to tam rozebírala. No fakt hrozný. Jako bysme byly její dcery nebo děti...a jakoby nám za to vynadala, že jsme tohle udělaly. Peskovala nás.*

*(...) Dodržovaly třeba spoustu pravidel: abychom sundávaly ručníky z topení, abychom neměly bordel na stolečku. A co to tady máte vylitýho, to nemůžete. A na záchodě – někdo si umyl ruce a pak se tam prošel, tak tam bylo trochu mokro u umyvadla. Tak se hrozně rozčílila. Prej, co to tam je v tý koupelně, co to je na zemi? Kdo to udělal, to je hrozný! To nemůžete to utřít nebo něco?*

*To bylo pro ni moc důležité, protože ona byla taková vyžehlená, čisťoučká. Tak to pro ni bylo podstatné.*

Vrchní sestra nastavuje komunikační kontext tak, že o prostoru nemůže rozhodovat pacient, přestože ho bezprostředně užívá. Sama se za pořádek na oddělení pravděpodobně cítí zodpovědná, jde o součást její práce. Současně to však znamená evidentní omezení v otázce osobního prostoru pacientů.

Předpokládá se také, že prostor kolem postele a postel pacienta, tedy jeho bezprostřední životní prostor, budou upravené před každou vizitou. Lenka jako zdravotní sestra potvrzuje, že praxe vstupování do osobní zóny pacienta byla běžná také na jejím pracovišti, navíc se specifickým chováním jednotlivých osob.

*Lenka, 131 Sanitářky takovýhle byly. Protože ty za to zodpovídaly za tu čistotu, tak ty dost buzerovaly pacienty. (Napodobuje:) Máte tady bordel na tom stolku, uklid'te si to. To si to nemůžete dát do skřínky? A co ty věci tady na tý posteli? A tohle musí být zastrčený, ta peřina, za matrací. Přejde vizita. Tak to tady bude pěkný. Vyvětrejte si, tady máte smrad.*

Prostor, v němž se pacient (mnohdy dlouhodobě) fyzicky vyskytuje, je prostorem režimu a systému a na pacientovy specifické potřeby v něm není místo. Tato skutečnost se může dále zesilovat chováním personálu, který daný komunikační kontext potvrzuje, případně znovu ustavuje.

## *Teritorialita II.*

Také Pavel a Marie narazili na hranice prostoru, který nepatří do jejich rukou.

V situaci po porodu třetího dítěte Pavel a soukromá porodní asistentka Vlasta, kterou si Marie k porodu přivedla, společně odsáli novorozeného syna, když si všimli, že je zahleněný. Stalo se to v době, kdy na sále nebyl přítomen nikdo z personálu nemocnice, a Pavel s Vlastou chtěli situaci vyřešit. Jejich uvažování bylo ovlivněno nejen tím, že se jednalo o (Pavlovo) třetí dítě, a tak Pavel odsávání vnímal jako součást běžné péče, ale také tím, že oba mají v tomto směru praxi: Vlasta je erudovaná porodní asistentka a Pavel je lékařem s praxí na JIP. Zásah v podobě odsátí hlenů z úst dítěte proto nepovažovali za nic zásadního.

Marie 2, 142 *Adam začal chrčēt. A Vlasta vyběhla na chodbu, aby někomu řekla, ať ho odsajou. A tam nikdo nebyl. Tak se vrátila zpátky. A to odsávání tam bylo připravený, tak Vlasta řekla, Pavle, pojd', odsajem ho.*

Pavel, 146 *(Adam) tam měl něco v puse. Tak jak tam ležel, vedle něj byla odsávačka, tak já jsem tu odsávačku vzal a odsál jsem ho. (Tos znal tu věc, tu odsávačku?) Jo, to je všude na JIPkách, úplně normální odsávačka. Stejná jako má člověk doma.*

*Pak tam přišla ta sestra, a když to zjistila, tak jsem viděl, že je něco špatně. Myslím, že nic moc neřekla, ale pak větší čoro moro udělala v zákulisí.*

Z pohledu zaměstnanců porodnice se jednalo o bezprecedentní překročení hranic. Nastal konflikt, který respondenti neočekávali. Marie byla na velké vizitě ráno po porodu konfrontována primářem oddělení a vyzvána, aby za ním poslala také svého manžela. Jednalo se o zážitek, který jak Pavel, tak Marie osobně prožívali jako ponižující.

Pavel, 150 *Oni z toho pak udělali obrovskou aféru, že jsem si dovolil na sále odsát novorozence. Protože druhý den na vizitě, kde byla skupina doktorů, tam jsem nebyl, tak Marii řekli, že to co, jsem si dovolil, to se ještě nikdy nestalo a že je to úplně nehorázný. Co si váš manžel dovolil! A vynadali jí. (...)*

*A pak jsem ještě druhý den musel jet za primářem pediatrie podat vysvětlení. Pak už se mnou mluvil samozřejmě korektně. (...)*

*(Můžeš mi říct, co ti na tom připadalo absurdní? Že ti vynadali...co ti na tom tak vadilo?) Já jsem to tenkrát vnímal, že to brali tak, že jsem těžce překročil svoje pravomoci, a to že jsem lékař, ještě s intenzivistickou erudicí, ještě neznamená, že můžu na jejich sále používat jejich odsávačku.*

Pavel je překvapen z razance, s níž primář oddělení a další zaměstnanci zakročili, a především formou, kterou zvolili. Při vědomí Pavlovy subjektivní pozice se zdá, že hlavním důvodem bylo vymezení hranic. Pavel vstoupil do teritoria, které mu (v diskurzu nemocnice) nepatřilo. Obsahem popsaného problému je tedy spíše překročení hranic kompetencí, které chce systém ochránit. V pacientské zkušenosti se pak jedná o jasný signál, že to, co považuje za běžné v životě vně nemocnice, mu zde nepřísluší, přestože se ho to osobně týká.

Marie byla po třetím porodu v horším zdravotním stavu než po těch předchozích. Musela zůstat ležet a nebyla zpočátku schopná vlastní sebeobsluhy. Nevyplnilo se tedy její dřívější přání odejít z porodnice do domácího ošetřování dříve než po (v Česku standardních) 72 hodinách. Situaci, která se odehrála na vizitě, považovala za ponižující, a to právě vzhledem ke své oslabené pozici.

Marie 2, 178 *On se mě totiž ještě ptal, jestli je můj muž porodník nebo pediatr, že si dovolil odsát dítě. Tak já jsem říkala, že ne, že to dělal s tou porodní asistentkou, která s tím má zkušenosti. (A tys mu řekla, jakej obor je*

*Pavel?) Ne. (On se tě na to neptal?) Ne, neptal. A myslím, že to věděl. Určitě to věděl, když zná jeho tatínka, kterej je primářem v nemocnici... (Tak proč se ptal, jestli je Pavel gynekolog nebo pediatr?) Myslím si, že to mělo znamenat jako, co si to dovolil? Copak on je gynekolog?*

Do otázky teritoriálního určení prostoru můžeme zařadit také některé aspekty výše zmíněného oddělení pacienta od kontaktu s blízkými. Teritoriální stránka věci hraje roli také pro ženy při porodu a jejich partnery. Fyzické umístění ženy, která se chystá k porodu, a muže, který je otcem dítěte, totiž zpravidla určuje sloužící sestra. Žena je „přijata k porodu“, tedy zůstává na jedné straně dveří, muž vyčkává druhé doby porodní na chodbě. Pro některé ženy to představovalo významný zásah do jejich autonomie, který byl spojený s velkou úzkostí<sup>30</sup>.

Příklady prožívání pacientky v takovém okamžiku uvádíme i zde.

Marie přijela do porodnice s partnerem, v přesvědčení, že bude po celou dobu s ní a bude garantem pocitu bezpečí, který jí při vstupu do porodnice scházel. Sestra s přítomností partnera u příjmu k porodu, který zpravidla sestává z vyšetření a poměrně dlouhého vyplňování dotazníků, nepočítá. Sděluje to tak, že Marie vše akceptuje a k žádné diskusi nedochází. Až po uzavření dveří vyšetřovny se ukazuje, jak dlouhá má být doba, kdy partner bude čekat na dovolení svou ženu doprovázet.

*Marie 2, 072* *Řekli, pojd'te si jenom vy, vy si počkejte tady. Bylo to takový nekompromisní. Že tam jdu jenom já.*

Eva byla před druhým porodem odhodlaná zůstat stále v blízkosti partnera. Sestra vpustila na vyšetřovnu jen ji samotnou. Komunikace proběhla, podobně jako u Marie, tak, že nedošlo k žádné diskusi. Na vyšetřovně proběhla procedura přijetí k porodu. Po celou dobu partner čekal v čekárně. Pak se ukázalo, že sestra nepočítá se vpuštěním partnera ani na první dobu porodní, kdy žena o samotě prožívá kontrakce. Eva, rozčarovaná touto skutečností, žádala možnost kontaktu s manželem. Ten byl několikrát odmítnut, ale Eva byla v tomto ohledu neústupná, protože po proběhlých předporodních vyšetřeních v porodnici (která budou zmíněna později) měla z osamění u porodu velký strach.

*Eva, 222* *Jenda prý má zůstat v čekárně. (Mluvili jste o tom nějak? Jestli někdo z vás protestoval.) Tak oni mluví takovým způsobem, že vlastně stojí zády a už jako jdou dovnitř. Vy pojd'te, vy zůstaňte tady. Já jsem se myslím ptala, jestli Jenda může dovnitř a ona řekla něco jako, no to kdyžtak potom. To je taky taková univerzální odpověď. (...)*

*A když doktor odešel, tak jsem říkala, co teda ten manžel, jestli už může přijít. A ona řekla, že ne, že tady prostě být nemůže. (...) v tom nejvyhrocenějším bodě použila tu větu, o tom tady rozhodujeme my. (...) Začala jsem se s ní dohadovat, že jestli tady nemůžeme být spolu, tak že*

---

<sup>30</sup> Z našich rozhovorů vyplývá, že zejména na počátku, tj. při přijetí k porodu a v první době porodní ženy přítomnost partnera potřebovaly více než v druhé době porodní, kdy měly omezené vnímání a soustředily se spíše na proces porodu než na přítomného partnera. Bylo pro ně také důležité, aby jim byl nablízku jako symbolická ochrana při příchodu do nového prostředí, více než později.

*jdu za ním do té čekárny. A ona na to řekla, to ne, teď už jsme vás přijali, teď už nemůžete.*

Eva nakonec přítomnost manžela prosadila za podmínky, že manžel odejde, pokud přijede další žena k porodu. (Způsob, jakým se to odehrálo, a Evina reflexe vlastního chování budou popsány v kapitole Vývoj.) Poslední věta sestry, kterou Eva reprodukuje, je zřetelnou zprávou o tom, že v situaci „přijetí“ se uzavřela možnost pacientky opustit dveře oddělení.

Obdobnou situaci prožila Marie při kontrole týden před skutečným porodem. Tehdy sestra automaticky předpokládala, že padlo-li nyní rozhodnutí o jejím „přijetí“, jiná možnost nepřichází v úvahu.

*Marie, 014 Sestra řekla, kde mám věci, že mě rovnou přijmou. A já jsem řekla, že přijmout nechci a ona řekla, no tak to asi nepude, ale domluvte se s panem doktorem.*

## Zacházení s tělem = „vyšetření“

V této podkapitole se věnujeme dalšímu aspektu fyzické existence člověka v režimu nemocnice; zde je kladen důraz přímo na zacházení s tělem.

S léčbou se přímo pojí vyšetřování a zásahy na těle. Je otázkou, v jakém rozsahu jsou vyšetření nutná a kde hledat pomyslnou hranici. V každém případě platí, že množství vyšetření může být pacientem vnímáno negativně.

Vyšetřování a další zásahy do těla pacienta mohou mít různé podoby a různé konsekvence. V rámci předporodní péče se jedná o (z lékařského hlediska banální) vnitřní gynekologické vyšetření. Respondentka Jana mezi omezujícími a nepříjemnými zážitky během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství před porodem, jmenuje právě vyšetřování.

*Jana, 008 A hlavně mě pořád vyšetřovali, takže to bylo samozřejmě děsně příjemný a děsně skvělý, žejo (ironicky se směje).*

*Jana, 011 Tam jak se střídal ten personál, tak pokaždý, když za mnou přišel někdo nověj, tak si mě potřeboval jako vnitřně vyšetřit, aby se ujistil, jak to jako je. Takže jsem podstupovala ty vnitřní vyšetření dvakrát, třikrát denně.*

*Libuše, 024 (Je ti to nepříjemný, když tě vyšetřují?) A tobě ne?!(...)Tak samozřejmě, že je to porušení intimity.*

## Poloha

Jak v případě Jany, tak v případě Marie se nepříjemné zacházení s tělem projevilo v případě polohy u porodu. Obě respondentky byly personálem vyzvány k zaujetí konkrétní polohy. Obě vnímaly polohu jako nepohodlnou a komplikující. (Důvodu, proč Jana sama nepožádala personál o jinou možnost, jak sama zmiňuje, se budeme věnovat později.)

Jana, 051 *(Ty jsi říkala, že sis nemohla volit polohu? Jak jsi na to přišla, žes nemohla?) Mě vůbec nenapadlo, že bych si ji mohla zvolit. Oni mi řekli přesně, jak si mám lehnout. Položili mě na záda. (...) Mně to bylo nepříjemný už v tu chvíli, ale vůbec mě nenapadlo, že bych mohla třeba se domluvit, jestli nemůžu být chvíli v nějaký jiný pozici. Já jsem měla tendenci prostě poslouchat.*

Marie 2, 114 *...přivezli to, kapačku mi dali. Do takovýho pitomýho místa. (Ukazuje předloktí.) To je hrozně blbý místo, oni pak samozřejmě chtěli, abych držela ruku takhle. (Nataženou předloktím nahoru.) To je dost nepohodlný, když rodiš.*

*(...) Kdybych nemusela na ten stůl, tak by to určitě bylo mnohem klidnější, příjemnější. (Jak ses na něj dostala? Někdo ti řekl?) Tam se nepovoluje jiná poloha.*

Ukázka obsahuje mimo jiné slovo „nepovoluje se“. Marie ho užívá jako samozřejmost; konstatuje existenci pravidel. Tato pravidla jsou v rukou systému: co se bude dít s pacientovým tělem, je dáno tím, co je systémem „povoleno“ a co už nikoli. Je otázkou, nakolik by bylo možné si jinou polohu zvolit na základě žádosti. Ty pacientky, které v danou chvíli nemají kapacitu na prosazování vlastních potřeb, mají určenu rutinní polohu vleže nebo v polosedě s nohama na opěrkách, která je zvykem v mnoha českých porodnicích.

Eva měla po prvním porodu v Německu představu, že polohu při porodu a další záležitosti kolem svého těla bude moci určovat sama. V zásadě se jedná o záležitosti, které jsou na pomezí osobního rozhodnutí a úzu daného zařízení, jakými jsou holení, aplikace klistýru nebo rutinní nástřih hráze během porodu. Skutečný průběh porodu Evu zaskočil.

Na základě nabídky porodnice Eva zvolila možnost porodu do vody, ale lékař, který měl službu, s touto představou nesouhlasil. Eva se postupnými kroky personálu dostala do okamžiku, kdy nebyla schopná prosadit svou představu a rezignovala na většinu svých přání. Postupně se psychologicky dostala do pozice, kdy akceptovala vše podle představ lékařů, ale současně to prožívala jako násilí na své osobě. (Prožitkům a chování Evy v této situaci se budeme věnovat v kapitole Vývoj.)

Eva, 332 *Pak nastal problém s tím, že mně natáčeli monitor v době, kdy jsem měla už intenzivní stahy a chtěla jsem родit, tak oni že ještě chvíli, ještě chvíli, že musej mít natočenej dvacetiminutovej monitor. To je taková jejich mantra, protože jinak to neplatí, když není dvacetiminutovej. Na to mě vytahovali na souš a v tu chvíli mě dostali na tu kozu<sup>31</sup>. Na tý mi nebylo příjemně a ona říkala, ještě vydržte, ještě chvíličku. (...)*

*Jenomže pak už to opravdu bylo na to rození, takže ona už běžela pro doktora a řvala, rodíme, rodíme. Takže pak to vypadalo tak, že já jsem ležela na koze a ve vaně se vyměňovala voda. A v tu chvíli přiběhl doktor a koukl na tu vanu, na mě a říká, no, to bude rychlý, to už se nestihne*

---

<sup>31</sup> Pozn.: gynekologické křeslo.

*napustit, to bude rychlý. A já jsem cítila tu jeho úzkost, že do vody ne, že by to nedal. A neměla jsem sílu ho přesvědčovat pane doktore, nebojte se. Já to zvládnu.*

*On mě vlastně donutil rodit klasicky na tý koze. Pořád opakoval, musíte dát nohy od sebe! Musíte dát nohy od sebe, jinak to neporodíte. Tohle řekl. A ať si je dám nahoru. A opakoval, že to bude rychlý. A já jsem nechtěla tuhle polohu, fakt ne.*

### *(Ne)ohleduplnost v zacházení s tělem pacienta*

Jiří v průběhu dlouhodobé hospitalizace manželky nabyl dojmu, že v případě, že by si stěžoval na kvalitu péče, mohly by se podmínky pro jeho ženu ještě zhoršit. Z jeho odpovědi na otázku, co by se mohlo zhoršit, vyplývá, že oblast, v níž může zdravotník zvýraznit asymetrické postavení pacienta, je zacházení s jeho tělem. Tento aspekt zesílené asymetrie je patrný především tam, kde je pacient na péči fyzicky odkázán.

*Jiří, 162 Tam třeba vím, že ta jedna sestra tam dávala třeba...věděla, že je manželka citlivá na horko, dávala jí čaj horký. Opakovaně. Věděla, že sama si nemůže vzít. Nebo třeba nechat ji mokrou déle.*

*Nebo zase u toho přebalování...méně šikovně nebo necitelně. Převrátit, obrátit. (...) Tam někdy i ten přesun z postele na to křeslo může být tvrdý prostě.*

Eva na svůj druhý porod nevzpomíná ráda. Jedním z jeho rysů byla subjektivně prožitá bezohlednost sester i lékařů v zacházení s jejím tělem. Pro Evu se jednalo o citlivý okamžik, kdy na vlastním těle pocítila, že je vydána napospas péči, která nemusí brát žádné ohledy na její city.

*Eva, 290 Pak teda přišel milostivě doktor, že teda mám vlézt na kozu, že mě vyšetří.*

*To probíhalo tak, že mě sestra polila nějakou studenou vodou. Aniž by co řekla, tak na mě vylila nějakou vodu, něco studenýho. Já jsem se strašně lekla.*

*(...) Já nevím, jestli to byla nějaká desinfekce či co. Ale prostě aniž by co řekla, mě takhle polila.*

### *Zásahy na těle pacienta*

Další z úrovní zacházení s tělem pacienta jsou zásahy na jeho těle, které se v rámci léčby i péče s ní spojené, praktikují.

Mnoho zásahů, s nimiž se setkáváme v našich datech, pochází vzhledem k povaze souboru z oblasti gynekologie a porodnictví. Některé pacientky jako problematický uvádějí například

nástřih hráze při porodu. Epiziotomie (nástřih hráze)<sup>32</sup> je častou součástí rutinní porodnické péče. Potvrzuje to například zkušenost lékařky Ester.

*Ester, 161 Přiznám se, že u prvorodiček většinou tu hráz stříháme, protože nám přijde, že většinou tam to poranění je, takže je lepší, když je to takový zřetelný, kde to poranění je.*

Jana nástřih hráze vnímala negativně, a to především proto, že tento zásah do těla proběhl bez jejího vědomí. Zpětně ji překvapilo, když ji o něm porodní asistentka informovala po porodu s vysvětlením, že se vše výborně povedlo. Jak se ukázalo později, Jana měla vedle toho vážné poranění vedoucí až ke konečníku, které s epiziotomií přímo nesouviselo a kterého si porodní asistentka nevšimla. Avšak i tento zásah, který asistentka vnímala jako úspěšný, Jana neočekávala a zpětně jej interpretuje jako problematický.

*Jana, 089 Ještě mi porodní asistentka říkala, že mi udělala malej nástřih, to mi předtím vůbec neřekla, neinformovala mě o tom. Prostě to udělala, když jsem si toho nevšimla. (...) říkala mi, udělali jsme malej nástřih, ale krásně to jako vyšlo, povedlo se to výborně, takže nemáte vůbec žádný poranění. Jako (...) mám poranění nastřížením!*

Marie popisuje jiný gynekologický zásah, a sice Hamiltonův hmat<sup>33</sup>. Ten u ní před porodem lékaři opakovaně provedli.

*Marie 1, 028 (Primář) mě vyšetřil, všechno probíhalo dobře, ovšem potom mi bez varování provedl ten Hamiltonův hmat. Já jsem to poznala, protože jsem věděla už, že to někteří doktoři dělají a že se tím může vyvolat porod.*

Marie to následně komentuje s tím, že zraňující pro ni byla především skutečnost, že se odehrál zásah na jejím těle bez předchozího varování:

*Takže on mi udělal ten hmat, kterej je bolestivej, což mi nevadilo – já bych si ho asi stejně nechala udělat, ale vadilo mi, že mi to neřekl. Že do*

---

<sup>32</sup> Epiziotomie je nejčastějším porodnickým výkonem. Provádí se v závěru druhé porodní doby. Nejčastěji se vykonává při prořezávání hlavičky. Česká porodnická literatura (např. Hájek a kol., 2014) prezentuje epiziotomii jako odůvodněnou s tím, že hráz brání dalšímu postupu hlavičky dítěte, a navíc hrozí ruptura poševního introitu a perinea. V praxi jsou na epiziotomii různé názory. Světová zdravotnická organizace (WHO), ale i zahraniční odborné gynekologické a porodnické společnosti, jako např. ACOG, uvádějí, že rutinní provádění epiziotomie nelze považovat za opodstatněné, protože způsobuje rodičkám závažné obtíže jak po zdravotní, tak po psychické stránce a negativně ovlivňuje kvalitu jejich života i jejich rodin. Metaanalýza Cochrane Collaboration, (provedená v roce 2016, zahrnuje 12 studií, celkem 6177 žen) uvádí, že nebyly prokázány žádné výhody rutinně prováděné epiziotomie pro matku, ani dítě. Nebylo potvrzeno snížení rizika vážnějšího poranění hráze, ani vliv na vitalitu dítěte (Jiang et al., 2017).

<sup>33</sup> Hamiltonův hmat je lékařský úkon prováděný v konečném stádiu těhotenství pro vyvolání porodních kontrakcí. Provádí se tak, že lékař vsune prst své ruky co možná nejhluběji do vagíny a druhou rukou tlačí na břišní stěnu. Krouživým pohybem vyvíjí tlak na střed čípku, což usnadní vyplavení prostaglandinů, které urychluje zrání hrdla (Wikipedia.cz). Používá se jako způsob vyvolání porodu bez použití hormonálních preparátů. Názory na tento úkon se liší, ale všeobecně se považuje za šetrný jak k nastávající mamince, tak k nenarozenému miminku. Neměl by ovšem být proveden bez informovaného souhlasu těhotné ženy (Slezáková, 2001, s. 163).



*mě strčí ruku a tam si prostě něco udělá. To mi strašně vadilo. Kdyby mi slušně řekl, je tady tahleta možnost, že to můžeme trošku popohnat, ale je to mnohem míň drastický než hormonální vyvolávání.*

Hamiltonův hmat se opakoval před porodem ještě jednou, tentokrát přímo při příjmu k porodu.

*Od té doby bylo všechno normální, v pohodě. Až na dalšího Hamiltona bez varování. Bez jakýhokoli slova. Taková jinak moc fajn doktorka mi ho udělala. Byla milá, příjemná – ale v tomhle teda nějak extra sdílná nebyla.*

Zkušenost se stejným zásahem v době před porodem, zmiňuje také Eva. Podobně jako v předchozích případech, její pozici v komunikaci nezměnil lékařův zásah jako takový, ale skutečnost, že jej lékař provedl bez jejího souhlasu. Pro Evu to znamenalo, že lékař může bez jejího vědomí rozhodnout o dalším dění. Současně byl pro ni tento zážitek zásadní změnou ve vnímání vlastní autonomie ve vztahu k lékaři.

*Eva, 231 Já jsem byla na tý „koze“, on dělal to sono, díval se na to dítě, to bylo hlavičkou dole, to byla asi druhá moje návštěva u něj. Pak mě vyšetřil vnitřně a u toho, když mě vyšetřoval, tak to hrozně bolelo. A já jsem říkala, vy se snažíte nahmatat hlavičku? A on takhle zavrtěl hlavou, jako že ne. A pak tu ruku vyndal a teprve mi začal říkat, co dělal. Že se snažil to jako...popohnat.*

*Eva, 238 On zcela jasně mluvil o tom, že ...když viděl v papírech, že první dítě bylo čtyřkilový, tak jasně říkal, že to teda ne! (Co jako ne?) Že čtyřkilový dítě prostě ne. Že to chce, abych rodila daleko dřív. Že přenášení určitě ne.*

*A já jsem tak na něj koukala a ... já jsem vůbec nevěděla, že on má tenhle nástroj. Že může udělat nějakej Hamiltonův hmat. Pro mě to bylo takový jako co ty jako chceš? Vždyť nad tím nemáš moc. Ale hned mě přesvědčil, že nad tím moc má. To byla hrozná sviňárna.*

*(Jak jsi to prožívala?) Cítila jsem se dost hrozně. Bolelo to. Tam to ještě bylo dobrý, když jsem byla u něho. Ale když jsem pak odcházela, tak už jsem cítila, že mě bolí břicho, že je mi z toho zle. Tak jsem to povyprávěla sousedce a ona mi teda objasnila, že to je Hamiltonův hmat a nač a proč a jak se dělá. A skoro se z toho rozbrečela, že mi to doktor ani neřekl dopředu. Tak teprve mi to začalo docházet, co se stalo. A začala jsem mít stres z toho, že za týden k tomu doktorovi zase budu muset jít.*

*Byl velkej rozdíl v tom, jak se ke mně choval gynekolog v Německu a jak tady. Tam mi vždycky po tom vyšetření pomáhal z té kozy slézt. Říkal, pojďte, vy máte to břicho, pomalu, opatrně... Tenhle ne, ten s prominutím do mě hrábnul a odešel pryč a já jsem opravdu, regulérně měla problém slézt dolů. A pak už jsem jenom doma brečela.*

*(A ty? Cos cítila?) Hroznej vztek na něj, že mi dělá něco, co já nechci. On se rozhodl, že porodím, a prostě bez mého souhlasu si to jede. A já jsem s tím absolutně nebyla ztotožněná. Já jsem k tomu měla hroznej odpor, ale zároveň jsem se nedokázala proti tomu bránit.*

*Já jsem s ním pak ještě dlouho měla problém. Když jsem ho třeba za dva měsíce potkala v parku, tak se mi udělalo úplně fyzicky špatně.*

Problematicčnost zásahů na těle pacienta z psychologického hlediska netkví v oprávněnosti jejich užití, ale v podobě komunikace, která je doprovází. Jak shrnuje Eva, při porodu pro ni byl důležitý pocit jisté kontroly nad situací. Mnoho zásahů, které zdravotníci považují za rutinu, Eva v běžném životě nezažívá. Chce předem znát případné zásahy a chce mít možnost vyjádřit souhlas či nesouhlas. Zde odpovídá na otázku, co si přála před druhým porodem:

*Eva, 222 Aby to bylo na mně, ta režie. Abych si mohla vybrat polohu. Abych byla respektovaná. Aby to dítě bylo se mnou, aby mohl manžel zůstat s náma i potom. Aby mě nikdo nenastříhával, aniž se mě zeptal. Aby mi neskákali po břicho, aniž se mě zeptali. Aby mi nedávali klystýr automaticky. Aby mě neholili. Ale já s tím mám vážně problém, já prostě nechci oholit.*

Porodnický zásah v podobě fyzického zatlačení lokty na břicho ženy<sup>34</sup> překvapil u porodu Janu. Zásah byl navíc doprovázen nejasným vysvětlením, že „kolegyně jí pomůže“. Po porodu lékaři zjistili, že Jana má natrženou dělohu. Následovalo rozsáhlé šití v anestezii. Nejhorší částí zážitku, je pro Janu skutečnost, že zásah se odehrál bez dalšího vysvětlení i bez zdůvodnění.

*Jana, 067 Já jsem se nerozhodovala, já jsem neměla šanci se rozhodnout. Já jsem nepochopila, k čemu se chystaj. Oni zavolali nějakou tu kolegyni, a když mi řekli, že mi trochu pomůže, tak já jsem se neptala, jestli je to nutný nebo co přesně nastane. A oni se mě na nic neptali. Já jsem předpokládala, já jsem čekala psychickou pomoc. Myslela jsem, že mi pomůže, že si tam ke mně třeba nějak sedne nebo mi nějak podepře*

---

<sup>34</sup> Kristellerova exprese (tlak na děložní fundus, fundal pressure) spočívá v přiložení rukou na horní část dělohy. Je náhradou nebo zesílením slabého a nedostačujícího břišního lisu (Roztočil, 2008). Podle některých autorů je v literatuře Kristellerova exprese volně zaměňována s tlakem na děložní fundus. Obě tzv. porodnické operace mají totiž odlišné popisy (Unzeitig a Janků, 2000). V české literatuře se odlišuje „Kristellerova exprese“ a „exprese plodu přidržením děložního fundu“, která spočívá v tlaku na děložní fundus předloktím.

Dalšímu zkoumání KE brání fakt, že není zaznamenávána do zdravotnické dokumentace, a to napříč zeměmi, takže neexistují ani přesnější odhady, jak intenzivně je používána (Pavlíková, 2015). V českém porodnictví se v současné době preferuje tlak dlaněmi nebo předloktím, zcela zakázaný je tlak loktem (Šenkeříková, 2015).

Není možné určit, jakou techniku užíly porodní asistentky v případě Jany. Všechny popsané techniky však odpovídají tlaku na fundus, tak jak jej definuje Světová zdravotnická organizace (WHO). V randomizovaných studiích, jež WHO uvádí, nebylo prokázáno, že tlak na fundus zvyšuje šanci na neoperativní vaginální porod a nebyla prokázána bezpečnost pro dítě.

*žáda, aby mi to ulehčila. Já jsem ležela na zádech. Nohy jsem měla na těch stupačkách tam, samozřejmě. (...)*

*Bylo to tak, že přišla ženská taková pořádná, ale fakt pořádná. A takhle mi zaryla ty lokty do břicha a Sára se narodila.*

Po narození dítěte se očekává porod placenty. Ten v případě Jany nenastal ve stanovený čas. Přišel lékař, který Janě sdělil, že „se podívá“. Pro Janu, která byla v podobné situaci poprvé, se jednalo o další nepříjemný zážitek. Pocítila, že na rozdíl od lékaře nemá žádný vliv na to, co se děje s jejím tělem.

*Jana, 087 Udělal to, že mi takhle strčil ruku do dělohy, že se jako podívá. Řekl předtím, já to zkontroluju, já se na to podívám. Což podívám pro mě je podívám, očima, a ne takhle vrazit mi ruku do těla. Takže mě to v tu chvíli překvapilo, ale hlavně to strašně, opravdu strašně bolelo. Bylo to úplně něco jinýho než ty kontrakce předtím. Ale bylo to strašně, fakt strašně nepříjemný. A já jsem se začala tak jako vzpírat, načež on mi chytil takhle ty nohy, abych jako nemohla, což bylo strašný.*

Následovaly protesty pacientky proti dalším pokusům lékaře o manuální vybavení placenty, z důvodu bolesti. Lékař, který v dané chvíli nevěděl, že Jana má natrženou dělohu, vyjádřil podiv nad tím, že Jana cítí takovou bolest (více o této komunikační situaci v kapitole Odmítnutí a znehodnocení) a rozhodl o zásahu v celkové anestezii. Následovalo šití rány a převoz Jany na JIP. Za ponižující Jana nepovažuje samotný zásah, ani jeho následky, ale události, které se odehrály ve vzájemné komunikaci a kontext, v jakém lékař pokus o odloučení placenty prováděl.

Jak vyjadřuje například Šimon, zásahy do těla pacienta nikdy nejsou vítanou součástí léčby. Také z toho důvodu Šimon váhal, zda se podrobit operaci či ozařování. Rozhodl se nakonec pro všechny tři nabízené součásti léčby, protože odborníci mu je doporučovali jako nezbytné (Šimon, 215). Šimonův případ ukazuje, že pacient skutečnost, že je zacházeno s jeho tělem, nikdy nevnímá jako příjemnou a vždy jej to staví v jistém smyslu do asymetrického postavení. Avšak zásah, který sám považuje za nutný a přijímá jej, tuto primární asymetrii dále nezesiluje. Jinak tomu bylo u žen, které fyzické zásahy neočekávaly, neodsouhlasily a vnímaly je jako násilné.

Pavel potvrzuje praxi zásahů na těle pacienta bez předchozího poučení.

*Pavel, 127 Třeba v chirurgických oborech je to strašný. Často lidi říkaj, že vůbec nevědí, proč jdou na operaci. Třeba teď nedávno kamarád měl nějaký akutní břišní problémy a ten byl z toho úplně nešťastnej. Oni mu vůbec nechtěli říct, co s ním budou dělat.*

### *Ne-zasahování jako projev respektu*

Měli jsme možnost sledovat zásahy, které nebyly v očích pacienta vnímány jako zcela nezbytné nebo proběhly bez předchozí komunikace či dokonce bezohledným způsobem. Jak vyplývá z našich dat, v nemocnici se odehrávají také opačné situace, v nichž zdravotníci respektují potřeby či přání pacienta. Jedná se o okamžiky, kdy zdravotníci přizpůsobují fyzické zasahování tomu, jak situaci vnímá pacient.

Eva popisuje situaci u prvního porodu v Německu, kdy jí porodní asistentka aplikovala klystýr. K tomu došlo až po delší době od přijetí do porodnice, protože Eva nejprve klystýr odmítla a později, když se rozhodla родit ve vodě, s klystýrem souhlasila. V dané chvíli už ale byla aplikace o mnoho obtížnější kvůli postupujícímu porodu. Eva oceňovala, že sestra jí změnu postoje nevyčítala a aplikaci prováděla opatrně a s respektem. Po celou dobu s Evou komunikovala.

*Eva, 074 Ona měla problém s tou aplikací toho klystýru, protože už jsem měla strašně silný stahy. To tělo se tomu jako bránilo hrozně. A ona byla úžasná, ona čekala, až nebudu mít stah. Prostě přestala a říkala, řekněte mi, až tenhle stah odezní a já vám to potom dám. Tak jsem jí řekla, ona mi to začala dávat, ale do toho přišel další stah. Takže ona přestala. To bylo hrozně citlivý od ní, že udržovala ten kontakt se mnou a sama mi říkala, ať jí řeknu, kdy ten stah nemám, protože ona to nepozná. (...) říkala, že to děláme pozdě, že se to mělo dělat daleko dřív, když ty stahy nebyly tak silný. Ale zároveň se s tím dokázala popasovat, s tou situací, že neměla potřebu být na mě kvůli tomu nějak nepříjemná.*

Projev ohleduplnosti a upuštění od nepříjemných fyzických zásahů zmiňuje také Kateřina, která popisuje vyšetření dutin na ORL kvůli sinusitidě. Ukazuje se zde, že míra asymetrie ve vzájemném vztahu je nejen předmětem vyjednávání, ale že v ní aktivní roli může hrát i pacient. Lékař, který Kateřinu vyšetřoval, chtěl k zajímavému případu přizvat také mladší lékařku. V okamžiku, kdy mělo nastat další vyšetření lékařskou optikou, se však Kateřina jasně vyjádřila na obranu vlastního pohodlí. Lékařka to akceptovala a Kateřinu ušetřila dalšího vyšetřování.

*Kateřina, 255 A tak on tam jako koukal, strkal mi ty hadice do nosu. A pak mluvil s tou doktorkou a nějak...prostě se mě úplně zapomněl zeptat, jestli jsem ochotná. Kdyby řekl, můžu to ještě ukázat paní doktorce? Ale on řekl, hele, pojď se na to podívat, tady to máš. A podával jí ty hrozný trubky. A ona stála vedle a jako že se půjde podívat.*

*A v tom momentě já jsem se začala bouřit. Že jestli to není nutný, tak bych byla ráda, kdyby mi to tam podruhý nestrkali. A on říkal, ale prosimvás, dyť to přece nebolí, my se jen podíváme. A já jsem mu na to opáčila, jestli on má rád, když mu někdo strká takhle dlouhý trubky do nosu. A on na to řekl, že jemu nikdo do nosu nic nestrká. A já řekla, tak vidíte. A ona hned řekla, že teda ne. Já myslím, že ji to asi zajímalo to vidět, ale on jí to popsál – a kdyby řekla, že by to ráda viděla a že je to potřeba, tak...bych se nechala. Kdyby to bylo něco horšího, tak bych se bránila víc. Kdyby se mi třeba chtěli štourat v krku...ale ona vlastně sama zasáhla.*

*(Při následující kontrole.) Ona mě pak ještě ,odblbnila‘ tím, že řekla, jo, vy vlastně nemáte ráda strkání tý dlouhý optiky do nosu. Ale my tu máme na děti. A uděláme to jemně. Přišlo mi to jako vstřícný ke mně.*

Také Libuše vnímala jako pozitivní, že lékaři omezili vyšetřování během hospitalizace před porodem. Uvádí to v odpovědi na otázku, co jí ze strany lékařů pomáhalo. Libuše se domnívá, že s ní zacházeli ohleduplněji proto, že je sama lékařka.

*Libuše, 016 (Vzpomeneš si od těch doktorů, jestli ti něco pomohlo?) Moc mě nevyšetřovali. To si myslím, že byla protekce.*

*(...) Určitě se to dělá víc, vyšetřují každé den. Normálně se to dělá proto, že potřebuješ zkontrolovat ten stav, jestli se třeba neotevíráš víc...*

*(Nevadilo ti, že to nevíš?) Ne, vůbec. Byla jsem ráda, že na mě nesahaj.*

Helena v nejobtížnějších okamžicích potřebovala maximální volnost a klid. Říká, že přestože byla psychicky zcela vyčerpaná, neočekávala od zdravotníků, že se jí budou nějak věnovat. Nejvíc si cenila prostoru, který poskytli jí a jejím starostem.

*Helena, 171 Já jsem se snažila víceméně je tím nezatěžovat, já jsem se hroutila vždycky až doma.(...) (Já) bych asi ani nechtěla, aby se mi nějak věnovali. (...)*

*(Cos od nich potřebovala?) Aby mě nechali co nejvíc samotnou. Nebo když to jde, tak s Honzou. Aby po nás prostě co nejvíc něco chtěli.*

## VZTAHOVÝ ROZMĚR

Doposud jsme kategorie představovali skrze oblasti, v nichž se asymetrie zesiluje nebo zeslabuje. Avšak ve všech předchozích oddílech jsme mohli pozorovat také vztahovou stránku proběhnuvší komunikace.

Jak v oddílu **práce s informacemi**, tak v určování **režimu** oddělení, v určení **pohybu člověka v prostoru**, i ve **fyzickém zacházení s jeho tělem**, všude se odráží centrální otázka: Jakou míru pochopení, respektu a ohleduplnosti směrem k pacientovi má systém nebo konkrétní lidé? Napříč všemi obsahovými kategoriemi můžeme usuzovat na empatii, pochopení, vstřícnost zdravotníků nebo naopak na odmítnutí respektu k pacientovi, necitlivost a ignorování jeho potřeb.

V následujícím oddílu se budeme věnovat analýze s důrazem na vztahový aspekt zdravotnické komunikace. Zkušenosti pacientů a pacientek nyní nebudeme rozdělovat podle obsahového klíče, ale podle vztahové dynamiky komunikace a prožívání s tím spojeného. Témata, která byla dříve představena jako obsahové oblasti, se zde budou odrážet skrze vztahový aspekt, jenž v sobě sjednocuje různé obsahy.

Uvažujeme-li o zdravotnické komunikaci jako o dynamickém procesu, v němž dochází k vyjednávání o povaze vzájemného vztahu, můžeme v patientské zkušenosti rozeznat momenty, které člověka potvrzují jako relevantního partnera a naopak ty, které ho odmítají nebo přímo znehodnocují.<sup>35</sup>

### Potvrzení

Jako potvrzení označujeme všechny interpersonální projevy, které pacienti a pacientky oceňovali. Shrnujeme, že se v zásadě jedná o všechny projevy, které **potvrzují pacienta jako člověka a jako relevantního partnera v komunikaci**. Jedná se o situace, kdy zdravotníci nevyužívají možnosti zesílit původní, asymetrické rozvržení vztahu a na mezilidské úrovni projevují akceptaci pacienta a respekt k jeho názorům i k jeho potřebám.

#### *Představit se*

Jako potvrzující akt lze v rozhovorech vystopovat (jindy zcela banální) náležitosti společenské konverzace, jakými jsou představení a podání ruky. Jde o základní společenský projev respektu k druhému jako komunikačnímu partnerovi, který však není ve zdravotnické komunikaci vždy přítomen.

Potvrzení vlastní pozice jako relevantního partnera mohou různí pacienti přikládat různou důležitost. V každém takovém kontaktu však znamená, že ten, kdo zná jméno a osobní údaje

---

<sup>35</sup> Termíny potvrzení, odmítnutí a znehodnocení vycházejí z teorie Watzlawicka, Bavelasové a Jacksona (1999). Podle nich existuje v každém vyjednávání o povaze vztahu prostor pro potvrzení, odmítnutí nebo znehodnocení self-konceptu komunikačního partnera. (Viz kapitolu věnovanou teoretickým východiskům.)

druhého, může vyvažovat asymetrické nastavení tím, že mu sdělí informace o sobě. Jedná se o funkční, jednoduchý akt, který symbolicky staví druhého na stejnou úroveň.

Mezi důležitými zážitky z komunikace se zdravotníky zmiňuje Marie právě představení a podání ruky. Její vnímání vzájemného vztahu se tímto společenským úkonem mění: pacientka nadále vnímá, že je (asymetricky) oslabená, že bude s lékařem sdílet intimní záležitosti svého těla, ale na mezilidské rovině je z jeho strany potvrzena jako partner.

*Marie 1, 203 Za celou tu dobu, se všema těma doktorama a sestrama, který jsem potkala, za celou tu dobu jenom jeden jedinej člověk přišel, podal mi ruku a řekl já jsem ten a ten.*

Primář s Marií po jejím předchozím konfliktu s lékařem probíral případnou indukci porodu. Tu Marie vnitřně odmítala, protože se obávala následků. Primář zahájil rozhovor společensky. Představení a podání ruky se pro Marii stalo důvodem, proč rozhovor s primářem vnímala jako příjemný.

*Marie 1, 027 Musím říct, že primář byl moc příjemnej, takhle jsem si představovala rozhovor. Všecko mi vysvětlil, řekl mi, jaký jsou rizika, když odmítnu.  
Řekl, dobrý den, paní Kropáčková, určitě mi podal ruku. Byl příjemnej, usmíval se na mě. (...) A byl celej takovej slušnej, všechno mi pěkně vysvětlil.*

Dlužno podotknout, že v tomto konkrétním případě vstřícné zahájení rozhovoru znamenalo příjemný pocit na straně pacientky, avšak ne záruku symetričnosti v dalších okamžicích komunikace. Lékař Marii vše vysvětlil, představil reálné výhody i nevýhody indukce porodu a po dalším odmítnutí indukce ze strany pacientky ji v intencích dosavadní vstřícnosti a bez hodnocení požádal o podepsání negativního reverzu. Až potud vnímala Marie komunikaci jako maximálně vstřícnou a otevřenou. Následovalo však výše popsané provedení Hamiltonova hmatu během vnitřního vyšetření, o němž pacientka nebyla informována a k němuž nedala souhlas.

Úvodní společenská konverzace nemohla předurčit další vývoj. Jednoduché podání ruky a představení tak nemůže být prezentováno jako univerzálně funkční položka v příručce vstřícné lékařské komunikace. Současně však platí, že až do chvíle zmíněného zásahu měla Marie k lékaři důvěru a cítila se bezpečně. Jde tu o první symbolické uvedení do vzájemného vztahu, které se v patientské zkušenosti opakovaně objevilo jako potvrzující.

### *Právo na pocit, právo na bolest*

Jako povzbuzující se v reflexi našich respondentů ukazuje každý moment, v němž je respektován pacientův subjektivní pocit. On sám tak cítí, že je vnímán jako relevantní článek komunikace. Stejně jako v dalších kategoriích, které představujeme, tak i zde se v praxi jedná o otázku míry ohleduplnosti či empatie systému a jeho reprezentantů. Rozhodující je tu podoba reakce personálu na pacienta, který sděluje nějakou svou starost či obtíž.

Jak vidíme na příběhu Kateřiny, pro pacienta může být velmi důležité, jak konkrétně na něj pečující personál zareaguje; zda dává najevo nezájem či despekt, nebo naopak bere vážně, co pacient říká. Kateřina porodila předčasně a po porodu nebyla v dobré kondici, sestra

přesto trvala na tom, že s ní absolvuje prohlídku oddělení. (Je dokonce možné, že se jednalo právě o seznámení s prostorem oddělení, které by Kateřina za jiných okolností sama ocenila.)

Jak bude popsáno později, v části Odmítnutí a znehodnocení, Kateřina sestře sdělila, že jí není dobře, ale maximum, kterého dosáhla, bylo obdržení misky na zvracení. Sestra trvala na tom, že prohlídku oddělení dokončí. Později přišla lékařka, která Kateřinu vyšetřila a uložila jí zákaz vstávání. Pro Kateřinu to bylo potvrzením oprávněnosti jejích pocitů a především zprávou o tom, že lékařka nebere její pocity na lehkou váhu. Jinými slovy lékařka neignorovala Kateřinu jako relevantního člena komunikace a potvrdila tak její sebedefinici.

*Kateřina, 263 Já jsem vypadala hrozně, nebyla jsem schopná si sednout. A ta doktorka byla první, kdo po těch dvou hodinách nebo jak dlouho, třech... začal brát vážně, že je mi blbě. Tak jsem se cítila, že konečně jako něco... A pak mi právě zakázala vstávat a nařídila nějaký odběry krve a konečně se jako o mě někdo začal starat.*

V případě zážitku, který popsala Kateřina, se jednalo o potvrzení práva na pocit, u Evy šlo o potvrzení práva na bolest při zásahu porodní asistentky po dlouhém prvním porodu. Eva akceptovala prožívanou bolest především díky tomu, že sestra potvrdila její subjektivní pocit nepohody jako reálný (dokonce opodstatněný). Také díky tomu Eva hodnotila péči porodních asistentek jako exkluzivní a i přes prožitou bolest se cítila v bezpečí.

*Eva, 190 Nepříjemný bylo, že ona mi mačkala břicho, mačkala mi krev z břicha. A to bylo hrozný. Já jsem hrozně nařikala a myslím, že jsem jí i řekla, jestli je to takhle nutný. A ona mi řekla, že to ví, že to hrozně bolí, ale že to musí udělat. Že ta děloha je unavená a že když by to nevymačkala, tak by to v tý děloze mohlo dělat neplechu. Takže když mi vyjádřila, že je jí to líto, jakou bolest mi způsobuje, tak jsem teda... na to přistoupila. Ony byly fakt exkluzivní, fakt báječný, staraly se o mě.*

Jana popisuje podobné pocity jako Eva. Po porodu, kdy nedošlo k odloučení placenty, prováděl lékař vyšetření, které Jana vnímala jako bolestivé. Lékař v tom okamžiku komentoval její protesty jako přehnané. Později se ukázalo, že Jana měla k bolesti důvod, následovalo rozsáhlé šití ruptury dělohy. V následující ukázce Jana vyjadřuje úlevu, kterou cítila, když sestry na JIPu potvrzovaly její bolest jako adekvátní. V jejích slovech můžeme pozorovat až emoční pohnutí z potvrzení, které se jí od sester dostalo.

*Jana, 092 Chodily se mě ptát, jak se mám, jestli něco nepotřebuju. Jak se cítím. Hlavně to bylo vidět, když tam přišla nějaká vizita. (...) Přišli ke mně a ona mu dávala tu kartu a říká (s povzdechem, starostlivě), ona paní je tady chudák po takovém velkém šití, buďte na ni opatrnější. To jsou takový blbosti, ale bylo to hrozně hezký. Mně to v tu chvíli přišlo hezký. (...) (Dokážeš pojmenovat, čím ti to bylo hezký?) Takový zadostiučinění. Po tom, co mi tam předtím někdo říkal, že ani nejsem schopná nic vydržet, že nevydržím něco, co vydrží tisíc ženských, tak konečně někdo, kdo jako uzná, že nějaký racionální důvod tu prostě je. Že to není jen to, že bych byla neschopná a nic nevydržela. Tak to bylo hrozně hezký.*



Jako právo na pocit můžeme označit také to, o čem hovoří Lenka. Jednalo se o potřebu potvrzení vlastních pocitů i důležitosti jejího dítěte. Stav její dcery se během hospitalizace zhoršil; příčinou mohla být dříve popsaná chyba sester s odsávačkou hlenů. Vrchní sestra odmítala převzít odpovědnost a jako obhajobu uváděla fakt, že Lenka o svém odhalení neřekla hned, ale nějaký čas váhala. Primář oddělení si pak vrchní sestru zavolal „na kobereček“. Pro Lenku nebyl podstatný případný trest; od vrchní sestry potřebovala potvrzení relevance vlastních pocitů a uznání utrpení její dcery Simony.

*Lenka, 087* Pak si ji zavolal. A bylo vidět...někdo mi říkal, že měla slzy v očích, jak od něho odcházela. Ale mně nešlo ani tak o ten trest. Jenom mě mrzí, že ta vrchní sama mi neřekla, je mi to líto, co se stalo vaší dceři, nechtěla jsem to tak. Ona jenom se sama obhajovala. (...) Co mě nejvíc mrzelo, že...že jí nebylo líto Simonky. Protože pohled na Simonku byl tenkrát příšernej.

Potvrzení, kterého se Lenka dočkala od vedení nemocnice, současně vedlo k tomu, že již neměla potřebu pokračovat v konfliktu.

*Lenka, 089* Ještě jsem napsala tu stížnost na vedení a oni mi napsali, že byli na oddělení, že se to tak opravdu dělo, jak píšu, že jsou z toho zděšení. A naopak ta paní náměstkyně byla první z personálu, kdo projevil lítost nad Simonkou. Ne jako nad oddělením, ale nad Simonkou. To se mi líbilo. A proto jsem to už nechtěla víc řešit, nebo to nějak medializovat. (...) Asi kdybych se soudila, tak by mě odškodné neminulo. Ale já jsem to nechtěla už po tomhle. A byla jsem ráda, že oni jako...se omluvili Simonce.

### Právo na názor

Dalším aspektem všech projevů respektu ze strany personálu je pocit, který respondenti a respondentky opakovaně označují jako „berou mě vážně“. V praxi se to projevuje mimo jiné tím, že zdravotník neznehodnotí názor pacienta, ale přijme jej jako relevantní součást komunikace. To působí, že pacient se cítí být s lékařem či jiným zdravotníkem „na stejné úrovni“. Přínejmenším pro některé pacienty a pacientky je to velmi důležité. Právě proto, že jde o ně a o jejich tělo, chtějí být respektováni a přijati jako nikoli objekt, ale jako aktivní členek v procesu léčby.

*Kateřina, 225* (Je pro mě důležitý), aby mě do té léčby zavzal v tom přístupu lidským a...no jako partnerku v léčbě. Aby mi třeba věřil to, co mu o tom říkám...nebo věřil, myslím aby bral v úvahu to, co si o tom myslím já.

Obdobné téma se odráží také v pocitu Kateřiny z hospitalizace na psychiatrickém oddělení u doktorky Křížkové. Kateřina obhazuje svůj způsob života i svou hodnotu a vymezuje se proti tomu, aby to lékařka snižovala.

*Kateřina, 063* (Jak ses cítila u tý Křížkové jako osobně?) Blbě.

*(Jako že ti bylo blbě momentálně, nebo...)* Ano, ale i jako že mě brala jako takovou malou žábu. Že mi říkala vy jako vážně nemocná nejste, vy si potřebujete hlavně odpočinout. A vy potřebujete hlavně pořádného

*chlapa, a ne romantickýho snílka. Jako že...vlastně znevažovala to moje. Nevyžádaně. A že si osobovala právo na věci, na který právo nemá. (...) Myslím, že víc dala na ty zprávy okolo nebo na tu psychologickou zprávu než na to, co jsem jí říkala.*

### Informace jako projev respektu

Jako potvrzující můžeme označit situace, jež jsme mohli sledovat v okamžicích, kdy personál poskytoval informace nejrůznějšího druhu. Potvrzoval tak, že je tu člověk, který informace potřebuje, a ocení, že díky nim bude v obraze. Jiří to vnímal například u rehabilitačních sester jeho ženy.

*Jiří, 080* *Ty rehabky, ty byly šikovné, ty mi ukazovaly všechno. Když jsem přišel po dobu cvičení, tak byly schopny nahlas mluvit tak, co jako provádějí, abych byl v obraze.*

Potvrzením relevance pacientových potřeb je také informování a šetrnost při manipulaci s tělem pacienta. Předpokladem takového zacházení je empatie, zřetel na potřeby pacienta. Jiří v odpovědi na otázku, co on a jeho žena potřebovali a nedostávalo se jim toho, uvádí právě poskytnuté informace.

*Jiří, 166* *Prostě říct tomu člověku, budeme dělat to a to, než s ním začít manipulovat bez toho upozornění.*

Také Marie vnímala jako potvrzující poskytnutí úplných informací.

*Marie 2, 086* *Řekl mi to celý. Určitě mi řekl obsah celej. Když jsem se ho na něco ptala, tak mi odpověděl. Nejednal se mnou jako s někým méněcenným, podřadným.*

Na otázku, co jí během pobytu na JIP nejvíce pomáhalo zvládnout náročnou situaci, odpovídá Helena, že to byla ochota sester jí pomoci, jejich zájem a normální lidský kontakt a také to, že samy přicházely s informacemi. Podobně jako v dříve popsáních situacích poskytnutí informací, i zde je zřejmé, že nešlo o informace, které by byly důležité z medicínského hlediska, pro Helenu však byly velmi cenné. Skrze poskytnuté informace zesílil jak její pocit bezpečí, tak pocit znovunabyté kontroly nad situací, jako matky dítěte. Tento způsob potvrzení jí spontánně poskytovaly sestry.

*Helena, 180* *(Sestry) mi přišly říct, co Honza v noci, že třeba hezky spal nebo třeba že bylo všechno v pořádku, nebo že nic moc nesnědl, co mu chutnalo. Věci, co se děly, když jsem tam nebyla.*

*(V čem byly tyhle věci pro tebe důležité?) Že člověk ví, co se s tím dítětem děje, když tam nejseš. Do té doby má člověk to dítě pořád u sebe. Víš o každým jeho bebí, co jedlo, nejedlo, prostě všechny tyhle informace. A teď najednou máš vzduchoprázdno. Prostě ta noc...do té doby s náma Honza spal v ložnici, měla jsem ho vždycky u sebe. Najednou jsem nevěděla...jestli nembrečel, když brečel, jestli u něho někdo byl, jestli ho nenechali plakat.*

Také v případě Šimona v následující ukázce se informace stala pomocí, přestože se jednalo spíše o „dojem“ než o přesnou statistiku. Současně Šimon vnímal poskytnutou informaci jako aktivní lidskou podporu od sestry.

*Šimon, 180 (Co ti pomohlo ze strany těch doktorů nebo sester to líp zvládat?) Na tý ozařovně ta sestra mi říkala, no zrovna, pane Šimon, než jste sem přišel poprvý, tak tady byli dva taky mladý chlapi ve vašem věku, měli to samý. A taky to měli dobře vyoperovaný, všechno čistý - a nemají žádný ložiska, vypadá to dobře. Je to nadějný.*

*To mi řekla. A bylo na ní vidět, úplně to z ní vyzařovalo, že mi chce říct něco, aby mi dodala odvalu. Bylo jasné, že tam není jen jako nějaký ozařovač a že je nepříjemná na lidi. Bavila se se mnou a měla snahu mě povzbudit. A taky mě povzbudila ta informace, samozřejmě.*

### Empatie

V ukázkách z oddílů potvrzení jsme mohli vedle jejich obsahového rozměru identifikovat také potvrzení. To se odehrávalo například prostřednictvím sdělování informací matce, která nemohla být přes noc s dítětem, nebo v ochotě personálu přizpůsobit režim i jinými způsoby potřebám pacienta. Všechny tyto projevy je možné označit jako empatické.

Empatii chápeme pro účely této práce v širším smyslu, než je běžné. Jako empatii neoznačujeme primárně soucit ve smyslu společného prožívání bolesti s pacientem, ale každé pochopení jeho situace, uvědomění si jeho pozice a s ní spojených potřeb. Empatická je pak ochota zdravotníků tyto potřeby respektovat, případně umožnit jejich naplnění<sup>36</sup>.

Jak se ukazuje v našich datech, empatické chování personálu staví pacienta vztahově do pozice relevantního partnera: více než pacientem je v takové komunikaci člověkem, který má vedle dalšího i nějaká omezení či negativní prožitky. Personál je může brát v úvahu a snažit se zmírnit jejich negativní dopad. Tam, kde se to děje, zůstává na psychologické rovině rovnocenný vztah dvou lidí, bez ohledu na přetrvávající technický rozměr asymetrie, která je apriorní součástí vztahu.

Příklad chování, které můžeme označit jako empatické, popisuje Helena. Sestry pečující o zraněného Honzu si uvědomovaly potřeby dítěte a rodičů a snažily se, aby mohly být naplněny. V obsahové rovině by se jednalo nejvíce o oblast režimu; sestry netrvaly na režimních pravidlech za každou cenu, aby mohly vyjít rodičům vstříc.

*Helena, 073 Třeba když jsme se o něj mohli starat i my, tak jsme ho mohli krmit, omejit ho, přinášet podněty vlastně. Tak kdykoli jsem potřebovala, tak sestřička mi kdykoli ochotně pomohla, poradila a kdykoli budete něco potřebovat, přijďte, zavolejte.*

*Helena, 076 Já jsem se snažila dělat co nejvíc sama. Protože člověk chce pro to svoje miminko udělat maximum. Tak jsem jí říkala jenom, ať mi řekne, kdybych dělala něco špatně, jistit mě v tom, co dělám, abych něco*

---

<sup>36</sup> Obsahu termínu empatie se blíže věnujeme v kapitole Diskuze.

*nevytáhla, aby něco nespadlo. A vždycky se mi snažily podat, co potřebuju, aby to tam bylo. Vycházely mi maximálně vstříc.*

*Když jsem ho pak chtěla masírovat, tak neměly problém být tam se mnou dýl, nikdo mě nepopoháněl. I když Honza třeba ze začátku u toho fakt plakal. Nebo jak pořád ležel na zádičkách, tak měl rád masírovat na zádech. A to vždycky vydržel třeba pět minut. A neměla problém sestřička tam se mnou zůstat, vydržet. Nikdy mě nikdo nepopohnal, nikdy neřekli, ať si pospíším nebo že už tohle ne.*

*Helena, 091 Pak bylo takový zlomový, když nám dovolili vzít si ho do náruče. Sice mi zas musela pomáhat sestra, protože měl všechny ty do sebe nabodaný věci, tak mi pomáhala ho vzít. Zas musel být podloženej, protože mu všechno padalo, on nijak nedržel. Ale aspoň jsem ho mohla vzít k sobě. Takže to byl takovej posun velkej.*

*Jinak oni mi do toho víceméně nekecali, co jsem tam s tím dítětem dělala. Spíš se mi opravdu snažili být pomocný. (...) Neříkali třeba: Proč krmíte teď? Proč nekrmíte potom?*

Empatie se tu pojí s flexibilitou, s jakou jsou uplatňovány režimové nástroje. Tam, kde sestry vnímají potřeby pacientky, dokážou například odsunout některé predepsané úkony. Pro Helenu je to projevem respektu k potřebám jejím a jejího dítěte.

V Libušině příběhu empatie ze strany sester scházela. Projevovalo se to rigidním lpěním sester na časovém rozvržení kojení i na dalších režimových opatřeních a na celkové nepodpoře Libušiných potřeb.

Libuše ze strany sester postrádala základní pochopení pro situaci matky po předčasném porodu a pro potřeby dítěte. Toto pochopení by v jejích očích mohlo být běžnou součástí sesterské práce. Libuše vnímá rozdíl mezi aktivní emoční účastí a jednoduchým respektem k potřebám nemocného. Domnívá se, že soustrast v jejím případě nebyla nutná, ale prosté pochopení její momentální situace ano.

*Libuše, 088 Možná tu sesterskou práci dělaly dobře, nevím, ale nedělaly ji emočně dobře. Rozhodně se nijak nevžívaly. Nechápaly, že máš hormonální změny, že sama máš nějakou bolest. Že si nemůžeš sedat, že tě bolí celý břicho. Tohle nebraly v potaz. Nebyla tam žádná empatie. (Ty jako doktorka máš pocit, že to je možný, mít pořád empatii?) Mám. Mně totiž přijde, že to nemusíš nějak prožívat, ono stačí to vědět. Že ten člověk je nějak v nepohodě. Ony to asi věděly, ale vůbec je to nezajímalo.*

Dalším aspektem empatického přístupu je obyčejná laskavost a vstřícnost personálu. Pacientovi to může poskytnout pocit jistoty a přijetí a zmírnit úzkost z pobytu v nemocnici. Jako ukázkou vybíráme úryvky z rozhovorů se Šimonem, Helenou a Janou.

*Šimon, 073 Na těch ozařovnách, tam se ty asistentky dost točily, ale musím říct, že všechny byly v pohodě. A i když jsem byl na tom posledním ozařování, tak se se mnou hrozně loučily a řikaly, že mi přejou, ať to dobře*

*dopadne a až tam přijdu na kontrolu, ať se za nima přijdu podívat.  
Fakt úplně takový...miloučký. Moc prima.*

*Helena, 180 Byli ochotný odpovědět na cokoli. Že ty sestřičky si přišly třeba jen tak popovídat, zeptat se, jestli je všechno v pořádku.*

Heleně pomáhala ve zvládnání obtížných týdnů i obyčejná přívětivost sester na JIP.

*Helena, 072 Usmívala se. Vysvětlovala, na co ty věci budou potřebovat. Na všechny otázky bylo vidět, že ti odpoví. Žádný že by spěchala a jen mezi řečí vychrlila, přinese tohle, tohle. Ochotně komunikovaly a bylo vidět, že neměly problém.*

Jana byla před porodem dvakrát hospitalizována před porodem na oddělení rizikového těhotenství. Toto oddělení se nacházelo v jiné nemocnici, než kde Jana nakonec porodila. Jana zpětně říká, že vstřícné chování sester v první nemocnici považovala za normální, až dokud nepoznala nemocnici, ve které porodila. Tam měla opakovaný pocit, že sestry obtěžuje. Obyčejná lidská vstřícnost a přívětivost, se kterou se setkala v první nemocnici, byla pro Janu klíčová. Dalším aspektem téhož je potvrzení a lidský rozměr, který sestry do komunikace vnášely.

*Jana, 022 (Tys říkala, že tam byly dobrý sestry, jak to vypadalo?) Vůbec, ani chvíličku, jsem neměla pocit, že je otravuju. To bylo pro mě prostě úplně klíčový. Jakejkoli zbytečnej dotaz pro ně nebyl nikdy zbytečnej, trpělivě odpovídaly, vysvětlovaly. Povídal si se mnou i jen tak. Prostě jako s lidma. Aby zlepšily náladu.*

Také pro Libuši byl v komunikaci se sestrami důležitý pocit, že je (ne)obtěžuje<sup>37</sup>. V úryvku srovnává různá oddělení, kde byl umístěn její syn. Na novorozeneckém oddělení jí sestry umožňovaly vstup jen v intervalech určených na kojení a další její přítomnost je obtěžovala, na ostatních odděleních vnímala Libuše vstřícnost.

*Libuše, 058 Já jsem si tam pak brala jídlo a všechno a zůstávala jsem tam i mezi tou dobou mezi dvěma kojeníma. A to ty sestry teda nebyly nadšený. Tohle se dělo jen na tomhle oddělení. Na těch ostatních se dalo přijít kdykoli a nebyl to vůbec pro ně problém.*

---

<sup>37</sup> Téma obtěžování personálu rezonuje ve více rozhovorech. Jedná se o citlivou záležitost, která se pojí s osobním pocitem (ne)potvrzení či (ne)přijetí. Pacient má často tendenci předem předpokládat, že bude personál svými požadavky obtěžovat. O to důležitější je, pokud zdravotník do komunikace aktivně zahrne moment potvrzení.

*Pavel, 043 Měl jsem takovej neodbytnej pocit, že obtěžuju. Ono to asi nesouviselo s tím, že by dávali najevo nějakou neochotu, ale člověk jakoby očekává, že takovej pocit spíš vyvolá.*

### „Do rukou“

Komunikace, jež nepostrádá empatii k situaci pacienta, může být ze strany zdravotníků nástrojem podpory. Ta může pacienta znovu vrátit do stavu „příčetnosti“, tj. vložit zpět do jeho rukou kompetence k autorství vlastního života.

Zuzana, která porodila předčasně, popisuje jako zásadní pomoc v těžkém okamžiku komunikaci jedné ze sester. V okamžiku odloučení od dítěte, které bylo po předčasném porodu v inkubátoru na jiném oddělení, se Zuzana setkala se sestrou, která ji upozornila, že taková možnost tu je. Povzbudila ji k tomu, aby požádala o propuštění z poporodní péče a mohla se přesunout ke svému dítěti. Sestra se tak stala jejím pomyslným „spiklencem“ či průvodcem na cestě, protože reflektovala potřebu matky i dítěte být spolu. Tato komunikace Zuzanu posílila ve vlastním pocitu autorství.

*Zuzana, 017 Já jsem šla za ním ten večer a sestra říká, to už takhle chodíte sama? (...) A říká, paní Manová, když jste takhle dobrá, tak ráno poproste doktorku, třeba by vás tam pustili. Vždyť on vás tam potřebuje. To si pamatuju přesně, že mi takhle řekla. Vždyť on vás tam potřebuje. A na tenhle podnět, já jsem ji ráno poprosila.*

Také doprovázení sester během porodu bylo pro Zuzanu povzbuzením v pocitu autorství. Zuzana vnímala jejich způsob komunikace jako podporující a celý porod zpětně nazývá „týmovou práci“. Sestry jí dodaly pocit kompetence a stalo se, že po prvním porodu, který proběhl sekci, Zuzana navzdory všem svým očekáváním porodila fyziologicky.

*Zuzana, 004 Já prostě bych nepočítala s tím, že můžu normálně porodit. Ale bylo to i tím, jak se mnou mluvili. Byli fakt hodný, byli milí, oni mi říkali, dejchejte paní Manová, postupuje to dobře, hezky se otvíráte, vlastně ve mně budili pocit, že to dělám dobře. Skoro jsem měla pocit, že je to taková týmová práce, že jsou tam se mnou, že mě v tom nenechaj.*

Eva popisuje svůj první porod, který proběhl v Německu, podobně jako Zuzana: jako týmovou práci, v níž byla potvrzena, a díky tomu měla k sestrám naprostou důvěru a nepocítovala žádnou potřebu cokoli měnit,

*Eva, 142 Ony byly na mojí straně barikády. Ony rodily se mnou. (...) Ony se chovaly jako moji partáci. Takže já jsem k nim měla důvěru, vůbec jsem nepřemýšlela o tom, že bych chtěla něco měnit<sup>38</sup>.*

### Lidskost

Součástí potvrzení ze strany zdravotníků je lidský rozměr vzájemné komunikace. Tento aspekt dává znovu porozumět, že vedle komunikace v sociálních rolích pacienta a lékaře (zdravotníka) je i zdravotnická komunikace rozhovorem dvou lidí. Vystoupí-li tento aspekt

---

<sup>38</sup> Dalším efektem chování sester byla Evina naprostá důvěra, která jí umožnila nezkoumat doporučení, která dostávala a vydat se porodním asistentkám do rukou. Tento efekt byl popsán výše, v kapitole o vítaném rozměru asymetrie. Jak můžeme pozorovat zde, předpokladem přijetí asymetrického nastavení ze strany pacienta je důvěra, založená na předchozí komunikaci.

do popředí, dodává to pacientovi lidskou hodnotu a zdravotníkovi v jeho očích lidský rozměr. Může se jednat o okamžiky odhalení vlastních pocitů nebo prostou lidskou podporu.

*Šimon, 066* *Musím říct, že ta doktorka byla jinak skvělá. Všechno otevřeně mi řekla a i jako lidsky byla dobrá. Třeba dodávala mi odvalu, když jsme tam byl na tý ozařovně potom, tak třeba tam přišla a řekla, to bude dobrý. A ještě mi takhle poklepala na rameno. Byl to kontakt osobní takovej. To bylo dobrý.*

*(Bylo ti to příjemný?) Jo, tohle mi bylo příjemný. Jak mi poklepala na to rameno, i jak se mnou mluvila, měl jsem z toho pocit, že jí na tom záleží i že jí na mně záleží. Že ji to jako osobně trápí, že to bylo takhle blbý a že si i osobně přeje, aby se mi to nevrátilo, ta nemoc. Že o to má velkej zájem. Že se dokáže do toho pacienta...byla velmi empatická.*

Lenka vzala primáře dětského oddělení „na milost“ na základě jeho lidské, autentické reakce po zjištění, že chyba sester mohla ohrozit zdraví dětí. Díky tomu ho Lenka přestala považovat za nepřítele, naopak zpětně primáře obhajuje. Stejně jako viní vrchní sestru, která jí potvrzení neposkytla, na primáře oddělení nahlíží na základě stejného mechanismu jako na nevinného. (Podobný proces se odehrál, když byla potvrzena vedením nemocnice a následně upustila od pokračování sporu, viz výše.)

Lenka interpretuje autentické rozčilení primáře jako projev obav o její dítě, což ji (jako matku tohoto dítěte) potvrzuje, protože se jedná o projevení zájmu o její dítě. Současně to z osoby primáře snímá dojem nadřazenosti nebo nedosažitelnosti. Také to je pro Lenku potvrzením: primáře vidí jako obyčejného člověka, stejně nedokonalého jako je ona sama.

*Lenka, 078* *A ten primář, já si myslím, že za to nemohl. On netušil, on to netušil. (...) Pořád říkal, děkuju, děkuju vám, paní Plíšková, děkuju, nebýt vás. A myslím, že cítil, že to už nepomůže, že Simonka, ten stav už byl jako zhoršenej. (...) Druhý den ráno jsme se potkali a on mi říkal, že skoro nespál, že o tom musel pořád přemýšlet. Že mu to pořád běhá v hlavě, co se stalo u něho na oddělení. Takže bylo vidět, že ho to zasáhlo. Lidsky. Ne jako doktora, ale jako člověka. Prostě co se může malým dětem dít.*

Obyčejná lidská konverzace se Lence stala i součástí její práce, když pracovala v nemocnici jako sestra. Tehdy se snažila s pacienty komunikovat také o běžném životě mimo nemocnici, což do vztahu přinášelo lidský rozměr a narušovalo asymetrické nastavení dané jejich rolemi. Lenka si uvědomuje, že to na straně pacientů budilo důvěru a mohla se pak s nimi lépe domluvit i v dalších, procesuálních věcech.

*Lenka, 222* *Ty pravidla, ty standardy, co se má a co se nemá, to je někdy hrozný. Když se to bere moc vážně, tak si nikdy nevytvoříte vztah s pacientem. Já jsem třeba říkala, je, vy jste z Moravy, tam se mi líbí. Nebo třeba když někdo měl nějaký zajímavý zaměstnání, tak jsem řekla, je to je ale zajímavý, to bych taky chtěla někdy zkusit. Samozřejmě jsem tím nemohla ztráčet čas a nebo si hrát, že jsem Matka Tereza, ale třeba když jsem*

stlala postele, tak při tom stlaní jsem tak s nima povídala. A ti lidi byli jako vyměnění. Dalo se pak s nima mluvit.

*Třeba když něco po mně chtěli a já jsem neměla čas a řekla jsem, promiňte, já teď nemám čas, tak věděli, že jim nelžu a že opravdu nemám čas. Už mě znali za ten týden třeba. Věděli, že kdybych měla čas, tak bych jim vyšla vstříc.*

*Lenka, 217 Já jsem se snažila vždycky přijít ráno do pokoje a říct dobré ráno, jak jste se vyspali? Třeba mluvit i o sobě taky. Jo, já jsem se dneska hrozně vyspala... A oni pak vědí, že mě něco zajímá, že můžou říct. Že je opravdu poslouchám.*

Lékař, který se staral o syna Heleny a Davida po jeho zranění, nepůsobil v komunikaci zprvu jako vřelý člověk. Avšak postupně se pro oba rodiče stal jedinou kotvou; člověkem, k němuž měli oba naprostou důvěru. Napomohla tomu jeho odbornost a již zmíněná ochota sdělovat jim veškeré informace, ale v první řadě byla jejich důvěra postavena na tom, že vnímali jeho lidskou starost o Honzu a skutečnost, že se o něj stará s osobním nasazením.

David zmiňuje lékařovo osobní nasazení v záchraně života jejich syna.

*Helena, 017 Oni mu určitě hned volali, protože to byl hodně vážnej případ. Tak on víceméně hnedka přijel a zrušil i dovolenou, co měl, a byl tam celou dobu, než se vlastně Honza dal dokupy. Než byl probuzenej, než byl v nějakým stavu, tak v tý nemocnici byl prakticky pořád. A to mě prostě...prostě si myslím, že to by neudělal každej doktor.*

Helena v rozhovoru zmiňuje, že vnímala, že Honzův lékař s nimi mluvit „chce“, jednalo se tedy o jeho osobní zaujetí, které Helenu vedlo k důvěře v tohoto lékaře.

*Helena, 022 Ten náš doktor, bylo vidět, že se s náma baví, protože se s náma i bavít chce, ne že by musel nebo měl nějakou povinnost nás informovat. Snažil se nám říct všechny rizika, co jsou.*

Dalším lidským rozměrem v komunikaci lékaře a Honzových rodičů byly chvíle, kdy lékař odhaloval svůj vlastní světonázor a rodičům tak poskytoval ne odbornou, ale lidskou podporu. V rámci role lékaře se projevil jako člověk s vlastními pochybnostmi, ale i s důvěrou ve vyšší moc. O tomto momentu mluví nezávisle na sobě oba rodiče, Helena i David.

*Helena, 049 Říkal, že hlavně záleží na tom, jestli to přežije. Bylo takový pěkný, že řekl, že věří přírodě, že...neřekl pánbůh, ale příroda. Že prostě když příroda dopustí, aby někdo s takovýmhle zraněním přežil, tak by bylo od ní pěkný, kdyby se o něj taky postarala, aby byl nějak schopnej fungovat.*

*David, 021 Říkal, já to vidím takhle: můžeme udělat maximum, ale pak už nám musí příroda pomoci. Jako my dosáhneme semhle a dál už ne. Vlastně začal pak mluvit jako o svém světonázoru, což bylo...ne že by nám to vzalo všechny strasti v tý chvíli, ale bylo to užitečnější než informace máte deset procent naději. Což je jako hezký, ale to nám moc*



*nepomáhalo. Nám spíš pomáhalo tohle. Když jsme cítili, že je v tom nějak osobně angažovanéj. Ne že by se z toho angažované hroutil, to vůbec ne. (...) asi to člověk cítí, že to je nějak autentický. Že tam prostě je lidsky.*

Specifické okamžiky nastávají v psychiatrii. V případě, že pacient ohrožuje svůj život, lékař může rozhodnout o nedobrovolné hospitalizaci. V období, kdy Kateřina byla hospitalizována na otevřeném oddělení (kde byla zcela dobrovolně), konzultovala s lékařem myšlenky na sebevraždu. Lékař měl možnost rozhodnout v té chvíli o hospitalizaci na uzavřeném oddělení. Nastala situace, kde na jedné straně stálo rozhodnutí o pacientovi, učiněné v jeho zájmu, ale proti jeho aktuální vůli, a na druhé straně ponechání prostoru pro jeho vlastní odpovědnost. Lékař nakonec vyšel Kateřině a její osobní žádosti vstříc. Ponechal jejich komunikaci (a jejich vztahu) lidský rozměr a Kateřině prostor pro vlastní spoluúčast.

*Kateřina, 176 Tehdy mi Brož říkal, co byste dělala na mém místě, kdybyste se slyšela? (...) Já jsem mu tehdy řekla, že bych se nechala venku. Že bych se nedávala na uzavřený oddělení. A on se ptal proč. A já jsem mu řekla, že to jako poctivě hlásím a že to budu hlásit a ...vlastně jsem mu dala návrh, jak to budem řešit, kterej byl pro něj přijatelněj. A on říkal, že váhá mezi psychiatrií a lidskostí. (Proč?)*

*Protože být zavřená na uzavřeném oddělení, to není jako nic příjemného. A psychiatrie by mě tam zavřela. Tak on to přesně takhle řek, že váhá mezi psychiatrií a lidskostí. (...)*

*Hlavně to bylo dobrý, že v tom byl jako se mnou. A že mi věřil. A že to bral, že to je moje odpovědnost, jak s tím svým životem naložím. Nebo že to je hodně moje odpovědnost. Jasně, že kdybych jako vypadala, že... se opravdu zabiju, tak že by mě tam jako strčil. (...)*

*Já jsem mu řekla, že kdyby to bylo jako nesnesitelný, že mu to řeknu. A že se tam dolů nechám zavřít. (Takže dal na tebe...) Ano.*

Aspektem obyčejného „lidství“ jsou také okamžiky, kdy se zdravotník jeví jako nejistý nebo chybující člověk. Takovou zkušenost můžeme sledovat u Jiřího. Jiří je nevidomý a sestra ho při návštěvě manželky omylem zavedla k jiné ženě. Jiří ženu, jak bylo jeho zvykem, držel za ruku a mlčel (jeho žena byla v umělém spánku). Jistá komičnost situace i nejistota sester, jak s omylem naložit, daly vzájemné komunikaci humor i lidský rozměr. To současně umožnilo uvolnění stresu spojeného s nemocí a hospitalizací jako takovou.

*Jiří, 050 A pak jsem jako uslyšel takový šum sestřiček. (Napodobuje šeptání více lidí přes sebe, z něhož vyniká ,to není paní Kohlová‘) A pak přišla jedna a říká, já se strašně omlouvám, ale já jsem se spletla...já jsem vás dala k jiné paní. Ale přišlo mi to spíš takové jako úsměvné nebo jaksi do jisté míry takové odlehčení. Protože v tu ránu jsme se z takové jakési deprese...nebo vždycky jsem tam vcházel s takovým jako blbým pocitem a prostě sevřený. (...) i v té strašné situaci jsem v tom viděl takovou milou ... takovej černej humor. A zase to neštěstí té sestry, která se z toho těžko psychicky jako vyvlíkala. Takže jsem spíš ji utěšoval.*

Lidský rozměr v interpersonální komunikaci se někdy vyjevuje skrze společný smích. Ten je dílem vzájemného sdílení významů a emocí. Vedle prostého předávání obsahu se tu znovu znatelně vyjevuje vztahový rozměr komunikace.

Šimon vzpomíná na situaci, kdy mu doktorka (Kolenová) v obtížném momentu vyjmenovala řadu rizik další léčby. Šimon byl právě po operaci nádoru, absolvoval chemoterapii a rozhodl se také pro ozařování. Konfrontace s množstvím potenciálních nežádoucích účinků nebo následků, včetně kastrace, pro něj byla šokující a Šimon si nevěděl rady. Pomohl mu jeho ošetřující lékař, který Šimonovi nabídl širší kontext. Navíc situaci odlehčil svou autentickou reakcí v závěru rozhovoru, která otevřela okamžik sdílení.

*Šimon, 064 Volal jsem tomu doktorovi, říkám mu to a on říká: ‚Doktorka Kolenová? Tu já znám, ta dělala ještě nedávno tady u nás. Ona je taková až přeoopatrná, takže ona tomu pacientovi všechno takhle řekne, pacient se vyděsí a třeba tu léčbu i odmítne, ale ono to tak prostě není, protože ve většině případů se tyhle věci vůbec nedějou, a navíc ten přínos té léčby pro pacienta je mnohem vyšší než riziko nějakých následků.‘*

*Já jsem mu říkal, co mi všechno vyjmenovala a když jsem skončil u tý kastrace, tak on říkal: ‚Ježkovyvoči!‘*

Humorné momenty zažil Šimon také s dalším lékařem. Po operaci se poprvé tváří v tvář potkal s lékařem, který ho operoval, a v situaci vážné nemoci se mohli na okamžik společně zasmát.

*Šimon, 036 A on říká, jo pan Herman, to jsem rád, že vás vidím.*

*Protože on mě předtím viděl jen pod plachtou, uspanýho. A kus díry na noze v prostěradle. Tak říkám, to jsem taky rád, že vás vidím, pane doktore (směje se).*

Každý moment vzájemné komunikace, v němž dojde k odhalení lidské stránky komunikačního partnera, je pro druhého současně informací o člověku. V okamžiku autentického projevu jako by byla více viditelná pravá tvář člověka, například skutečnost, že má vlastní názory a vlastní emoce. Zjednodušeně řečeno, je také „jen člověkem“. V kontextu úcty k medicíně a k jejím reprezentantům se jedná o podstatný okamžik, který staví pacienta na jinou, lidsky symetrickou úroveň.

Ve chvíli, kdy dojde k potvrzení člověka ve vztahovém rozměru komunikace, přijímají pacienti omezení, která ze systému vyplývají, za smysluplná a je pro ně přijatelné je akceptovat. Vzájemná komunikace pak není nastavena jako vztahově nevyvážená. Vše, co je pro člověka za běžných okolností nepříjemné či dokonce potupné, jako je například nahota ve zdravotnické péči, je přijatelné v okamžiku, kdy je potvrzena jeho lidská hodnota, a vztah je nastaven jako symetrický.

## Odmítnutí a znehodnocení

Jako negativně hodnocená zkušenost ze zdravotnické komunikace se v našich datech ukazují všechny projevy odmítnutí pacienta jako relevantního partnera v komunikaci.

Zde se budeme opět věnovat vztahovému rozměru kategorií, které byly výše popsány jako obsahové. Soustředovat se budeme na takové momenty zdravotnické komunikace, které byly v očích pacientů viděny jako negativní, zvyšovaly jejich nedůvěru, a v důsledku komplikovaly spolupráci pacienta na léčbě.

V kapitole Potvrzení byly popsány okamžiky, kdy je pacient potvrzen jako relevantní článek vzájemné komunikace. Tato jeho relevance může být jindy naopak odmítnuta, či zcela znehodnocena. Děje se to na příklad v podobě odmítnutí akceptovat informace od pacienta jako relevantní nebo v otázce projeveného ohledu či pochopení. Míra pochopení pro pacienta je věcí rozhodnutí zdravotníků a tam, kde je v pacientových očích odmítnuta jeho sebedefinice nebo je nějak jinak snižována jeho důstojnost, dochází k zesilování asymetrie ve vzájemném vztahu.

### *Jak to víte?*

Jako odmítnutí můžeme označit situace, v nichž lékař otevřeně dává najevo, že informace od pacienta nepovažuje za relevantní. Znamená to, že není možné mít důvěru v to, co pacient říká, a pacientův pohled na situaci, ani jeho zkušenost nejsou hodnotnou informací. Takové okamžiky budí v pacientovi dojem, že z vůle zdravotníka není na vlastní léčbě účasten, a zhoršuje se jeho motivovanost spolupracovat s lékaři.

Jitka porodila dítě vážící 4 380g. Během porodu absolvovala rozsáhlý nástřih hráže. Jizva se špatně hojila a Jitka měla také potíže urologického charakteru. Chtěla problém konzultovat s odborníkem a zaměřila na specializované pracoviště. Mezi potíže, které lékaři na začátku popisovala, zahrnuje povolení pánevního dna. Překvapila ji reakce lékaře.

*Jitka, 008* *Já jsem mu řekla, že mám povolený pánevní dno. A on na to, to jste si diagnostikovala sama, nebo vám to někdo řekl? Tak si říkám, já jsem si dovolila sama sobě diagnostikovat teda, že něco mám mezi svýma vlastníma nohama. (...). Já jsem se v tu chvíli napůl začala chechtat. (...) Prostě já jsem si říkala v duchu, to snad není možný, tak i tady?! Tohle jsem si myslela, že už se mi jako nestane. Úplně jsem si říkala, tak je to tady. A jsme tady zas. Tak já sem jdu na nějaký poměrně jako sofistikovaný pracoviště, kde jsem si naivně jako myslela, že mě budou brát jako partnera.*

Jitka z reakce lékaře nabyla dojmu, že nepovažuje její zkušenost s vlastním tělem za relevantní. Z kontextu můžeme vyvozovat, že ona se naopak v tomto ohledu považovala za dostatečně kompetentní, a reakce lékaře pro ni byla v podstatě odmítnutím jejího self-konceptu<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Jednalo se o rozhovor v ambulanci a Jitka v daném okamžiku nebyla v roli hospitalizovaného pacienta. To může být důvodem, proč Jitka nezmiňuje žádnou úzkost, ale dominuje její pobouření.

Pro Marii byla obdobná situace více znejšíující, přestože z vnějšího pohledu se může zdát jako zcela banální. Jednalo se o zadávání údajů o pacientce do systému během přípravy na porod, kde sestra dala najevo pochybnost o pravdivosti jejích slov. Při zpětné reflexi Marie zahrnuje tento okamžik do komplexu událostí, které způsobily její nejistotu, pochybnosti o sobě a strach z komunikace s personálem během porodu.

*Marie I, 017 ...třeba se mi stalo, že jsem tam v tom průkaze neměla váhu před otěhotněním a ta sestra se mě ptala, jak to, že to tady nemáte? A já jsem řekla, že jsem se tenkrát nevážila a asi jsem měla svoji běžnou váhu, to je padesát osm kilo. A ona, jak to víte? A nakonec tam nenapsala nic. Prostě to, co já jsem jí řekla, nestačilo, aby to brala, že to tak asi bylo. Přitom na začátku těhotenství, kdyby se mě doktor zeptal, tak bych mu to taky řekla já, kolik vážím, to je stejný.*

V takovém okamžiku pacient přestává spatřovat smysl v procesu léčby, protože naproti očekávané spolupráci, která má vést k jeho prospěchu, je jako účastník léčby zpochybněn. Vzájemný vztah se tak posunuje k vyjednávání o tom, kdo je věrohodným partnerem.

### *Vaše pocity nejsou důležité*

Jako odmítnutí můžeme identifikovat také situace, kdy zdravotník dává pacientovi najevo, že pocity, které mu sděluje, nejsou pro něj ani pro proces léčby důležité. Znamená to pak devalvací pocit pacienta, a tím i jeho komunikační pozice.

Kateřina jako nejtěžší okamžik po porodu popisuje chvíli, kdy sestra trvala na procházce po oddělení. Kateřina jí opakovaně sdělila, že se cítí špatně a že se obává, že bude zvracet. Sestra jí podala emitní misku, ale dál pokračovala v plánované procházce. Pro Kateřinu to znamenalo, že sestra odmítla vzít její pocity jako relevantní, převzala pouze informaci o problému, a ten vyřešila poskytnutím misky na zvracení. U Kateřiny, která navíc po nečekaném předčasném porodu postrádala přítomnost svého dítěte, to vyvolalo pocity osamělosti a bezmoci.

*Kateřina, 260 ...na tom šestinedělí, po porodu. Tak tam jsem prostě musela dělat to, co ona mi řekne, že jsem se vůbec prostě nemohla bránit. (...) ta sestra mi řekla, že teď se s ní trochu projdu, já jsem řekla, že je mi hrozně zle, ta sestra na to, že mi to tam jen ukáže (...) a já jsem se tam poblila na tý chodbě a bylo mi prostě celkově hrozně zle. A cítila jsem se tam, že se o mě nikdo nestará a že neberou moc vážně, že je mně fakt hrozně blbě. A dali mi tu misku na to blítí, ale jako hrozně se divili.*

*(A co říkali?) Nic, já myslím, že jsem měla tu misku, že jsem jim nepoblila chodbu. Ale ona jako počkala a pokračovala zase v tý chůzi. A já jsem si přála, aby mi dala pokoj. (...) Připadala jsem si prostě taková trpící, osamělá, nikdo se o mě jako nestará.*

*Já bych si byla představovala – jako já jsem si nepředstavovala nic, ale teď zpětně mi to připadá, že (...) bych na to nevzpomínala s takovou hořkostí, kdyby ta sestra zavolala doktorku, nějakou prostě, která tam*

*sloužila a řekla jí, že se tady po tom porodu projevují nějak abnormálně.  
Nebo kdyby mi třeba ten tlak změřila.*

Také v případě Jitky personál ignoroval její subjektivní situaci, když během porodu žádal, aby klidně ležela po dobu několika minut, tak aby mohlo proběhnout vyšetření kardiografem („monitor“). V okamžiku silných kontrakcí, které vyvolala v průběhu porodu aplikovaná tableta, Jitka zažívala velkou bolest a nebyla schopná požadavku sester vyhovět. Přestože nijak nezpochybňuje medicínský důvod k provedení vyšetření, osobně to prožívala jako naprosté nepochopení její situace.

*Jitka, 151 (Ty) se nemůžeš jako začít chovat slušně a spořádaně si lehnout, aby jim ten monitor fungoval. To nechápu, jak to dělali, jestli kdy mohli fyzicky donutit ženu si lehnout, když má tenhle druh kontrakcí. Fakt lehnout si a nehýbat se, to není vůbec možný v té chvíli.*

Jitka měla při porodu intenzivní pocit, že ona a její dítě nejsou pro personál vůbec důležité. Dnes se domnívá, že o průběhu porodu, který skončil sekci, rozhodla mimo jiné skutečnost, že lékařům nefungoval přístroj (monitor). To způsobilo nejistoty ohledně stavu dítěte, a tím i rozhodnutí o akutní sekci, které nejistoty ukončilo. Z hlediska medicínského zcela pochopitelný postup byl pro Jitku jako člověka zdrojem bezradnosti a pocitu, že na osobních potřebách jejích a jejího dítěte nezáleží. Z prostředí, které vnímala jako ne-pečující, však v danou chvíli nemohla odejít. Z rozhovoru vyplývá, že Jitka na první porod vzpomíná se značnou hořkostí.

*Jitka, 151 Všichni koukali na ty čísla na tom monitoru. Tím byli úplně fascinovaní. A já jsem si říkala, jde tady o mimino a o mě, nebo o ten monitor? Já prostě si říkám, že celej ten můj porod nebyl o tom, že se rodí dítě, ale že to celý bylo daný tím rozbitým monitorem. To jsem věděla, že jsem narazila na totální zeď. Jenže v té chvíli ten porod už nemůžeš zastavit a jít domů, žejo.*

### *Expert na život*

Také následující ukázky spojuje celková ne-empatičnost personálu, resp. ne-akceptování aktuálního pocitu pacienta jako relevantního. To se projevuje v podobě nepřijetí jeho osobních potřeb, zkušeností a celé jeho svébytnosti jako platné součásti komunikace.

Děje se tak například v okamžicích, kdy personál dává najevo, že nejen léčbě, ale i osobní situaci pacienta rozumí lépe, než on sám. Nemusí to být cílem takového chování, ale v daném kontextu jsou skrze odmítající komunikaci tak či tak snižovány pacientovy kompetence. Helena popisuje situaci po přijetí syna Honzy k hospitalizaci se zánětem ledvin. V té době byly Honzovi necelé dva roky.

*Helena, 274 A ta sestra, aniž... prostě neznaj tě, nevědí, co s tím dítětem, tak říká: Musí pít! Říkám, s Honzou je prostě problém s pitím, musím mu to dát a... - To musíte pořádně! - Jo, prostě...hovno ví, já jsem vystresovaná na maximum, že jsme v nemocnici s něčím, co nevím jak (...) tak já říkám, já se budu snažit. - Musí vypít litr a půl. - Říkám, to je hezký, ale v životě jsme nedali víc než šestset mililitrů denně. - (křičí) Tak*

*bude muset jít na kapačky! – (křičí, napodobuje předchozí tón) Tak mu je dejte! Tak mu je dejte. Já do něj litr a půl nedostanu, dejte mu kapačky.*

*Vycouvala, šla za doktorem, přišel doktor. A prej tak aspoň litr že by vypil... Říkám, já se budu snažit, ale já do něj ten litr nedostanu. Prostě nastoupěj s tímhle a ty víš, že to není reálný, že to nedáš, že nemáš nejmenší šanci tohle udělat. Tak co máš dělat...*

*Tahle sestra pak říkala, že jsem problémová. S nikým jiným jsem tam problém neměla, se všema jsem se domluvila.*

V případě Pavla sestra dává najevo, že chování, které on považuje za normální, není podle ní v pořádku. V popsané situaci komunikaci nastavuje jako rozhovor experta s laikem.

*Pavel, 145 Přijeli rodiče a já jsem Adama zabalenýho vzal a vynesl jsem ho před dveře porodního sálu jim ho ukázat. Tak tam přišla nějaká sestra a vynadala mi, že to se přece nedělá a že nastydne a co si to dovoluju. Prostě vyjádřila překvapení, jak se vůbec někdo může takhle chovat.*

Kateřina srovnává dva pobyty na psychiatrickém oddělení. Říká, že na rozdíl od další hospitalizace, se u dr. Křížkové nemohla vyjádřit k léčbě, protože předpokladem lékařky bylo, že pacient situaci nemůže rozumět. V praxi to znamenalo, že nepřipouštěla diskusi, ani v tom, co se přímo týkalo pacientových pocitů, například reakcí na medikaci.

*Kateřina, 123 Kdybych řekla Křížkový, že třeba ten Atarax brát nebudu, protože jsem po něm hrozně utlumená, tak by asi jako omdlela. Jako nad tou nehoráznou drzostí.*

*(Co ona měla za pocit...jako o sobě jako doktorovi?) Že ona tomu rozumí a já ne.*

### *Osobní potřeby nejsou důležité*

Osobní potřeby pacienta, jejichž naplnění je věcí rozhodnutí personálu, nemusí být vždy pochopeny a akceptovány jako relevantní. Taková komunikace budí dojem, že pacient není svéprávný v rozhodování o tom, co potřebuje pro svou pohodu, a co už ne.

Ležící pacient částečně ztrácí dřívější důstojnost spojenou se sebeobsluhou. Pokud ostatní vnější projevy respektu a důstojnosti člověka nejsou zachovány, vzájemná komunikace se opět přenáší do roviny mocný a svéprávný vs. bezmocný a nesvéprávný. Takové okamžiky citlivě vnímá Jiří, když sleduje péči sester o jeho nemohoucí manželku. Zde odpovídá na otázku, s jakou podobou péče by byl spokojený.

*Jiří, 154 Někdy se nedovedou vžít do té situace toho imobilního, toho ležáka. Tam je skutečně potřeba celodenní péče. A zase je potřeba vidět, že to nemusí být senilní starý člověk, kterého to potkalo. Že je to člověk myslící, zdravý, s určitou úrovní hlavně. (...) A tam jsem se setkával u některých sester s tím, že to je problém prostě.*

*Už jak otevře dveře, že zaklepe. Některé sestry tam vtrhnou prostě. Některé sestry nepromluví. Takže ideální je, aby ta sestra zaklepala, aby tam nějakou tu štábní kulturu zachovala.*

*Potom takové respektování té lidské důstojnosti. A trochu možná vcítit se a i některé takové ty zvyklosti toho jedince respektovat. Zase zvyklosti, které mají svůj důvod, nejsou jen buzerací, jen něčím... ale funkčně jako.*

V případě prvního porodu Jitky došlo k rozhodnutí o akutní sekci. Jitka důvodům rozuměla, ale na sále byl přítomen také její manžel, který o rozhodnutí nebyl informován.

*Jitka, 156 Pak přišel doktor, asi primář, aby to rozhodl. A on přišel a prohlásil: „Tak to ukončíme!“ A Michal se z toho normálně sesypal. To ho fakt vzalo. Kromě toho, že to bylo necitlivý, tak on to prostě nepochopil. On nevěděl, jestli nemyslí, že to dítě umře nebo co.*

Lékař, který o sekci rozhodl a personálu to sdělil hlasitým zvoláním, ignoroval skutečnost, že rodiče dítěte nerozumí jeho slovům a jazyku, který on běžně používá. Relevantnost jejich přítomnosti na sále a jejich prožívání jako by byla lékařem odmítnuta.

Libuše se zastavuje u pocitu, že obtěžovala sestry svou přítomností. V jejím případě sestry odmítaly stav pacientky (nebo skutečnost, že nemohla ovlivnit stav svého dítěte) akceptovat jako nepříjemnou, ale neměnnou součást situace. Stav dítěte i omezení matky je v podstatě obtěžovaly.

*Libuše, 086 Třeba se na mě blbě tvářily. Anebo si chodily stěžovat, co všechno to tvoje dítě v tom inkubátoru dělalo, že třeba brečelo. Že vlastně tam hrozně rušilo.*

### *Systémová ne-vstřícnost*

Příběh Libuše otevírá otázku, nakolik je systém nastaven vstřícně k pacientovi a k pochopení jeho potřeb. Tomu pak odpovídá chování personálu i celkové podmínky péče. Libuše se dlouho domnívala, že někde dělá chybu, protože předpokládala funkčnost pečujícího systému. Dnes je přesvědčena, že se jedná o systémovou záležitost a vyjadřuje svůj názor, opřený o zkušenost matky, ale také o vlastní praxi lékaře v nemocnici. Současně zmiňuje odmítnutí sester reflektovat její potřeby a požadavky.

*Libuše, 112 Dneska si myslím, že neměli pravdu, že ten systém by si měli nastavit tak, aby slyšel na nějaký moje jednoduchý prosby. Protože to nebyly nějaký speciality, že bych chtěla nějaký super lůžko, ale jednoduchou potřebu, kterou podle mě má každá matka, která porodí.*

*(...) Říkala jsem jim, aby si představily, jaký by to bylo, kdyby tam měly dítě a ony říkaly, že můžu být ráda, že můžu být s ním aspoň ty dvě hodiny, protože když ony měly děti, tak otcové stáli před okna a ony jim mávaly z okna.*

*(To tě uspokojilo?) To mě neuspokojilo. Říkala jsem jim, že ony tohle dělaly tři dny, ale já takhle trávím osm týdnů.*

Podobný názor jako Libuše si po zkušenosti předčasného porodu v nemocnici odnesla také Zuzana:

*Zuzana, 014 Na tý neonatologii se totiž o matku nikdo nepostará, tam se starají o mimina, ale na péči o matku to není zařízený. Tak proto oni nechtěj ty matky po porodu pouštět z toho šestinedělí, kde je prostě chodí kontrolovat, pomůžou na záchod a tak. Ale je to škoda, že ta nemocnice na tohle nebyla nijak připravená, přece matek po předčasným porodu, který by chtěly být s dítětem a potřebujou jeden, dva dny větší péče, těch tam přece je dost, určitě kdyby tam měli pro ně na tý neonatologii jeden dva pokojíčky, tak by to bylo skvělý. Aby ony nebyly od těch dětí oddělený. Ale to by už pro tu nemocnici bylo moc složitý, to oni mají zase oddělený, to se nesmí nijak propojovat, jak by to vyúčtovali, žejo a tak. Tak to mi přijde hrozná škoda.*

Jitka se v podobném duchu potýkala s nevstřícností systému v podobě ne-podpory kojení. Když si nevěděla rady s technikou kojení, sestra ji odkázala na příručku. Její prostudování však situaci nijak nezlepšovalo; teorii už Jitka znala dobře. Nedostalo se jí odborné podpory kojení, kterou by od sestry byla potřebovala. Znamenalo to nejen technickou komplikaci, ale především to mělo dopad na její sebehodnocení, a v důsledku pak na průběh kojení, který je obecně na stresové faktory vázán<sup>40</sup>.

*Jitka, 162 Já v tom byla naprosto ztracená, jako v tý situaci. První dítě, který jsem přebalovala, bylo moje vlastní a kojení jsem v životě neviděla. Chyběla mi ta zkušenost žen o generaci starších. (...) Máš bud' kliku, že ti to jde intuitivně, nebo se zhroutíš, že jsi selhala. (Proč by ses hroutila?)*

*Když tě odkážou na příručku, když ti nejde kojení. To je blbý. A když žena svý dítě nedokáže nakrmit, to prostě podprahově vnímáš jako selhání. Vždyť to umí každá kráva, nakrmit tele.*

Během třetího dne po akutní sekci nastal na oddělení nedostatek lůžek. Jitka v té době ležela a o dítě se staraly sestry. Protože ji náhle potřebovaly propustit a podle tamějšího předpisu je nutné, aby se nejprve matka o dítě sama starala, nastala situace, kdy Jitka dostala své dítě na noc do péče. Na rozdíl od domova, kde měla pomoc manžela, tady byla sama a bez možnosti své záležitosti nějak zařídit. Jitka se o dítě sice starat chtěla a netoužila zůstat v nemocnici zbytečně dlouho, ale nebyla ještě fyzicky schopná dítě nosit a měla intenzivní pocit, že systém s ní zachází způsobem, který vyhovuje jeho provozu, a ne jejím potřebám.

*Jitka, 131 Já jsem byla úplně v prdeli. Oni mi vůbec nepomohli, jen mi to dítě najednou dali a ať se postarám. A nebylo to proto, že stojím o to mít dítě a starat se o něj, ale že potřebujou, aby se jim uvolnil ten pokoj. A ty nevíš, jestli je to už zdravotně pro tebe reálný to zvládnout a byla jsem v hrozný úzkosti. Já se nemohla zvednout z postele a dítě brečelo celou noc. No, měla jsem dojem, že se mnou zacházej, jak se to hodí*

---

<sup>40</sup> Např. Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of nutrition*, 131(11).



*jim. (...) Cítla jsem fyzickou obtíž vůbec se zvednout z postele a jít na záchod. A najednou mám na starost dítě a zároveň se čeká, že se postarám o něj i o sebe, a to bez podpory. (...) Podle mě na každý jiný gynekologický operaci ti řeknou, že nemáš půl roku zvedat nic co má víc než dvě kila. A pak se ti narodí dítě 3 kila třicet. A najednou ti říkají, že se máš postarat komplet sama.*

Potřeby pacientů mohou být různé; můžeme říci, že tvoří nějaký „background“, který určuje, co je pro pacientovu osobní pohodu důležité. Proto i „relevance“ jeho požadavků či potřeb může mít různou podobu. Někteří potřebují významnou fyzickou pomoc, jiným vzhledem k jejich stavu stačí, když mohou v klidu ležet. Některým pacientům zcela postačují základní informace nebo projev empatie, pro jiné je například důležité, aby se mohli více účastnit zvažování léčebných postupů. Rozhodující zde je opět individuální situace a subjektivní vnímání pacienta. Obecně však platí, že pokud se systém a konkrétní lidé v něm nějakým způsobem přizpůsobí potřebám pacienta, vnímá to pacient jako potvrzující; naopak odmítnutí nebo otevřené znehodnocení jeho potřeb (ať už se děje z vůle jednotlivců, nebo pod tlakem systému) je pro něj odmítnutím vlastní relevance.

### *Ponížení*

Extrémní situací ve zdravotnické komunikaci jsou okamžiky, které můžeme ve vztahovém aspektu nazvat ponížením. Nesoulad, hádka či osobní ataky jsou potenciálně součástí každé mezilidské komunikace, ve zdravotnické komunikaci je však situace specifická vztahem závislosti a s ním spojenou asymetrií. Pacient často nemusí být připraven nebo schopen v konfliktu reagovat symetricky, jak by tomu bylo v běžné každodenní situaci. O to více může případné znehodnocování jeho sebedefinice či zneužití pozice ze strany personálu vnímat jako ponižující.

Takovým znehodnocením byla pro Marii již dříve zmíněná reakce lékaře na její dotazy ‚nevím, proč bych vám to měl říkat, když tomu stejně nerozumíte‘. Zde doplňujeme popis události o následující okamžiky, kdy Marie lékaři sdělovala, že odmítá vyvolání porodu a že se rozhodla vyčkat na další vývoj. Jejich vztah už byl v dané chvíli ovlivněn předchozími událostmi, zde se však napětí vystupňovalo.

Marie si svou pozici tváří v tvář lékařské autoritě nebyla zcela jistá. Nesouhlas lékaře s jejím odmítnutím indukce se Marie snažila zmírnit odvoláním na jiné pacientky, které snad mohly zvolit podobný postup. Lze říci, že tak žádala lékaře o potvrzení obvyklosti či jisté přirozenosti jejího rozhodnutí. Lékař však reagoval znehodnocením takového pokusu. Současně se Marie zeptal na „dovolení“ manžela a na její vzdělání; naznačil tak její nekompetentnost v rozhodování o sobě a dítěti.

*Marie1, 019 Já jsem mu říkala, pane doktore, neříkejte mi, že se vám to nestává, že jsem první, kdo odmítá vyvolání porodu. A on na to řekl, ne, to dělají cikánky. Potom zjistil, že můj manžel je lékař a říkal, jak je to možný, že tohle váš muž dovolí? Já jsem se ještě během toho hovoru tam radila s Pavlem, jestli můžu podepsat ten reverz a on mě v tom stoprocentně podpořil.*

*(...) A ještě se mě pan doktor zeptal, jaké máte vzdělání? Tak klidně a jízlivě, velice jízlivě. To bylo po tom, co mi řekl, že to dělaj jen cikánky.*

Jana se během porodu setkala s principiálně podobným znehodnocením svého sebeobrazu jako člověka, který dokáže rozlišit závažnost své bolesti. V následujícím případě lékař odmítá pocity, které mu pacientka sděluje, s tím, že podle něj neodpovídají situaci. Tento okamžik nastal bezprostředně po narození dítěte, kdy se u Jany neodloučila placenta, a lékař přišel stav zkontrolovat.

*Jana, 089 Prostě mi tam strčil ruku a snažil se tou rukou odloupnout od té děložní stěny, tu placentu. A prostě bolelo to jako blázen. Já jsem taková, že se hodně bojím říct, co jako potřebuju. Ted' už tolik ne, ale tehdy jsem byla hodně taková poslušná. Ale tohleto si pamatuju, že jsem začala křičet, ať toho okamžitě nechá. Takže to musela být taková bolest, že jsem to udělala, protože jinak bych se toho v životě neodvážila. A on mi řekl, že tolik ženských to vydrželo. A že co to jako je, vždyť přece v porovnání s porodem tohle nic není. A já jsem mu řekla, že to opravdu strašně bolí, že to nejde vydržet. A on řekl, no, tak dobře, tak když to slečna teda nevydrží, tak to musíme dát pod narkózu. Tak si běžte, tatínku, na deset minut na chodbu a my ji musíme uspat, když to teda, slečna nevydrží.*

Následovala dvě hodiny trvající operace, během níž se odhalila ruptura dělohy, a bylo nutné rozsáhlé šití. Jako zadostiučinění vnímala Jana pozdější potvrzení jejího vnímání situace ze strany sester, které bylo popsáno v oddílu Potvrzení.

Za ponižující a znehodnocující můžeme označit také situaci po Mariině porodu, kdy nastal konflikt ohledně použití odsávačky na porodním sále. Pavel i Marie zpětně akceptují nesouhlas personálu s tím, že Pavel odsávačku použil. Jako ponižující však vnímají způsob, jakým primář dětského oddělení svůj názor sdělil: využil k tomu ranní vizitu, kdy Marie ležela v posteli, vysílená po porodu, a situace nebyla v žádném ohledu symetrická.

Současně primář Marii činil odpovědnou za něco, co udělal její manžel. Pro Marii se jednalo o bezvýchodnou situaci, na niž neuměla v dané pozici reagovat. Navíc, jak již bylo popsáno, nechtěla vyvolávat další konflikty s těmi, kdo o ni pečují. Jak v Pavlově, tak v Mariině zpětné reflexi zaznívá viditelná hořkost.

*Marie 2, 188 Přišla velká vizita. Přišel primář a šel k mamince, která tam ležela taky, která rodila se mnou podobně. A v noci nějak hodně krvácela, takže se tam o ni starali. A s ní si pan primář povídal hrozně mile – jak se vám daří a přál jí všechno dobrý a doufám, že bude všechno v pořádku... A pak přišel ke mně, s úsměvem, kterej mu hned zatusnul na tváři a řekl mi, že je nehorázný, co si ten můj manžel včera dovolil. Já si nepamatuju přesně ty slova, budu ti říkat, jakej mám dojem. Myslím, že řekl, paní Kropáčková, to je nehorázný, co si ten váš manžel včera dovolil. Jestli si myslí, že tohleto je normální a v pořádku a když by k němu na oddělení někdo přišel a použil tam přístroje, že by se mu to líbilo... Já jsem na to koukala. Úplně jsem prostě zírala, co mi to říká. O čem to mluví? Pak mi to došlo...ale nejdřív jsem si říkala, proč?*

*Proč mně to říká? Co s tím mám dělat? Co já s tím mám dělat? Já jsem ještě nebyla schopná ani stát. (...) Bylo to strašně nepříjemný. Mně se podlamovaly kolena, na kterých jsem nestála, chtělo se mi brečet a dodneška si zase říkám, měla jsem se tam ihned rozbrečet. Protože mi přijde opravdu nehorázný, co si ke mně dovolil. Pár hodin po porodu mi vynadat. Vynadat! Za něco strašlivého, co můj manžel... nespáchal.*

*A ještě tam byly všechny ty asistentky, který s náma rodily, včetně všech doktorů, který s náma rodili. To byla velká vizita. I ten doktor, se kterým jsem rodila. Asi sedm lidí. A myslím si, že tohle by si ten člověk neměl nikdy, v žádném případě dovolit.*

*Pavel, 140 (Co pro tebe byl největší šok v tom kontaktu s porodnicí?) Asi nejhorší bylo to ponížení po tom porodu. (...) I kdyby nakrásně měli pocit, že to není úplně vhodný, že jsem mohl někoho zavolat, aby oni pracovali s jejich přístrojem... tak se to mohlo stát, já jsem prostě reagoval tak, jako...odsáváš doma svoje dítě, tak ho stejně odsaješ tam. (...) nejhorší na tom bylo takový to až exemplární ponížení celý rodiny. Že si mě předvolali a Marii provedli tamto na vizitě, takhle...to bylo extrémní.*

Pro Marii pak bylo potvrzující pozdější vyjádření jedné ze sester. Marie se po propuštění z porodnice šla rozloučit se sestrami...

*Marie 2, 206 Ta jedna mi řekla, že ji hrozně mrzí, co se tam stalo, že ten primář se ke mně takhle choval. Že takhle se nikdy nechoval a že tam na to všichni zírali, co se muselo stát, že se mnou takhle mluvil přede všema. Potěšilo mě to od ní. Protože to řekla sama od sebe, já už jsem to otvírat nechtěla.*

Jitka porodila akutní sekci, stejný příběh potkal druhou pacientku, která rodila ve stejný den.

*Jitka, 157 (Já) jsem byla na té jipce, a se mnou paní, co měla císaře chvíli přede mnou. A přišel doktor, pochopila jsem, že je to porodník. Podíval se na nás a pak prohlásil, pořád nám vyčítají, že máme vysoké procento císařských řezů, ale když ony ženy v dnešní době neumí rodit normálně. A teď měl na tý cedulce napsáno Durman! Já jsem si říkala, normálně, ten je tady fakt správně! (ironicky se směje) A ta paní druhá, ta byla z toho fakt v depresi. (...) Já jsem mu na to řekla, no víte, my jsme si to nevybraly. Ale ona... Prostě ona se snažila porodit normálně a nevyšlo to a to určitě nebyl důvod k jásání. A to určitě není místo k takovým hláškám. Dvě ženský, co tam leží a nemůžou se hýbat! A on nám přišel sdělit, že jsme neschopný a on bude mít potíže, že mu nevyjde statistika?*

S hodnocením, které dostaly od lékaře, se vyrovnaly každá jiným způsobem. Jitka měla (a dodnes má) tendenci se bránit a nad chováním lékaře s pobavením kroutit hlavou. Ale i pro ni, jak přiznává, byl jeho komentář ponižující; tím více, že byla fyzicky omezená, takže se nemohla plnohodnotně bránit. V pozadí jejího pocitu ponížení stojí fakt, že sekci rodit

nechtěla a dodnes se domnívá, že rozhodnutí k sekci bylo v jejím případě vedeno spíše nejistotou lékařů v daném okamžiku, než nutností.

Specifický je komunikační kontext u dlouhodobě ležících pacientů, kteří jsou zcela odkázáni na péči sester. Podobu péče mohou stěží ovlivnit. O to větší je tu prostor pro zesilování asymetrie nejen na technické úrovni, ale také v rozměru lidského vztahu. Dříve zmíněná (ne)ohleduplnost v zacházení s tělem pacienta se tu znovu odráží ve vztahovém rozměru, v míře pochopení pro člověka a jeho potřeby, v potvrzení nebo naopak odmítnutí jeho důstojnosti.

Jiří zmiňuje situace, které prožil v průběhu péče o svou nemohoucí ženu.

*Jiří, 167      Zpočátku i ta koordinace té zdravé ruky byla horší, tak jí něco upadlo. Tak sestra řekla, jste jako dobytek. Nebo je, to tu zase vypadá. Anebo zase... šetří se, takže se třeba dá třikrát po sobě špinavej takovej papírovej ubrousek.*

*Manželka je taková háklivější a byla zvyklá si ruce umývat. Tak žínku aby měla zvlhčenou, potřebuje, aby si mohla ty ruce otřít. Tak pak je potřeba ji vyprat a dát zase na to místo, aby ji měla po ruce, aby mohla sama si sáhnout. To zase některé sestry berou jako buzeraci, jako navíc. Tím pádem má zase větší spotřebu těch kapesníků, jak se vytahují... Tak zase aby to nedávala na zem, tak si to třeba dává...za to tričko. „Jé, to vypadáte, na co to máte?“ Takže někdy takové potupování nebo jak to říct...*

Momenty odmítnutí nebo znehodnocení self-konceptu druhého můžeme identifikovat v okamžicích, kdy v rámci vyjednávání o povaze vztahu dává zdravotník najevo, že pacient pro něj není na mezilidské úrovni akceptovaným komunikačním partnerem. Může to být spojeno se silnými negativními prožitky pacienta; z hlediska komunikační pozice to znamená zesílení pomyslné asymetrie.

## TŘETÍ KAPITOLA:

### Vývoj

Kapitola Vývoj je esencí osobních příběhů pacientů. Znamená to, že 1) ještě více než v předchozích kapitolách tu půjde o osobní specifika každého z respondentů a jejich individuální zkušenosti a 2) budeme sledovat reflexi vlastního chování respondentů v komunikaci, včetně případných změn v přístupu.

Soustředíme se tu přímo na perspektivu pacienta, s ohledem na jeho osobnost a jeho zkušenost. Kapitola vývoj byla zařazena proto, že v některých příbězích byla patrná postupná změna v postoji k jednotlivým aspektům hospitalizace a u některých pacientů/ek došlo ke změně chování. Jejich osobní perspektiva a vlastní reflektující přístup dává možnost lépe porozumět důvodům jejich tehdejšího počínání.

Kapitola Vývoj také ukáže, že vyjednávání o povaze vztahu není dáno pouze chováním systému či konkrétních zdravotníků, ale že komunikace se vždy účastní také pacient(ka). Zcela zřejmé to je v případech, kdy se pacient(ka) rozhodne odmítnout některé zásahy, žádá informace, které postrádá nebo prosazuje vlastní cestu. Komunikací je ale i ne-komunikace. Stejně jako existuje ne-komunikace na straně personálu, pacient se účastní vyjednávání i tehdy, kdy akceptuje daný stav, plní požadavky personálu, chová se v souladu s jejich přáními, volí pasivní pozici a ne-vyjadřuje subjektivní postoj.

### Vlastní aktivita?

#### *Ví, co dělá*

Obecně platí, že lékařská profese má ve společnosti vysokou prestiž. Prvním předpokladem pacientů v kontaktu se zdravotnictvím bývá přesvědčení, že lékař „ví, co dělá“ a že dělá to nejlepší. V principu je na tom založena zdravotnická péče jako taková, a díky tomuto předpokladu je funkční.

V postojích pacientů často existuje předpoklad, že existuje nějaká objektivně daná ideální cesta léčby a že nemá význam ji blíže zkoumat, neboť lékař (systém) za všech okolností volí tu nejlepší. Někteří pacienti v našich rozhovorech tak byli primárně nastaveni spolupracovat, poslouchat pokyny personálu a nezabývat se jejich důvody.

*Jiří, 088* Pořád jsem přesvědčen, že doktor má dělat to, co umí a že dělá to, co umí a to, co řekne, tak z větší části považuju, že je to to nejlepší. Takže jsem veškerá ta vyjádření bral za správná.

Jiří to označuje za součást svého rejstříku: nenarušovat probíhající dění a zůstat v ústě k medicíně.

*Jiří, 139* To byla i taková úcta k té medicíně nebo prostě...nekomplikovat, nepřekážet jim v práci. Nedělat... nemám rád, když se nějaká laciná zvědavost...nebo to prostě nepatří do mého rejstříku.

V příbězích jednotlivých žen, které budou popsány později, se opakovaně setkáme s důvěrou, kterou má člověk v pozici pacienta ke zdravotníkovi. Tato důvěra je v některých případech opřena o předchozí zkušenost s daným profesionálem. Zde se však věnujeme důvěře jako automatickému postoji. Jedná se o apriorní předpoklad pacienta, že lékař nebo systém vědí, co dělají. Ten vychází mimo jiné z přesvědčení, že existuje jediné správné řešení (*Já jsem si nějak naivně myslela, že to je správněj postup. Že se to musí takhle dělat. / Já jsem k nim měla důvěru. Já jsem si říkala, tak, a takhle to tady asi chodí.*)

Dalším rozměrem věci je pak případná tendence pacienta účastnit se rozhodování o léčbě. Je zřejmé, že postoje jednotlivců se různí. Lékařka Ester popisuje svou lékařskou zkušenost jako snahu nerozhodovat za pacienta, ale dát mu vždy na výběr. Současně se však často setkává i s tím, že její pacientky si přejí, aby za ně rozhodovala ona. Otázkou zůstává, nakolik je to dáno osobností jednotlivých pacientek a nakolik se jedná o reakci na nastavení vztahů v nemocnici.

*Ester, 402 Dělám to prostě tak, že ji vyšetřím, zeptám se, jak to jde, ještě to snášíte, nebo chtěla byste něco na bolest? A jednám podle toho, co ta žena mi řekne. (...) Pořád si myslím, že většina pacientů řekne, no já nevím, tak to rozhodněte vy.*

Někteří pacienti dokonce můžou nabídku možností vnímat dokonce jako nejistotu lékaře. Tuto variantu zmiňuje zprostředkovaně Kateřina, tak v případě Jiřího, který předpokládá nejlepší rozhodnutí na straně lékaře.

*Kateřina, 294 Je fakt, že třeba teď v nemocnici občas přišla nějaká paní od doktora a povídá, (s údivem), oni nevědí, co mi dát, on se mě na to ptá sám.*

### *Aktivní přístup*

Šimon naproti tomu patří mezi lidi, kteří chtějí mít nad svým životem maximální kontrolu. Je pro něj samozřejmostí mít maximum informací a prostor pro vlastní aktivitu také v otázce léčby. Automaticky submisivní přístup je v jeho případě problematizován zkušeností, že existuje více možných řešení a výběr záleží na osobních preferencích pacienta. Ve zdravotnické komunikaci tak Šimon vystupoval jako její aktivní účastník a také zpětně tento svůj přístup potvrzuje: domnívá se, že lékaři jsou jen lidé, mohou se mýlit nebo mohou mít na stejnou věc různé názory. Šimon se s nimi chce důkladně seznámit a konečné slovo mít ve svých rukách.

*Šimon, 128 Tady je potřeba se s tím doktorem o tom bavit, ptát se ho i trvat si na tom, co si myslím, že by mělo být dobrý udělat. Samozřejmě to nemůže být tak, že pacient si vymyslí tisíc vyšetření a trvá si na nich, ale pokud to má nějak podložený, to znamená, třeba aby na tom řešení se podílelo víc lidí. To je to, co teď vidím. Takovouhle věc...není možný se spolehnout na jednoho doktora. (...) Já jsem vždycky věděl, že ty doktoři jsou jen lidi a každěj je omylněj. Já jsem to vždycky tak vnímal, že tam není žádná záruka, že ten doktor je neomylněj a že vždycky rozhodne správně. Tak to se mi potvrdilo, že je to teda pravda. A o to víc je potřeba si za tím jít a zkusit si to prosadit.*

Šimon, 82 *Já jsem to řekl celkem jasně, já v tomhle směru nemám problém (...) řekl jsem, paní doktorko, já jsem o tom přemýšlel a jsem z toho neklidnej, z tý boule, nemohla byste mě pro jistotu ještě někam poslat? Aspoň na ultrazvuk. A ona řekla, no, taky jsem o tom přemejšlela. (...) A napsala mi ho hned bez větších problémů.*

Nikdo neví, jak by se situace vyvíjela v Šimonově konkrétním případě, pokud by aktivní nebyl. Jednoznačně však jeho aktivita napomohla tomu, že byla stanovena diagnóza (lékaři se zpočátku domnívali, že se jedná jen o hematom a až na základě Šimonova požadavku se ukázalo, že by mohlo jít o zhoubný nádor). Druhou zásadní roli však hrála odborná kvalita chirurga, který prováděl operaci a k němuž se Šimon dostal přes kontakty svých přátel. Tento lékař se rozhodl odstranit nádor i s celým svalem a ne jen jeho část, jak lékaři původně plánovali, a Šimonovi tak zachránil život.

Nelze tak říci, že by aktivita pacienta měla být rozhodující pro průběh léčby. Avšak tam, kde je pro pacienta důležité držet proces léčby „ve vlastních rukách“, je nepochybně důležitá pro jeho osobní pocit, a tím i spokojenost a v dlouhodobém horizontu pro úspěšnost terapie.

Jiří, 116 *(Kdybych do toho nezasahoval), asi by se to odsunulo, ten proces těch vyšetření, o další asi měsíc. A pravděpodobně bych se zase dostal na nějakou chirurgii, a tam by záleželo (...) ke komu bych se dostal. Jako spousta těch zpackanejších operací, kdy chirurgové vyřízli jen kousek a rozletělo se to do toho těla a podobně, je od těch pozůstatků popsaná.*

Z omezeného vzorku našich respondentů by se mohlo zdát, že častým problémem zdravotnické komunikace je (nerespektované) přání pacienta aktivně se účastnit rozhodování o léčbě. Zdá se však, že v praxi je takto aktivní přístup spíše výjimkou. To potvrzuje také lékař Pavel.

Pavel, 133 *Lidi jsou zvyklí nerozhodovat o sobě. Nejsou zvyklí najít si informace a mít zodpovědnost za sebe sama. Takže to vede k tomu, že si to ty doktoři zjednodušují a rozhodují za ně. A pak když jeden z deseti pacientů je jinej, tak těm doktorům to dělá velký problémy, protože s tím vůbec nepočítají.*

### *Nechci odpovědnost*

Tématem spolurozhodování ve zdravotnické komunikaci prolíná otázka odpovědnosti. Pacient, který chce činit rozhodnutí o léčbě, přirozeně nese odpovědnost. Také u pacientů, kteří tento zájem přímo deklarují, se ale objevují okamžiky, kdy by si přáli, aby z nich lékař odpovědnost sejmul. Děje se to zvláště tam, kde je situace nejasná, nejistá a ani lékaři neposkytují jednoznačná vyjádření. To se přihodilo Jitce, když po prvním porodu, který byl veden sekci, měla přání podruhé родit fyziologicky. Vnímala obavy lékařů za takové rozhodnutí se postavit, ale současně od nich nedostávala jednoznačné doporučení, které by jí usnadnilo rozhodování.

Jitka, 068 *Když to hodíš na rozhodnutí těch doktorů, tak to z tebe snímá tu odpovědnost, tu nutnost se k tomu nějak postavit, zvládnout to.*

### Nechci konflikt

S čím se však v našich datech setkáváme opakovaně, je především snaha vyhnout se konfliktu. Ta dominuje ve výše popsaných situacích u Jany, Jiřího, Marie i Evy. Ti se shodně obávali negativní reakce zdravotníků, která by v důsledku dopadla na ně, a proto se snažili vyhnout diskuzi. Zde se o obavách z konfliktu zmiňuje i Helena, která jinak volila aktivnější přístup.

*Helena, 272* *Já ty konflikty nemám ráda. To, že se bráním, ještě neznamená, že mi to nedělá špatně. Nemám to ráda, a kdybych nemusela, tak to nedělám, rozhodně.*

Jiří se na jednom místě rozhovoru přímo vyjadřuje k obavám z nedůvěry personálu. Jde o jeho odpověď na otázku, proč se jako nevidomý nechtěl dotknout své ženy, která byla v umělém spánku, také jinde než jen na dlani a předloktí.

*Jiří, 128* *Spíše ty obavy, abych nezkomplikoval situaci nebo abych nevyvolal u toho personálu nějakou nedůvěru nebo zvýšenou nedůvěru.*

V další části rozhovoru s Jiřím můžeme najít důvody, proč se on ani jeho žena nechtějí pouštět se sestrami do diskuze o kvalitě jejich práce. Uvědomují si, že jsou na jejich péči (zcela asymetricky) odkázáni a obávají se případné podrážděné reakce.

*Jiří, 154* *(Člověk) je skutečně tam odkázán na tu milost a nemilost. A tam je to... tam mi to jako hodně vadí. (...) někdy pohodlnost, někdy i ... blbě se vyspala, blběj den a říkáte si, no tak, co můžu? To by se jen situace ještě zhoršovala. (...) Pozor, pozor, ta si stěžuje! Každopádně by se ještě více ty podmínky zhoršovaly.*

Je zřejmé, že v otázce spolurozhodování o léčbě nebo prosazování vlastního postoje existují na straně pacientů odlišné přístupy a očekávání. Vedle již zmíněného předpokladu, že je lepší nechat vše v lékařových rukách, se v našich příbězích setkáváme také s aktivními pacienty. Pozornost si však zaslouží také třetí možnost, a to jsou příběhy, v nichž se přístup k věci postupně měnil.

### „Dnes to vidím jinak“

Pro tento oddíl vybíráme několik respondentek, v jejichž příbězích se odehrál jistý vývoj. Společným jmenovatelem těchto příběhů je subjektivní kritický náhled na vlastní chování v komunikaci se zdravotníky. Respondentky shodně konstatují, že na počátku měly k celému systému důvěru nebo alespoň automatickou tendenci se ve všem podřídit („byla jsem poslušná pacientka“). Zkušenost je postupně vedla ke změně náhledu, která měla u každé z nich odlišné konsekvence. V jádru všech uvedených příběhů však byl osobní vývoj každé z nich.

Ve zkušenosti šesti žen, jejichž vývoj zmíníme, se odráží především (pro ně překvapivá) zkušenost, že ne vždy je odpověď na otázky léčby jednoznačná, že v mnoha situacích vstupuje do léčby více proměnných, a to jak z lékařského hlediska, tak z jejich osobního pohledu.



Jedná se v naprosté většině o porodní příběhy (pouze v případě Lenky se jedná o hospitalizaci s dítětem).

Porodní příběhy jsou specifické ve více ohledech:

- jedná se o zdravé mladé ženy, které většinou dosud nebyly vážně nemocné, a porod je tak jejich prvním kontaktem s nemocnicí, což znamená, že žena je ve zcela novém prostředí,
- nejde o klasickou nemoc; těhotenství je fyziologický stav, pacientky se necítí nemocné, ale současně s nimi systém nakládá jako s pacientkami,
- proces porodu není možné oddálit, zastavit či zpomalit; žena je v situaci, kdy nemůže z nemocnice odejít a vnímá svou naprostou závislost na personálu,
- jedná se nejen o ženu, ale i o nenarozené dítě; žena nečiní rozhodnutí výhradně o sobě, ale i o dalším člověku, což dále problematizuje případné rozhodování,
- v neposlední řadě jde o zásadní prožitek nové životní situace a nového životního vztahu (s dítětem), který situaci činí specifickou a ženu mimořádně zranitelnou.

### Marie

Marie konstatuje, že v době před porodem měla setrvale tendenci dělat, co od ní lékaři a sestry žádali, „protože se to tak dělá“ nebo „aby byl klid“. Její primární motivace tedy spočívala v ne-vybočování, které jí mělo zajistit klidný průběh a vstřícnost personálu během porodu.

*Marie 1, 011 Chodila jsem i k tomu doktorovi spíš proto, že se to prostě dělá, že oni to žádaj.*

Marie dále mluví o své automatické tendenci následovat pravidla uvnitř nemocnice (zde situace po porodu).

*Marie 2, 158 V šest tě vzbuděj rozhlasem, maminky, změřte si teplotu. V šest, to je pro mě hrozně brzo. (A když slyšíš tohle, rozhlasem...?) Říkám si proč, proboha. Proč mě nenechaj na pokoji? (A změříš si ji?) Změřím, samozřejmě. (Proč?) Jak jako proč? (Změřila by sis ji doma?) Ani by mě to nenapadlo. (Proč si ji změříš?)*

*Protože si říkám, že asi maj k tomu nějaký důvod a chtěj to po mně. Ani mě nenapadne přemýšlet nad tím, proč to vlastně chtěj. Myslím si, že to je opruz, ale změřím si ji. Protože tam je nějaký řád, nějaký pravidla a já určitě mám pocit, že je musím dodržovat. Aby byl klid.*

Marie se při kontrolách v porodnici koncem těhotenství dostala do konfliktu s lékaři. Jeho základem bylo nakonec Mariino osobní rozhodnutí doporučení (vyvolání porodu) nenásledovat, protože je subjektivně považovala za příliš riskantní pro sebe a pro dítě. Jeden z lékařů opakoval, že dělá chybu, druhý se jí dotazoval na vzdělání a dovolu manžela. V rozhovoru opakovaně konstatuje, že se cítila nekomfortně, nesouhlasila se způsobem, jakým lékaři činili rozhodnutí, a přála si, aby už se s nimi nemusela znovu setkat. Přicházející porod však byl nevyhnutelný. Marie komentuje většinu komunikačních situací s hořkostí a lítostí nad tím, jak proběhla poslední fáze těhotenství. Současně říká, že tam, kde považovala chování lékaře za necitlivé, sama nic neřekla, nesnažila se jej konfrontovat.

Po konfliktu ohledně vyvolání porodu se Marie cítila špatně. Současně prožívala vnitřní boj o to, zda neměla svoje emoce projevit.

*Marie 1, 022 (Jak ses cítila při takovém rozhovoru?) Strašně, úplně strašně. Říkala jsem si, že jsem se měla rozbrečet už tam, takhle jsem se rozbrečela, až když jsem vyšla ven.*

*Já jsem byla úplně vyřízená. (...) Já jsem tam seděla, zadržovala jsem pláč.*

Podobně se situace opakovala poté, co primář oddělení při předporodním vyšetření provedl u Marie Hamiltonův hmat. Marie se neohradila a vůbec o tom s lékařem nemluvila, přestože jí situace byla nepříjemná. Konstatuje, že konfrontace není její povaze blízká.

*Marie 1, 029 Já jsem mu to pak teda neřekla – já nejsem člověk, kterej v těchhle situacích by reagoval přiměřeně, tak jak bych si představovala.*

*(Čím to je? Kdyby to nebyl doktor, ale někdo jinej by ti dělal něco, co nechceš...) Určitě to bylo tím, že jsem věděla, že se o mě potom bude starat. Že tomu člověku jseš opravdu vydaná napospas. Určitě jsem s ním nechtěla být v konfliktu. Když jdu rodit, tak nechci s nikým být v konfliktu.*

Potvrzuje se, že Marie především nechtěla být v konfliktu. Vyvolání porodu vnitřně odmítala, ale současně věděla, že osobně by spor s lékařem dlouho nevydržela. Snažila se proto situaci vyřešit tak, aby se vyhnula jak vyvolání, tak případným dalším sporům. Současně ale zmiňuje, že se jednalo a výjimečně vzepětí a kdyby porod do dvou dnů nenastal, znovu by to nedokázala

*Marie 2, 044 Já jsem se od té doby snažila uspišit porod. Abych se vyhnula vyvolání porodu. (Nebylo to proto, abys nezabila svoje dítě?) Ne, abych se vyhnula vyvolání porodu. (Mělas nějakou jinou možnost?) Ano, měla jsem možnost se úplně vykašlat na doktory všechny, prostě tam nechodit. Nebo tam chodit a všechno to snést a trvat dál na tom, že se nebude vyvolávat porod. Ale já jsem věděla, že bych to potom už neustála. Ale nechtěla jsem na to jít.*

Nakonec se Marie rozhodla nabízené vyvolání porodu prozatím odmítnout (v příštích dnech už to nebylo nutné, protože porod se mezitím rozběhl). Pokusila se vzít věci do vlastních rukou a psychicky se připravit na nesouhlas lékaře. Současně se snažila, aby porod začal přirozeně.

*Marie 2, 027 Po tý první zkušenosti (pozn.: po prvním konfliktu s lékařem ohledně vyvolání porodu), jsem se sama dívala na internet, bavili jsme se o tom s Pavlem. Dívala jsem se na stránky nějakých klinik v Americe. Dívala jsem se ještě na WHO stránky. Prostě jsem si hledala informace o tom, kdy se doporučuje vyvolat porod. (...) Pro mě to byl agresivní zásah do něčeho, kde jsem si myslela, že není potřeba do toho zasahovat. Protože nebyl žádný problém. A kromě toho jsem věděla, co jsem četla, že by to vyvolání mohlo ty komplikace právě způsobit. A určitě bych se toho vyvolání bála. Co vím, tak spousta ženskéjch říká, že to je*

*potom intenzivnější, rychlejší, horší. Snažila jsem se dělat všechno pro to, abych začala rodit normálně.*

Mariinou zkušeností se jako leitmotiv prolíná obava z konfliktu. Touto obavou Marie vysvětluje, proč se ve chvíli, kdy ji primář druhý den po porodu na vizitě konfrontoval s událostmi předchozího dne, nijak nebránila a nežádala důrazněji, aby primář svůj spor s jejím manželem řešil bez ní. Konflikt v situaci závislosti si neuměla představit. Znamenalo by to narušení stávajícího rozložení sil, což by mohlo přivodit rozčarování na straně personálu, a tomu se Marie chtěla vyhnout.

*Marie 2, 193 Je jasný, že když jsi s těma doktorama nebo zdravotníma sestrama ve při, tak máš obavu...ne, já nemůžu říct, že bych měla obavu, že se o nás nepostaraj, to určitě ne. Ale je strašně nepříjemný být v kontaktu s lidma, se kterýma jednáš o něčem velice osobním a jsi s nima vlastně na nože. A potřebuješ je, určitě. Opravdu jsi jim vydaná napospas. (...)*

*Vlastně bez jejich pomoci nejsi schopná nic a s takovýma lidma se nemůžeš pouštět do konfliktu. Nebo pokud se pustíš, tak myslím, že většina lidí cítí nějaký ohrožení. Který tam třeba reálně není.*

Marie sama připouští, že její obavy se nemusejí zakládat na pravdě a že by personál ji ani dítě ve skutečnosti nijak nepoškodil. Jedná se tu spíše o psychologickou potřebu bezpečí v komunikaci, kdy pacientka vnímá, že je na péči personálu závislá a nechce křehkou rovnováhu narušovat. Zde Marie odpovídá na otázku, proč nechtěla být s lékaři v konfliktu.

*Marie 1, 031 Proč? Protože je to strašně nepříjemný. Protože je to strašně intimní věc. S těma lidma najednou sdílíš úplně nepřírozně ty nejintimnější věci. A ještě mám řešit s ním nějaký konflikty? Takže jsem to radši skousla.*

Vzhledem k průběhu předporodních vyšetření a komunikace s primářem po porodu Marii v závěru příběhu zůstává jen hořkost. Ta pramení z ponížení, které celý příběh uzavřelo, ale také z pocitu bezvýhodnosti v situaci závislosti a z vlastní pasivity. Současně se však proměnil její subjektivní pohled: v dané situaci se podřídila, případně doma plakala, až na odmítnutí indukce byla submisivní. Zpětně však reflektuje své tehdejší potřeby a svá práva a během rozhovoru je chováním zdravotníků viditelně pobouřená a vnitřně se proti němu vymezuje.

*Marie 2, 029 (pozn.: o primáři, který provedl Hamiltonův hmat bez varování) A myslím si, že zrovna on je člověk, kterej tohle nemá zapotřebí.*

*Marie 2, 188 (pozn.: o rozhovoru na vizitě po porodu) Myslím si, že tohle bylo divadlo před ostatníma. Exemplární příklad. Nebo já nevím co. To je přece tak krutý!*

*Marie 2, 061 (pozn.: o odmítnutí indukce) A ještě jsem si říkala, proč jim to tak strašně vadí?*

*Marie 2, 201 A to jsem nebyla nemocná! Byla jsem zdravá, miminko bylo zdravý, všechno bylo bez komplikací. A přitom to byl jeden nepříjemnej zážitek za druhým. A vůbec o nic nešlo!*

## Eva

Zpětnou reflexi hospitalizace můžeme sledovat také v rozhovoru s Evou. Eva mluví o zásazích, které nebyly v souladu s jejím přáním nebo dokonce proti její vůli. Současně však Eva svou vůli v naprosté většině neprojevila natolik razantně, aby ji prosadila. Platilo to jak pro první porod v Německu, tak pro ten druhý, v Česku.

Eva, 205 *Ty ostatní maminky v tom Německu byly naučeny víc jako říkat si. Když něco potřebovaly, tak si řekly. A já jsem spíš prožívala takový to, jů, a to můžu? Prostě jsem víc měla tendenci jen poslouchat.*

Eva, 134 *My jsme hrozně takoví... ono se to hodně projevilo pak u toho druhého porodu. Že jsme takoví...neassertivní, bych řekla. Jsme hodně naučený poslouchat tu autoritu a míň si jako říct, jak to chceme. A v tom Německu je to hodně nastavený na to, jestli něco chceš, tak si o to řekni. My ti vyhovíme, když to půjde.*

Eva se zpětně dívá na svůj postoj jako na neopodstatněné odevzdání se. Připisuje to momentálnímu oslabení v souvislosti s porodem. Eva svůj prostor nebránila. Jak říká: 1) byla od počátku nastavená na to, že ji někdo bude řídit, 2) byla oslabena situací porodu a 3) při porodu v Česku ji k submisivitě přiměla také jistá samozřejmost, se kterou její vůli ignoroval celý systém, od lékaře na předporodním vyšetřování, přes sestru na příjmu po režim nemocnice.

Eva, 143 *Ale ono je to hrozně emotivní, tam veškerá racionalita jde úplně stranou. Porod je hrozně emotivní. Rozhodně jsem u toho racionálně nemyslela na to, co bych jo - ne...*

Eva, 125 *Já jsem se nechala znásilňovat. I u toho druhého porodu. (Proč u tohoto prvního?) Já mám pocit, že všechny síly mi v tu chvíli bere ten porod a to dítě a já v tu chvíli jsem v oslabení a nemám sílu jakkoli bojovat se svým okolím.*

Při dalším Hamiltonově hmatu během předporodního vyšetření se Eva bránila jen velmi chabě a neúčinně. Lékař na její pokus nereagoval, a tím diskuze skončila.

Eva, 249 *Když jsem byla na tý koze a on se díval na dítě tím sonem a potom že mě zase vyšetří vnitřně a zase to začalo bolet, když byl uvnitř prstama, tak já jsem řekla, ale to už jste posledně dělal. A on mi odpověděl, toho není nikdy dost. Co na to můžeš říct?*

Zkušenost se zásahy ze strany lékaře vedla u Evy k pocitu bezmoci: člověk, jemuž se svěřila do rukou, provedl zásah, který rozhodl o dalším dění, a udělal to způsobem, který Eva neočekávala. Její reakcí nebyl odpor, ale stažení se a rezignace, které celkově odpovídají jejímu osobnostnímu nastavení. Lze tu znovu zaznamenat skutečnost, že účastníky vyjednávání o povaze vztahu jsou oba, lékař i pacient. Zvolený lékařův postup byl poměrně razantní a pro další vývoj komunikace bylo určující také to, že Eva jeho postup navenek nerozporovala.

Eva, 263 *(Cos cítila?) Hroznej vztek na něj, že mi dělá něco, co já nechci. On se rozhodl, že porodím a prostě bez mého souhlasu si to jede. A já jsem s*

*tím absolutně nebyla ztotožněná. Já jsem k tomu měla hroznej odpor, ale zároveň jsem se nedokázala proti tomu bránit.*

Eva, 257 *...pak už jsem jenom doma brečela. (Brečelas i u něj?) Ne, já to mám tak, že když mi někdo opravdu ublíží, tak se jako stáhnu dovnitř a už se nebráním a chci od něho pryč, od toho člověka.*

Postupem času Eva nahlédla do fungování systému porodnice a rozhodla se skrze jeho vlastní předpisy získat pro sebe maximum. Součástí jejího postupu tak začalo být i jisté strategické plánování.

Eva, 311 *Já jsem věděla, že když budu chtít rodit do vany, tak že budu od začátku v té místnosti s tou vanou, a ne v té „hekárně“ nebo jak se tomu říká. Vlastně já jsem moc do vody rodit nechtěla. Ale věděla jsem tohleto. Já jsem tam byla na návštěvě. A tam jsem si to odpozovala. Takže proto jsem si prosazovala, že chci rodit do vody, byť jsem to tak necítila úplně.*

Následovala dříve popsaná situace přijetí k porodu, kdy Eva v komunikaci se sestrou opakovaně prosazovala možnost být s partnerem, který ji k porodu doprovodil. V této jednotlivé otázce Eva neustoupila a opakovanými argumenty prosadila své přání.

V okamžiku porodu, kdy se znovu setkala s lékařem, na nějž měla traumatickou vzpomínku, se však zopakovala situace, v níž se Eva vůli lékaře podřídila. Lékař měl jasný požadavek ohledně polohy při porodu a představu o ideální míře zásahů do jeho průběhu. Hořkost, s jakou Eva zpětně na druhý porod vzpomíná, nepramení principálně z rozdílnosti jejich názorů, ale z komunikace, v níž Eva zcela rezignovala na své představy. Dnes to Eva interpretuje jako moment podvolení se násilí.

Eva, 338 *To byl moment toho největšího násilí. Já jsem to možná úplně nevyjádřila, ale pořád jsem měla tendenci slézt z té kozy dolů. A on pořád ne, musíte dát nohy od sebe. Jenže já je dávala k sobě, protože jsem chtěla slézt z té kozy dolů. Mě to nutilo do dřepu jít. A pak se stalo, že Jenda taky řekl, miláčku, tak je tam dej. I když věděl, že to nechci. A to byl moment, kdy jsme podlehli a já jsem řekla, tak dobře, když slibuje, že to bude rychlý...tak já je tam teda dám. Tak jsem to teda udělala a on tam dostal krásně ten výhled a začal mi tam hrabat a to už jsem ho měla plný zuby a řekla jsem mu prostě, že NE. Nevím, jestli jsem použila nějakou celou větu, ale jasně jsem mu dala najevo, že teda, ať už na mě nehrabe. A on to pochopil. A dal ruce pryč. Na to moje NE zareagoval. A pak když ten Ondřej šel ven, tak měl tendenci do mě hrabat, že tudy má jít to dítě. A já už jsem nějak neměla sílu zase mu říkat... nebo jsem měla dojem, že to nemá smysl, že on stejně má svou představu, a tu bude na mně realizovat. Byla jsem rezignovaná v tu chvíli. Přistoupila jsem na tu jeho hru, že slíbil, že to bude rychlý. A pak jsem přistoupila i na to, že mi píchli vodu. Já jsem to nechtěla, ale když s tím přišli potřetí, že mi píchnou vodu, tak jsem řekla že jo. Tak mi... píchli vodu, no (v hlase je slyšet smutek).*

V případě Evy došlo k proměně náhledu a několika pokusům o obranu vlastních potřeb. Další a další rezignace ji však vedly k celkovému pocitu zklamání a prohry.

*Eva, 319 Ona šla tvrdě proti mně (pozn.: sestra u příjmu k porodu).*

*Ale já jsem věděla, že za tohle budu bojovat. Protože to byla jedna z věcí, která pro mě byla hrozně důležitá, že tam bude můj muž se mnou. Takže jsem se nehodlala vzdát bez boje. Nicméně jsem měla takový stavy, jak se mi sevře hrdlo a mám tenounkej hlásek. Ale povedlo se, měla jsem takovej pocit hrdosti. Nakonec jsem si vybojovala ten prostor s tou vanou, tam jsme si zalezli a modlila, jsem se, aby mě co nejdýl nechala na pokoji.*

Zpětně se ukazuje, že Eva přišla k porodu s některými jasnými představami o jeho průběhu (přítomnost manžela, prostor pro vyjádření vlastních přání ohledně zásahů), které mohly pramenit z dřívější zkušenosti. První porod se totiž odehrál v Německu, Eva tam zažila odlišný přístup, více zaměřený na její přání. Také to mohlo být důvodem šoku, který prožila u druhého porodu. Evě tak zůstává přesvědčení, že jako žena by měla mít možnost průběh porodu ovlivňovat, a současně zkušenost, kdy uvnitř zcela odlišného diskurzu nedokázala svou představu prosadit. Pro třetí porod, který se odehrál po rozhovoru, Eva důkladně vybírala porodnici a zajistila takové podmínky, které splňovaly její potřeby.

### Zuzana

Zuzana porodila předčasně a byla od syna oddělena. Její vyjádření dává porozumět, v jakém psychickém rozpoložení se může pacientka po předčasném porodu nacházet. Jako zatěžující se ukazuje oddělení rodičů od dětí, i když sestry (a systém, jak je nastaven) se domnívají, že by si pacientky potřebovaly především odpočinout.

*Zuzana, 023 (Prožívalas to nějak vědomě, že ti nějak chybí?) Jo. A ještě ten pocit viny, že jsem ho porodila moc brzy, že on je teď chudinka někde sám, že to je moje vina a ničila mě ta představa toho ubohýho tělíčka v tom inkubátoru. Že je tam zavřenej sám a že mi to vadí. Já vlastně tu první noc celou probřečela, já jsem nespala, že bych si jako odpočinula, že se nemusím starat. Já jsem brečela a chtěla jsem za ním.*

Zuzana zpětně konstatuje, že jí v dané situaci a v prostředí nemocnice nedocházelo, že by mohla reálně být se svým dítětem a pečovat o něj. Automaticky akceptovala systém, v němž měla být od syna oddělena na několik dnů, jak bylo v nemocnici standardní. Po rozhovoru se sestrou, která jí poradila, aby požádala o propuštění, se změnil její náhled na vlastní kompetence, i její chování.

*Zuzana, 019 Mě to hrozně štvalo, že za ním nemůžu a nenapadlo mě, že to jde i jinak!*

*A taky, možná to bylo tím stavem, mně nedocházelo, že by mě za ním nepustili ještě tři dny. Já jsem věděla, že teď s ním chci být. A nesečvaklo mi, že by to bylo těch 72 hodin. Takže ona mi otevřela oči.*

*Taky když jsem se na něj byla podívat, tak mě ani nenapadlo, že jako matka tam můžu být nějak funkční. A ona mi najednou řekla, že se o něj můžu starat. Až pak mi to došlo, jak jsem byla blbá, že jsem předpokládala, že to nejde, asi jak jsem tam viděla těch deset inkubátorů a ty sestry v tý kukani.*

Zuzana se během těžké noci a prvního dne po porodu přesunula od postoje „jinak to nejde“ k vlastní aktivitě. Její pocit autorství probudila sestra, která upozornila na potřeby její a dítěte.

### Jana

Zřetelným vývojem v náhledu na vlastní komunikaci během hospitalizace prošla Jana. Její první a zatím jediný porod pro ni byl traumatickou zkušeností, což přímo souviselo s komunikací se zdravotníky. Postupně Jana došla k závěru, že má smysl změnit postoj a napříští si stát za vlastním přesvědčením.

Zde Jana popisuje své prvotní nastavení:

*Jana, 021 Tenkrát já jsem asi nebyla schopná se koukat nějak konstruktivně na tu situaci. To bylo takový celý hrozně zmatený. Kdyby to byl druhý porod, tak bych to viděla jinak, ale tenkrát jako prvorodička jsem nevěděla, jak to jako má být, nebo nemá být. A byla jsem taková vystrašená.*

*Jana, 009 Já jsem byla samozřejmě taková ta poslušná prvorodička, takže jsem absolvovala úplně všechno, co mi bylo řečeno.*

Podobně jako další respondentky, také Jana zpětně konstatuje své prvotní omezení, neschopnost se zorientovat a dívat se na věci konstruktivně. Připisuje to nejen složité situaci kolem porodu, jemuž předcházelo dlouhodobě rizikové těhotenství, ale také své primární neznalosti.

Za součást psychického stresu Jana považovala množství vyšetření, která jí přinášela stres; jejich výsledkem nebyla spokojenost s dobrým vývojem, ale opakované sdělení, že pro tuto chvíli se těhotenství vyvíjí dobře, ale v budoucnu to tak být nemusí. Množství absolvovaných vyšetření Jana zpětně považuje za zbytečné a dokonce škodlivé. Svou tehdejší „poslušnost“ připisuje neznalosti a vlastnímu osobnostnímu nastavení, kterým je snaha vyjít druhým vstříc a nevybočovat z řady.

*Jana, 031 Já jsem fakt připravená vůbec nebyla. Já jsem vůbec nevěděla, na co mám právo, na co nemám právo nebo jak by to mělo, nemělo být. Jak by to mohlo, nebo nemohlo být. Já jsem dělala, co se mi řeklo.*

*Jana, 033 Rozhodně si myslím, že ta doba po tom porodu byla z naší strany dost podceněná v tom smyslu, že Sára byla sama asi den a půl. A že vlastně ani Kubu za ní moc nepustili. Což zpětně vnímám jako velkou chybu, že se to dalo nějak vyřešit. Ona byla v podstatě v pohodě a čekala na mě, až já budu schopná se o ni postarat. Já si myslím, že Kuba mohl být s ní hospitalizovaněj. Ale já si nemyslím, že on se s nima nějak vyloženě hádal. My jsme byli prostě taková nepřipravení a nezkušení.*

*Nikdo mu to nenabídl. Rozhodně s ní mohl být nějak víc a určitě by to šlo nějak vyřešit.*

Jako naivitu dnes Jana vnímá i svou reakci okamžik, kdy jí porodní asistentky sdělily, že „kolegyně jí pomůže“. Jana byla nezkušená a neuměla si představit, v čem taková pomoc spočívá. Domnívala se, že jí sestra bude podporovat nebo jí podepře záda. Ve skutečnosti došlo k tlačení lokty na břicho. Jana se za svými tehdejšími domněnkami ohlíží s hořkým úsměvem.

*Jana, 037 Oni mi neřekli, co dělají, oni mi řekli, že mi kolegyně pomůže. Což jsem odsouhlasila. Neřekli mi, jakým způsobem. Ale já jsem se ani neptala, jakým způsobem. Nebyla jsem v tu chvíli schopná se doptat, co to přesně znamená. Protože mi přišlo, že když mi chtějí pomoci, tak na tom nemůže být nic špatného. (směje se) (Proč se teďka směješ?) Protože to je úplně blbá domněnka, žejo. (Je to blbá domněnka? Bylo to špatně?) Že mi lehli na to břicho? No to si myslím, že bylo. Protože jsem měla rupturu dělohy čtvrtého stupně a natržení konečníku. A myslím si, že můžu být hodně ráda, že to v uvozovkách dopadlo jenom takhle. A stojím si za tím, že kdyby mi to neudělali, tak bych to takhle moc neodnesla.*

Dnes Jana nahlíží na své tehdejší rozpoložení kriticky. Současně je zřejmé, že po přestálých zkušenostech, je její pohled odlišný od tehdejšího.

*Jana, 034 ...že můžu během toho porodu být v nějaký poloze, která je mi třeba příjemná, a ne v těch, co mi říknou. Tak třeba tohle, na to jsem se vůbec nepřipravila.*

*Jana, 021 Já jsem byla celou dobu nastavená jako poslušná pacientka. To už teďka nejsem, teď už to vnímám jinak.*

Po narození dcery Jana setrvala v porodnici standardní dobu 72 hodin. Poté přišlo (pro Janu překvapivě) tvrzení lékařů, že dcera by mohla dostat novorozeneckou žloutenku. Jedna lékařka Janě dokonce sdělila, že riziko žloutenky trvá dva týdny a po celou dobu by měla být s dítětem v porodnici. Jana byla přesvědčená, že v péči obvodní lékařky je schopná se o dítě postarat i doma, a chtěla nemocnici opustit. Důvodem, proč to neudělala, byla opět její snaha nenarušit komunikační rovnováhu, neupozorňovat na sebe a udělat, co se očekává. Snažila se splnit požadavek sester, aby dítě vyplilo určené množství mléka v určený čas, což bylo spojeno se značným stresem.

*Jana, 127 Já jsem zvyklá plnit tu roli, dělat prostě to, co se ode mě očekává, a tohle bylo hrozný.*

*(Nebyl tam nějaký protest z tvoji strany?) Nebyl. Já jsem se ohradil jednou, ty pediatričce, co nás tam chtěla nechat dva týdny, ale jinak prostě jsem všechno akceptovala. Je to hrozně blbý.*

Nakonec Jana přistoupila na „preventivní“ celodenní pobyt dcery pod lampou, přestože argumenty pro ni nebyly přesvědčivé. Lékař jí však přislíbil následné propuštění, což bylo



pro Janu jediným motivem. Jana tohoto kroku zpětně lituje. Chtěla své dítě utiшит, když plakalo, a nakojit, když to bude třeba, ale to podle režimu oddělení nebylo možné.<sup>41</sup>

*Jana, 119* *To byla hloupost, že jsem s tím souhlasila. Bylo to nepříjemný hlavně v tom, že jsem slyšela, jak ona tam pláče a nesměla jsem k ní. (Proč jsi nesměla k ní?)*

*Protože ona prostě plakala. A já bych ji v takovém případě chtěla chovat. Takže by na ni nemohli svítit. Tak mi řekli, že tam nemám chodit. (...)*

*A hlavně jsem ji mohla kojit, jen když mi ji přinesli, když uznali, že je vhodný, aby se nakojila. A bylo mi řečeno, že ona musí vypít nějakých 40 ml, aby tam pak pod tou lampou nějakou dobu vydržela. Aby neměla hlad moc brzo. Mně to teď přijde strašně směšný. Ještě mi na to dali hrozně málo času, asi čtvrt hodiny. Takže já jsem pokaždý byla vystresovaná, aby ona vypila tolik, kolik má, během toho času, kterej má. A bylo mi to hrozně nepříjemný.*

Jana den světelné terapie své dcery prožila ve stresu. Současně pro ni však znamenal proměnu v uvažování.

*Jana, 133* *Souhlasila jsem s tím. Říkala jsem si, že asi je to dobře. To byla moje blbost. Kdybych byla řekla, ne, pusťte mě hned, tak bych mohla odejít.*

*(Bála ses odejít, že bys ji nějak poškodila?) No, to ani ne, spíš jsem měla strach, že dělám něco jinak, než je standardní. To je asi můj celoživotní boj, že dělám věci tak, jak se prostě dělají. Až dnes, kdy jsou Sáře skoro dva roky, tak občas vnímám, že dokážu věci dělat tak, jak si myslím, že by měly být a ne, jak se očekává. Díky Sáře jsem se tohle naučila, dřív to tak nebylo. V tom jsem se trochu posunula. Že dneska mi to přijde komický, teď bych se v těch situacích chovala jinak. Tehdy jsem to prostě nedokázala a neuměla.*

Janiny vzpomínky jsou spojeny s pocitem rozčarování z absurdity tehdejší situace. Jako by při zpětném pohledu bylo obtížné uvěřit, že něco takového bylo možné. V následujícím úryvku Jana mluví o žádosti sester na oddělení šestinedělí, aby novorozené dítě bylo trvale v postýlce. Také tento svůj tehdejší přístup ke komunikaci vnímá kriticky, dokonce jej nazývá „pomatením smyslů“.

*Jana, 028* *(A diskuse o tom nějaká neprobíhala?) Neprobíhala. Ale neříkám, že by nemohla. Ale v tu chvíli jsem sklapla a poslechla. (...)Já jsem byla v takový euforii, teď se tomu fakt směju. Já jsem si opravdu říkala, ale to je hezký, že mě nechali, abych si ji pochovala! (směje se) Když jsem ležela po porodu na JIPce, tak oni mi ji nosili po třech hodinách. Tak dneska bych z toho úplně zešilela. A tenkrát jsem říkala, je, to jste hodná, že mi ji nesete, že se na ni můžu podívat! Děkuju. A máme*

---

<sup>41</sup> Pozn.: toto opatření je dáno režimem porodnice. V některých porodnicích umisťují dítě, které podstupuje světelnou terapii, do inkubátoru na jednolůžkovém pokoji, kde je matka stále s ním a může ho utiшит, kdykoli je třeba. Po zbytek času pak dítě spí „pod lampou“.

*kolik, pět minut nebo kolik času? A prostě jsem byla úplně... já nevím, to bylo nějaký pomatení smyslů.*

S pocitem absurdity se Jana svému tehdejšímu počínání směje. Současně u ní lze sledovat postupující obhajobu svých práv, vlastních rodičovských kompetencí a schopnosti postarat se o své dítě. Ta byla personálem v porodnici (pravděpodobně nevědomky) opakovaně zpochybněna. Dnes je Jana zřetelně přesvědčená o nesmyslnosti počínání sester a odmítá aplikaci tabulkového systému na novorozence, již čelila. Z domova, místa mimo nemocnici, mluví o komunikaci s personálem se zřetelným odstupem. V jejích slovech je znát i jisté pobavení nad požadavky sester.

*Jana, 138 (Ty ses smála před chvílí, že chtěli, aby dítě vypilo 40ml... proč ses smála?) Mně přijde hrozně vtipný, že někdo, koho se to vůbec netýká, si myslí, že ví, jak je to nejlepší. Kojení je prostě o tom, že já kojím svoje dítě. A najednou mi sestra řekne, že pro to dítě bude nejlepší, když vypije čtyřicet mililitrů za patnáct minut po třech hodinách! To je přece opravdu strašně komický!*

*(Co je na tom komického?) No, že ona to přece vůbec nemůže vědět (směje se). To dítě přece samo ví, kdy se potřebuje najíst. A tak začne brečet, aby dostalo najíst. A sní přesně tolik, kolik potřebuje, aby mu bylo dobře. A aby mělo ...já nevím, aby mělo hezký dvě hodiny, kdy nebude hladový, a pak se ozve znova. A ne aby bylo hodinu nafutrovaný, ale vydrželo tři hodiny pod lampou. To je přece úplněj nesmysl. Mně to přijde prostě úplně praštěný!*

Jana předpokládá, že podoba komunikace se zdravotníky i veškerý vývoj událostí byl dán jejím pasivním postojem. V okamžicích zásahů se neptala, zda jsou nutné, a doufala, že vše probíhá v režii druhých tou nejlepší cestou. V případě požadavku sester, aby si dítě uložila do postýlky na monitor, nevedla žádnou diskusi a při oddělení od dítěte po porodu se ona ani její manžel nepokoušeli o změnu. Z toho důvodu byla jejich dcera o samotě, čehož dnes Jana zpětně lituje.

Dnes je Jana přesvědčená, že případné další těhotenství a poporodní péče mohou probíhat jinak. Předpokládá, že je to do značné míry v jejích rukách, a význam, který minulým událostem přisuzuje, ji vede k odhodlání vystupovat napříště aktivněji v souladu se svými potřebami. (Například by nepodstupovala některá neopodstatněná vyšetření a zásahy.) To odpovídá jejímu osobnostnímu nastavení i jejím představám o podstatě zdravotnické péče.

*Jana, 060 Prostě nepodstupovala bych tolik vyšetření, který nejsou nutný.*

*(Jak bys to udělala, že bys je nepodstupovala?) Já myslím, že by to nebyl problém, že bych se s tou svojí gynekoložkou normálně domluvila, že o tohle nemám zájem. Já myslím, že to byl problém můj. Já jsem si o to neříkala. Nikomu to nezazlívám, to byl můj přístup. (...)*

*(Umíš si představit, že bys byla hospitalizovaná a odmítala vyšetření?) Jo, asi docela jo. Teďka si myslím, že by to šlo. Takže představit si to dokážu.*

Jana, 035 *Oni mi udělali tu... expresi, že mi lehli na to břicho. Tak to je třeba věc, kterou kdybych věděla, kdybych věděla, kdybych na to byla připravená, tak bych nedovolila, aby se to stalo.*

### Libuše

Také Libuše přisuzuje svůj prvotní podřízený postoj tomu, že slepě důvěřovala systému. To byl jeden z důvodů, proč nevstoupila do otevřeného konfliktu se sestrami, jež určovaly rytmus návštěv a kojení. Dlouho se nacházela ve stavu, kdy její novorozené dítě bylo v inkubátoru na nemocničním oddělení, ona se ho za stanovených podmínek marně snažila kojit a po celou dobu za ním dojížděla z domova. Dnes se domnívá, že byla naivní a neprohlédla skutečnou necitlivost systému. Předpokládala, že co sestry dělají, je správné, a chyba (neúspěšný začátek kojení) se děje na její straně.

Libuše, 112 *Já jsem si nějak naivně myslela, že to je správněj postup. (...) Že se to musí takhle dělat. A že ten problém je jen ve mně, že to pořád nejde. Myslela jsem si, že ten systém je nějak nastavenej a že to asi dává smysl. Jenže ono nedávalo. (...) Já jsem dala víc na ně než na sebe.*

Postupně Libuše začala přemýšlet o tom, jak pro sebe a své dítě zajistit vhodné podmínky, navzdory systému. Byla přesvědčená, že pokud chce začít úspěšně kojit, nemůže dítě krmit z lahve, ani ho kojit ve tříhodinových intervalech. Kojení pro ni bylo velmi důležité nejen z osobních psychologických důvodů, ale také proto, že pomáhá nedonošenému dítěti ke zlepšení jeho fyzické kondice. Postupně začala falšovat zápisy množství vypitého mléka v tabulce, aby dosáhla přemístění na pokoj. Tam mohla postupovat vlastní cestou, protože sestry tam neměly plnou kontrolu nad jejím počínáním.

Libuše, 100 *(Pak se něco zlomilo, něco se stalo?) Jo, to jsem jim začala lhát. Protože jsem pochopila, že když to budeme dělat tak, jak oni chtěj, tak se odtamtud nikdy nedostaneme.*

Libuše, 101 *Oni chtěli, abych krmila flaškou, ale já jsem nechtěla, protože jsem se bála, že by to zlikvidovalo to kojení. Tak jsem si řekla, že to risknu. Že zfalšuju to, že dobře pije, že dobře kojím. Že kojím čím dál tím víc. Tý flašky dám míň, aby byl trochu víc hladovej, ale dosáhnu tak toho, že nás dají na ten rooming-in. Vlastně jsem předpokládala, že se rozkojím ve chvíli, kdy ho budu mít u sebe.*

*(A stalo se to?) Stalo se to.*

Libuše, 109 *Byla jsem jediná z těch matek za historii toho oddělení, která plně kojila. Všechny o to mlíko postupně přišly tady v tom systému. Bylo to podle mě tím, že měly ty flašky a jednak prostě kojit po třech hodinách se nedá. Já jsem Viktora totiž taky tajně přikládala častěji, aby se to mlíko spustilo. Tam byly takový papíry, kde se muselo psát, kolik jsem kojila. A ony za mnou na ten rooming-in moc nechodily, takže jsem kojila třeba po hodině, jedno prso, druhý prso a na ten papírek jsem psala něco jinýho.*

Na otázku, jestli sestry věděly, co systém oddělení dělá s matkami dětí a výhledem kojení, odpovídá Libuše, že podle ní jim to „bylo ukradený“. Sama prožívala konflikt mezi vlastním přesvědčením, že za použití správných postupů může kojit své dítě, a striktním nastavením systému. Ten vzbuzoval pocit, že chyba je v ní a že je třeba se podřídit. Celý vývoj Libuše znamenal dlouhý vnitřní boj, na jehož konci stálo přesvědčení, že musí důvěřovat sama sobě, přestože nemá jistotu, že postupuje správně.

### Lenka

Také Lenka měla v počátcích hospitalizace s dcerou naprostou důvěru v pečující systém. Všechny pochybnosti zaháněla tím, že přesvědčovala sama sebe o tom, že vše je, jak má být. V první části hospitalizace hledala sama pro sebe důvody, proč do procesu nezasahovat.

*Lenka, 104* *Já jsem k nim měla důvěru. Já jsem si říkala tak takhle to tady asi chodí, takovej tady maj standard, stará nemocnice, zajiť oddělení, takhle to tady funguje přes sto let. A přijde nějaká Plišková, a ta jim bude dělat reformy kompletní?*

*Tak já jsem si říkala, asi ví, co dělaj. Taky tam byly starší sestry, co to dělaj už mnoho let, tak jsem věděla, že když dělaj tu praxi tolik let, že se na ně můžu spolehnout. Já jsem jim věřila. Spoléhala jsem na to, že když to dělaj tolik let, tak že se můžu spolehnout na kvalitní péči.*

Lenčino chování odpovídalo jejímu osobnostnímu nastavení, které bylo umocněné prostředím nemocnice. V něm na sebe Lenka nechtěla zbytečně upozorňovat. Například když vrchní sestra kritizovala, že v koupelně na podlaze jsou kapky vody, reagovala Lenka zcela submisivně.

*Lenka, 120* *Co to tam je v tý koupelně, co to je na zemi? Kdo to udělal, to je hrozný! To nemůžete to utřít nebo něco?*

*(Co jste jí řekly?) (tiše) Promiňte.*

Lenka popisuje také situaci, kdy vnímala, že je pomoci lékařů a ochotě systému vydána napospas. Prožívala přitom bezmoc, která souvisela se zhoršujícím se stavem dítěte a s reakcí systému, která byla podle ní příliš pomalá.

*Lenka, 142* *Tam jsme byli v pátek odpoledne a oni řekli, nebudeme to už řešit, je pátek odpoledne. Že se to vyřeší v pondělí. A ona se právě v pátek večer ještě zhoršila. Tak na statim, to znamená, že hned má přijít doktor, tak na statim se volal oční. Nějak ve tři. A přišel v jedenáct večer. Simonka už spala, byla tma venku, takže do těch očí celkově nebylo vidět. (Jak ses cítila?) Bezradná. Hrozně.*

Lenčino zoufalství se postupně měnilo v přesvědčení, že danou situaci bude muset nějak řešit. Zprvu přemýšlela o aktivní obraně, tedy o tom, že si bude stěžovat na chování lékařů, kteří jí nechtěli vyjít vstříc. Proto si zapisovala jejich jména. Dnes sama říká, že šlo spíše o zoufalou snahu jakýmkoli způsobem vyřešit tíživou situaci a utišit vlastní pocit bezmoci.

*Lenka, 149* *Já jsem strašně hledala něco...něco čeho bych se mohla uchytit. Abych, kdybych pak ten problém řešila, abych měla nějaký argumenty,*

*že ten a ten doktor... takhle kdybych mluvila neurčitě, byl tu nějaký doktor, tak oni by řekli, ale to nevíme jaký, to takhle nemůžeme říct. Tak kdyby došlo na lámání chleba, tak by to nemohl popřít, kdybych znala jeho jméno.*

V pozadí Lenčina „boje“ je patrná nejen obava o zdraví dítěte, ale také nepříjemné pocity, spojené s tím, že v jejím životě nastala náhlá změna: nemohla se o dítě plně starat, jak tomu bylo v době, kdy dítě bylo zdravé. Jako by i zde byly zpochybněny její rodičovské kompetence a především jí bylo znemožněno je realizovat. Současně lékaři ani sestry s Lenkou o nemoci dítěte nekomunikovali, což zesilovalo její pocit zoufalství. Vyrovnávala se s ním výše popsanou snahou se zorientovat a případně si připravit půdu pro budoucí stížnost. Tato její aktivita se realizovala například v drobné sabotáži:

*Lenka, 145* *Já jsem teda chtěla ukázat chorobopis, abych se na ni podívala, jak se jmenovala, ale nedali mi ho. Až jak jsem šla na konzilium, tak mi ho dali do ruky, pečlivě ho zabalili do obálky, já jsem si ji rozlepila, a tak jsem si potajmu přečetla, jak se jmenovala doktorka, jak se jmenoval ten oční lékař vzteklej... (...)*

*(Proč?) No buď že jsem se chtěla s nima ještě sejít a říct jim později, že se mi nelíbil jejich přístup, jejich postup nebo že na ně napíšu stížnost. Samozřejmě ne na všechny. To byla spíš bezmoc, zoufalství.*

Současně se znovu ukazuje, že v první části pobytu Lenka vše řešila tajně, protože se především snažila na sebe neupozorňovat.

*Lenka, 110* *(Později sestry) věděly, že jsem zdravotní sestra. Předtím jsem to nechtěla říkat, nechtěla jsem prostě... mít něco extra, aby se o mě vědělo.*

Když Lenka pojala podezření, že sestry nedělají svou práci dobře, začala je pozorovat a postupně přebírat péči o dítě do vlastních rukou. Stále se však obávala konfliktu, a tak vše dělala potajmu.

*Lenka, 108* *Ve svém životě až doted' jsem neměla tak strašný zkušenosti. Ale postupem času tam jsem jim začala koukat pod ruce... třeba některý matky, když dětem přinesli lék do kanyly, tak šly stranou, aby se jako nemusely koukat, tak já naopak jsem koukala, dívala jsem se, co dělají. Jak jí třeba zavazujou nohu, když měla tu kanylu. To jsem si ji pak i třeba sama převazovala. A postupně už jsem všechno dělala sama.*

Lenka svou bezmoc postupně obrátila v přesvědčení, že se musí o své dítě postarat sama. Veškerou odpovědnost v duchu převzala na sebe.

*Lenka, 150* *Měla jsem papírek, tam jsem si všechno psala, co se děje novýho. V noci jsem o tom přemýšlela, co všechno ještě je špatně, co musím vyřešit druhý den. Co všechno mám na starosti. Spíš jsem v tu chvíli pak měla dojem, že já jsem zodpovědná za Simonku, jako bych já byla její doktor. Pořád jsem přemýšlela, co by jí mohlo být, co jsme ještě nezkusili, jaký antibiotika měla, neměla... V noci jsem nespala a svítila jsem jí do očí, jestli ten otok už nesplaskává, poslouchala jsem, jak*

*dýchá, jestli pořád dobře dýchá. Prostě jako bych úplně převzala všechny péči za doktory, za sestry, jako bych ji tam měla na tý posteli a jinak celkově...nic jinýho mě nezajímalo.*

Pak nastal okamžik, kdy sestra chtěla znovu odsát její dítě nesterilní kanylou. Lenka, která už v dané chvíli byla „ve střehu“, zareagovala žádostí o sterilní nástavec. Je zřejmé, že prožívala strach z reakce sestry, ale současně to, kvůli svému dítěti, vnímala jako nevyhnutelné.

*Lenka, 060 Zeptala jsem se, kde mají kelímky čistý, vzala jsem si kelímek, čistou vodu, řekla jsem jí o novéj nástavec. Ta sestra se urazila, byla nepříjemná...*

*(Jak to vypadalo, když byla nepříjemná?) No, pomalu po mně hodila tu kanylu. Ani mi ji nepodala, jen ji hodila na stůl, otočila se a odešla. A ani mi nepomohla, že by ji třeba podržela nebo tak. Tak jsem si tam Simonku sama odsála, skoro se slzama v očích. Protože takhle se...skoro se prát se zdravotní sestrou o jednu kanylku...ale prostě jak jde o dítě, tak člověk dělá skoro nemožné.*

Den předtím, než Lenka sdělila primárii své podezření na chybu sester, jež mohla zapříčinit zhoršení stavu dítěte, dlouho zvažovala, jak postupovat. Znovu se potvrzuje obava z reakce personálu a z vychýlení stávajícího rozložení sil v komunikačním systému.

*Lenka, 070 Ted' jsem si to připravovala v hlavě. Nacvičovala... Takhle jsem se klepala. Ta paní vedle mě, ta...to bylo vidět, že ta by radši...víš, radši by jen tak potichoučku. Ale všichni mi fandili, říkali, že mi držej palce.*

Z Lenčina vyprávění je patrná postupná proměna postoje. Nejprve obava z konfliktu, neochota na sebe upozornit, pak odhodlání, opřené o vztah k dítěti.

*Lenka, 102 Já jsem se v té době ještě cítila, že já přece nemůžu jim...říkat. Tehdy jsem ještě nebyla tak odvážná. Pak jako by do mě se vtělil nějakej duch nebo co, kterej mi říkal, musíš. Musíš prostě, jde o zdraví tvýho dítěte a jestli tam pak budeš neoblíbená nebo co, to je jedno. Předtím jsem se bála, nebránila jsem se.*

Nakonec Lenka považovala konfrontaci za nevyhnutelnou a rozhodla se na chybu upozornit. Na oddělení to vyvolalo silné emoce a dříve popsanou reakci primáře. Pro Lenku tento okamžik znamenal vnitřní změnu. Péči o dítě chtěla mít ve svých rukách, ale současně skončilo tajné ošetřování dítěte, shromažďování informací na obranu a obavy z konfliktu. Pozice Lenky v komunikaci se změnila: sestry ji respektovaly a ona byla schopná srozumitelně sdělit své požadavky.

*Lenka, 109 Pak už jsem si ji sama odpojovala, sama jsem si říkala o náplasti, o desinfekci. A neremcaly, protože už jsem tam byla profláknutá. Já už jsem si pak...po tomhle incidentu...už jsem se kompletně o Simonku starala sama. Ještě jsem řekla primárii, že chci nějaké povolení k tomu, abych si já Simonku odsávala sama, se sterilníma nástavcem. A on říkal samozřejmě, klidně. Já jsem říkala, já všechno podepíšu, protože vím, že vy za Simonku zodpovídáte, ale...nevěděla jsem, jak je to*

*právnicky, jestli na to mám nárok. Ale cokoli z toho bych jim podepsala.*

Ve chvíli, kdy se jejich osobní pohled a jejich potřeby dostaly do konfliktu s názorem zdravotníků, reagovaly jednotlivé pacientky různě. Obecně lze říci, že v případě těchto respondentek se postupně proměnil buď jejich náhled na předpoklad neomylnosti systému, nebo jejich názor na to, co má pro ně větší osobní hodnotu: zda je to akceptace univerzálně nastavené péče, nebo upřednostnění vlastních potřeb.

V případě Marie a Evy se odehrál o pokus o obranu vlastních potřeb. Podařilo se jim prosadit část svých představ (odložení indukce, přítomnost partnera), ale po celou dobu v podstatě zůstaly v defenzivním postavení, které vnímaly jako psychicky zatěžující. V závěru převažuje pocit zklamání a deziluze. Jak Marie, tak Eva zpětně konstatují, že v případě konfliktu se zdravotníky reagovaly opatrně, se zřejmou obavou z reakce zdravotníků. Nebyly v dané chvíli schopné vyjádřit vlastní základní potřeby a dovolily, aby se jejich situace dál vyvíjela cestou, kterou si nepřály. Jejich vnitřní nesouhlasná reakce s chováním lékařů či sester přišla až poté.

Zuzaně se díky úspěšné komunikaci podařilo své potřeby naplnit a za nečekaným předčasným porodem se ohlíží bez další hořkosti. Oceňovala podporu, které se jí spontánně dostalo jak od porodních asistentek, tak od sestry, která ji podpořila v kontaktu s dítětem. Zuzana zpětně rozpoznává, že toužila po kontaktu s dítětem a prožívala vnitřní konflikt v podobě výčitek, že jej přivedla na svět předčasně a nepečuje o něj. Sestra, která ji podpořila v žádosti o propuštění, oslovila její aktuální potřebu, kterou Zuzana v kontaktu se systémem nemocnice potlačila.

Jana, Lenka a Libuše prošly změnou pohledu na požadavky systému. Jana a Lenka shodně konstatovaly, že měly obavu projevit své potřeby nahlas a že je jim v asymetrickém postavení vlastní spíše pasivní role „poslušných“ pacientek. Libuše důvěřovala ve funkčnost pečujícího systému a dlouhotrvající krizi, kdy byl její syn stále umístěn v inkubátoru a krmený sondou, připisovala vlastní neschopnosti se o něj postarat. Všechny tři zmíněné respondentky však s ohledem na své děti svůj postoj postupně změnilly a zpětně deklarují objevenou schopnost stát za svým. Lenka prožívala strach z konfliktu, ale obavy o zdraví dítěte ji nakonec přivedly k přímé konfrontaci s personálem. Její vztah k systému se od počáteční důvěry přes podezření přesunul k převzetí odpovědnosti; podobně tomu bylo u Libuše. Jana je pro přestálých obtížích rozhodnuta napříště řídit své rozhodování podle potřeb svých a svého dítěte.

## **Existenciální rozměr**

Vývoj, který jsme popsali na příkladech šesti respondentek, ukazuje jeden pozoruhodný psychologický rozměr. Je to jistá, až existenciální, potřeba být sám sebou a dát smysl svému počínání, která se postupně vynořila. Některé respondentky takový okamžik formulují slovy „stát si za svým“.

Mnoho situací v medicíně, včetně těch, které najdeme v našich datech, je otázkou jednoznačného rozhodnutí o léčbě. Takové situace v sobě samy o sobě nenesou rozpor. Předmětem případného vyjednávání je v takovém případě spíše komunikace jako taková.

(Tento aspekt byl popsán ve druhé kapitole.) Avšak stává se, že pacient vnímá situaci odlišně než zdravotník. Může se jednat o nejednoznačné otázky léčby, o zcela banální provozní záležitosti, ale také o věc osobních hodnot a priorit. Ve všech těchto ohledech může nastat (a u více našich respondentů nastal) okamžik, kdy si pacient tento rozpor uvědomí. Stojí pak před otázkou, zda v zájmu zachování dané vztahové rovnováhy potlačit sama sebe, nebo učinit autonomní rozhodnutí, se vši odpovědností s tím spojenou. Jedná se v podstatě o okamžik zlomu mezi čistě obsahovým sporem a momentem, který člověk pociťuje jako boj o vlastní sebepotvrzení.

### *Pozadí autonomie*

Že rozhodnutí o léčbě není někdy ani z medicínského hlediska jednoznačné, zmiňují lékaři Ester a Pavel.

*Ester, 728* V tý medicíně je to často, že to rozhodnutí není jednoznačné. To je častý.

*Pavel, 131* (Jsou v medicíně takový situace, kdy to není úplně jasné?) Jsou. Naopak těch situací, kdy to není jasné, je většina. I ty situace, který jsou třeba v doporučeních klasifikovaný jako jednoznačně pro nějakou intervenci, nemusí každému pomoci a jsou i případy, kdy škodí.

Pavel uvádí příklad z onkologie, konkrétně léčby rakoviny prostaty. Účinná léčba – operace – zbavuje pacienta sexuálního života. Jiné postupy nemusí být tolik účinné, ale zachovávají kvalitu života. Vzhledem k tomu, že karcinom prostaty je dlouhodobé onemocnění, musí rozhodnutí o optimálním řešení zahrnovat také jinou než ryze medicínskou stránku věci. Konečný scénář je výsledkem konkrétní životní situace pacienta a jeho priorit.

### *Obhajoba vlastní svébytnosti*

Na základě popsaných skutečností lze říci, že pacient se jako objekt zdravotnické péče může opakovaně dostávat do konfliktu se systémem i se zdravotníky, kteří jej reprezentují. Tento konflikt je tím pravděpodobnější, čím větší potřebu autonomie pacient má. Avšak i v případě, že se pacient na počátku rozhodne pro naprostou submisivitu, ke konfliktu může postupně dojít i na podkladě postupů, které pacient vnímá jako poškozující, nebo přímo chyby zdravotníků. Pacient pak pociťuje potřebu hájit vlastní prostor, bez ohledu na to, zda to systém považuje za oprávněné. Jedná se v podstatě o identitní zápas jedince o to, kým je a jaké priority bude hájit.

Okamžik, kdy si pacient rozpor uvědomuje, jsme mohli pozorovat u popsaného vývoje respondentek, kde se postupně do popředí dostala (někdy navenek hájená, jindy potlačená) potřeba vlastní svébytnosti.

Autonomie a právo na vlastní svébytnost jsou principem svobody jednotlivce. Také v našich datech tak narážíme na okamžiky, kdy pacient nebo pacientka přímo reflektují potřebu vlastní autonomie, která v kontaktu se zdravotnickou péčí může znamenat nevyhnutelný vnitřní boj. Pro ilustraci vybíráme úryvky z rozhovoru s Helenou. Z rozhovoru vyplývá, že v komunikaci se zdravotníky bylo pro Helenu rozhodujícím hlediskem to, jak situaci vidí ona sama. Svoje počínání vnímá jako správné pro sebe (a dítě), a to na základě svých



osobních priorit. V následujícím případě se jedná o rozhodnutí, zda měřit teplotu v daný čas, nebo ji změřit dříve a dopřát dítěti klidný spánek. Pro Helenu je důležitější druhá možnost. (Otázku, nakolik je její volba „objektivně“ správná, ponecháváme stranou.)

*Helena, 204 Večer, když už Honza spal, sestra přijde na pokoj a rozsvítí, protože jde měřit teplotu. (Bránila ses v takových situacích?) Jo, snažila jsem se. Většinou jsem řekla, že jsem teplotu měřila, než šel spát, a že měl tolik a tolik. A že ho budít nebude.*

*Občas trochu remcaly, ale většinou mě nechaly. Protože já jsem řekla: No, tak si ho probudte teda. A budete ho pak uspávat? Říkám, jestli chcete, tak si ho změřte. Probudte si ho, a kdo ho pak uspí? On je docela unavenej. Tak většinou to tak nechaly.*

Také v dalším úryvku Helena dává najevo svou potřebu udržet tuto svou svébytnost a uchránit svůj prostor. Je zřejmé, že to pro ni není jednoduché a že je to spojeno se silnými emocemi.

*Helena, 270 Když jsem ve stresu, tak na mě když někdo vyrukuje s takovým, a teď budete dělat tohle, tak já asi reaguju nepřiměřeně. Že se bráním. (...) Takže třeba jsem i protivnější, než bych musela. Nebo v něčem radikálnější, než by bylo v tu chvíli nutný. Což já sama vím, ale v tu chvíli se snažím uhájit nějakou svou pozici nebo...aby mě nedostali někam, kde nechci být. Ale pak to většinou tam obrečím. Protože už nemůžu.*

Eva popisuje, jak se cítila, když to, co považovala za základní součást svých intimních potřeb a co pro ni bylo osobně důležité, bylo okolím vnímáno jako nadbytečná alternativa nebo dokonce problém. Jednalo se o dříve popsanou přítomnost manžela po celou dobu porodu, volbu porodní polohy a omezení zásahů, k nimž není vážný zdravotní důvod. Také Eva svými výroky obhajuje vlastní svébytnost a naznačuje, jak obtížné pro ni je být v pozici původce problému.

*Eva, 218 Najednou jsem byla konfrontovaná s tím prostředím tady (pozn.: v Česku) a ony (pozn.: ženy v příbuzenstvu) vůbec nechápalý, co se mi nezdá, na co si stěžuju. Že ony přece byly tady v porodnici hrozně spokojený a ještě jim tam donesli nanukáč po porodu! Narážela jsem na to, že jsem neporozuměná, že jsem divná, co to jako chci, na co si stěžuju. I moji vrstevníci to nechápali. (...)*

*Když jsme se přijeli podívat do té druhé nemocnice, tak jsem normálně... padla jsem na zadek a říkám, já jsem konečně našla prostředí, kde mi rozuměj a kde nejsem za debila, co chce nějakou alternativu a musí kvůli tomu podepsat deset stránek s červenýma vykřičníkama, že přebírá zodpovědnost. Ale kdyby to skončilo tím podepsáním, ale ono pak následuje ještě takový to, vy, to jste vy, co děláte ty problémy.*

Helena svůj osobní prostor chrání s vědomím, že její svébytnost má pro ni vedle systému hodnotu, o níž nechce přijít.

Helena, 211 *Většinou se snažím, aby si člověk mohl uchovat něco, aby mohl existovat v nějakém svém...v nějakém rámci. Když nejsem v nějakém šoku, tak se snažím nenechat sebou vláčet. Protože si myslím, že když něčemu nepřekážím, nebo nedělám nějaký problém s nějakým provozem, že na tohle nemaj nárok.*

### Stát za sebou

V centru tématu svébytnosti stojí pacientovo subjektivní vnímání situace, které je pro něj centrální. Nejedná se vůbec o to, zda pacient dostatečně, či nedostatečně rozumí léčbě, ani o to, zda je jeho dojem správný, nebo mylný. Z rozhovorů s pacienty, kteří prošli vývojem náhledu na sebe uvnitř nemocnice, vyplývá, že má-li být jejich svoboda naplněna, musí být vzat v úvahu rozměr jejich subjektivního vnímání. Ve více či méně výrazných akcentech byl tento rozměr přítomný ve všech rozhovorech.

Vývoj směrem k obhajobě svého vidění jako relevantního můžeme zaznamenat například v následujících ukázkách. Zde se respondentky vnitřně staví za svůj osobní dojem, a to i s vědomím, že nemusí být přesný nebo z hlediska medicíny „správný“. S obhajobou vlastních potřeb je totiž spojena nutnost stát za sebou, a to i při vědomí, že se nejedná o jedinou správnou volbu.

Marie 2, 043 *Spousta doktorů je natolik přesvědčená, že oni maj pravdu, že se dívaj jen na tu medicínskou stránku, nedívaj se na ty ostatní věci, který jsou pro mě taky důležitý.*

*Já spoustu věcí z tý medicíny nevím. Ale vím, že tohle důležitý je, a to je něco, na co se nikdo nedívá, nikdo to nerespektuje.*

Libuše, 063 *(Co to dělalo s tebou?) Byl to boj (povzdechne si). (Jakej? V čem?) V tom prosadit si svou a nenechat se semlít tím systémem. Stát si za tím svým rozhodnutím a důvěřovat tomu, že to je tak správný. Protože to samozřejmě nevíš, co je správný.*

### Zůstávat ve vztahu se svým dítětem, být tu pro něj

Rodiče hospitalizovaných pacientů obzvlášť těžce snášejí oddělení od dětí. V případě Jany, Libuše, Heleny a Davida se opakuje motiv potřeby být se svým dítětem a realizovat vzájemný vztah. Pro všechny zmíněné rodiče bylo nejtěžší nebýt k dispozici dítěti a smířovat se s tím, že je v péči někoho jiného, že je „samo“.

Jana, 131 *Já jsem se hrozně bála, že ona si myslí, že je sama. Že mě nemá. Ty malinký děti, to jsou pro mě strašně křehký stvoření a já to intenzivně vnímám. Sama mám nějaký raný zážitek, se kterým se hodně potýkám, a se kterým jsem musela hodně pracovat. A nechci, aby něco takovýho ona si z toho dětství odnesla. Nějak jsem schopná překousnout to, že má nějakou emoci, která není příjemná, jako třeba pláč nebo smutek, ale ve chvíli, kdy ji chovám, tak mám pocit, že ona to sice prožívá, ale má nějakou moji podporu. Ale když u ní nejsem, tak mám pocit, že*

nejen má nějakou emoci, která je nepříjemná, ale ještě si myslí, že je na ni sama. A to je pro mě hrozná představa.

Helena, 129 (pozn.: od chvíle, kdy se mohla Helena o syna Honzu na JIP starat)  
Měla jsem prostě možnost pro něj něco dělat. Předtím jsem nemohla nic, to je člověk v pasivní roli, kdy jen čeká, co bude. Tady jsem měla možnost se na tom aktivně podílet. Kdy víš prostě, že i něco...samozřejmě něco málo...co můžeš udělat. Že mu můžeš dodávat podněty, že ho můžeš hladit, že jseš tam s ním, že on ví, žeš ho prostě nenechala někde.

Helena, 155 Já jsem se nenechala, když to nebylo nutný, se odtamtud vystrčit. Protože jsem se snažila tam s ním být, aby věděl, že tam s ním jsem, i když mu berou krev, i když mu řežou hlavu. Aby věděl, že tam s ním jsem.

V tomto osobním rozměru zřejmě hrál roli také již zmíněný existenciální rozměr. Je jím v tomto případě potřeba člověka sytit svůj život vztahem, tento vztah potvrzovat a dát tak smysl životním událostem. Mezi ně patří i hospitalizace. Libuše a David zmiňují eventualitu, že by jejich děti mohly nakonec zemřít nebo být vážně postižené. V takovém případě by se jevílo jako zcela nesmyslné, že byli v důležitých okamžicích od dětí oddělení. I to byl jeden z důvodů, proč se snažili být svým dětem nablízku a prožívali s vděčností, když jim to systém umožnil. U obou také zaznívá, že se jednalo víc o jejich osobní vnitřní potřebu, než o dojem, že je to nutné kvůli dítěti.

Libuše, 038 Na tom JIPu pak mi ho dali asi třetí den po porodu na to klokánkování. To tam byla automatika, nebyl s tím žádný problém. Já jsem si o to řekla, že bych o to stála, jinak jsem ho hodně hladila v tom inkubátoru. Ale oni mi ho dali bez problémů, jen říkali myslím, že chtějí ještě den počkat, až on bude stabilní, co se týče vyhrátí. Takže jsem musela čekat den nebo dva.

(Přijde ti to teď v pohodě zpětně? Není ti to líto?) No, jelikož je Viktor v pohodě a víme, že to dopadlo dobře, že je zdravěj, tak ne. Samozřejmě v situaci, kdy by to blbě dopadlo, tak jo. Kdyby to třeba nepřežil nebo kdyby byl nějak postiženej, tak bych chtěla mít tu péči lepší hned od začátku a počítala bych každou hodinu a každé den, který jsem mu věnovala. Takhle je to v pohodě, on je zdravěj, velkéj. Když víš, jak ten příběh končí, tak je to v pohodě a nemám tam žádný negativní emoce. Ale kdyby to blbě dopadlo, tak by si člověk říkal, mohla jsem ho mít dřív a líp a víc...

(A myslíš kvůli čemu?) Kvůli němu i kvůli sobě. Že bych mu tím prospěla v tom vývoji, ale i co se týče tý psychický stránky, jako je navázání nějakýho kontaktu a tak. A i sobě bych tím prospěla.

Je to zvláštní, on mě ten systém držel úplně železnou rukou. Ale na druhou stranu tam bylo dítě od nějakých bezdomovců, a to dítě dostalo stejnou péči jako to moje. Vlastně ten systém tam, kde se rodiče vůbec

*nepostaraj, tak udělá aspoň ten základ. Nedá tu emoční stránku, ale o zbytek se postará. Ale nenabídne ti postarat se sama. Když ty sama chceš, tak ti to neumožní. V podstatě mi v tom zabránili.*

*David, 057 (Co pro tebe bylo důležitý na tom, že jste mohli mít Honzu u sebe, starat se o něj?) (...) V zásadě to bylo jakýmsi způsobem smytí svědomí, že u něj nejsme. Ne, že bychom mu snad mohli k něčemu být, nevím, jestli mu nějak chybělo, že jsme u něj nebyli, možná to ani nevěděl. (...) Ale pro sebe jsme si smyli svědomí, konečně u něj můžeme na chvílku být.*

*Kdybych to měl vzít z pohledu nějakýho fatálního, tak kdyby už snad měl umřít, tak ať je u nás v náručí, abysme u toho byli. Aby neumřel někde úplně mimo, to bysme taky nechtěli.*

*Další bylo, jako že mu maximálně pomáháme. Že pro to něco děláme. Z toho důvodu že nás potřebuje. Tak jsme to vnímali. Spiš si myslím, že víc jsme potřebovali my jeho než on nás, že to hlavně byla naše nějaká potřeba. Nevím, jestli by to pro nás bylo nějak lehčí, nebo těžší, to nerozhoduju, ale prostě jsme to chtěli.*

Nepochybně má potřeba být s dítětem také rozměr potřeby „chytit znovu kormidlo do svých rukou“, být kompetentním rodičem. Všechny tyto potřeby se ukazovaly jako psychologicky zcela prioritní pro rodiče dětí, dokonce více než některé medicínské úkony či pravidla, které pro ně tak zřejmý význam neměly. Vedle zdravotní stránky věci stojí v popředí perspektivy daných respondentů, rozměr jejich života a smysl, který mu potřebují dát. Metafora železné ruky, kterou užívá Libuše, vystihuje konflikt mezi osobním prožíváním jednotlivce a institucionálně nastavenou péčí.

Zpětná reflexe pacientů a pacientek v našich datech opakovaně přináší zjištění, že věci týkající se hospitalizace a léčby nemusí být jednoznačné, že zdravotníci nemusejí rozpoznat a respektovat všechny pacientovy potřeby a že pacient může mít zcela odlišné priority. Přestože míra potřeby autonomie se mezi jednotlivými pacienty liší, nějaká podoba potřeby vlastní svébytnosti postupovala v různých variantách prakticky všemi rozhovory. Obvykle to bylo spojeno s poznáním, že když jedinec něco chce, musí to pro něj být natolik důležité, že vyvine vlastní aktivitu a bude stát za sebou.

## Diskuze

### Asymetrie a princip moci ve zdravotnické komunikaci

#### *Asymetrie*

V rámci naší analýzy jsme popsali existenci apriorně asymetrického nastavení vztahu mezi zdravotníkem a pacientem v nemocnici. Analýza dat ukázala, že pacient je z povahy věci ve vztahově asymetrickém postavení vůči zdravotníkům, což potvrzují i zahraniční studie (např. ten Have, 1991).

To se pak prakticky odráží v komunikaci s lékaři, sestrami i dalším personálem. Povaha vztahu zdravotníka a pacienta se však následně dále vyvíjí. Míra asymetrie a její případné zesilování a zeslabování je předmětem dynamického procesu, jenž se odehrává ve vzájemné komunikaci.

S pojmem asymetrie vztahu zdravotníka a pacienta operují některé odborné analýzy, přičemž jedni považují asymetrii za nežádoucí, nadbytečnou a lékařem vnucenou součást vztahu (West, 1984; Maynard, 1991), druzí argumentují její funkčností, a to jak ve prospěch pacienta, jehož léčba se tím usnadní, tak z důvodu udržení společenského řádu (Pilnick & Dingwall, 2011). Tito autoři podporují tezi T. Parsonse, že asymetrické nastavení komunikace v instituci nemocnice je funkčním způsobem, jak udržet společenskou rovnováhu (Parsons, 1951), a nahlízejí na asymetrii jako na něco, co, v souladu se společenským diskurzem, potřebují a vytvářejí i sami pacienti. Své argumenty podporují dostupnými výzkumy, které prokazují, že přetrvává tendence pacientů považovat lékaře v první řadě za experta a žádat od něj jednoduché instrukce, kterými je povede směrem k uzdravení (např. Roter & Larson, 2002). Jiní autoři (tenHave, 1991) asymetrické nastavení vztahu zdravotníka a pacienta nehodnotí, ale konstatují jako fakt, že pacienti skutečně mají tendenci nechávat řízení léčby v rukách zdravotníků; zdůrazňují však skutečnost, která se potvrdila také v našem výzkumu, že podoba vzájemného vztahu je výsledkem proběhnuvší interakce<sup>42</sup>.

Problém asymetrie ve zdravotnictví však nelze zjednodušit optikou žádoucí/nežádoucí; ukazuje se totiž, že i sám pojem asymetrie vykládají různí autoři různě. Pilnick & Dingwall (2011) zdůrazňují funkční rozměr asymetrie, s nímž jsme se i my setkali v datech (oddíl Akceptovaný rozměr asymetrie, s. 58), a vycházejí z toho, že zastánci pacient-centred přístupu tento rozměr ve svých reformních snahách zcela opominuli. Maynard (1991) naproti tomu upozorňuje na častou praxi zneužívání institucionální moci a uvádí situace, kdy lékař v léčbě například ignoruje skutečnosti, které jsou podstatné pro osobní život pacienta, nebo mu nedává dostatek prostoru pro otázky. V tomto smyslu můžeme říci, že zmínění autoři nejsou v zásadě ve sporu, ale spíše kladou různé důrazy na možné výhody a hrozící rizika spojená s apriorní asymetrií, které se mohou odrazit v další praxi.

Z naší analýzy vyplývá, že je možné rozlišit dvě podoby asymetrie, s nimiž se setkáváme v praxi: první *věcnou (kompetenční)* a druhou *interpersonální*. První podobu asymetrie,

---

<sup>42</sup> TenHave vychází z analýzy komunikace v ambulanci.

můžeme považovat za apriorní součást vztahu, která vyplývá z jeho podstaty, zahrnuje též společenský rozměr chování lidí v instituci a v zásadě (přestože je to pro pacienty osobně omezující a mnohdy nepříjemné) zajišťuje realizaci procesu léčby, který instituce pacientovi nabízí. Tuto úroveň, kterou zdůrazňují zahraniční „advokáti asymetrie“, popisujeme v první kapitole prezentace dat. Druhá, interpersonální rovina asymetrie, která vzešla z naší analýzy, se přibližuje chápání asymetrie, které prezentují zastánci patient-centred přístupu, a upozorňuje na rizika zneužití moci a vlastní dominance, která apriorní asymetrické nastavení přináší.

Hodnocení kterékoli z podob asymetrie komplikuje fakt, že obě zmíněné roviny není možné od sebe jednoznačně oddělit. Můžeme uvažovat o tom, kde leží moment, kdy je (dříve funkční) asymetrie už kontraproduktivní. Ukazuje se však, že jediným relevantním kritériem je okamžik, kdy se zvyšuje úzkost pacienta a nezvyšují se benefity, které mu takový proces přináší. Toto hodnocení je však vysoce subjektivní a lze předpokládat, že existuje prostor, kde působí obě síly současně (subjektivně nežádoucí omezení se překrývá s benefity, pro něž pacient přichází), v němž se někteří pacienti už cítí vysoce nekomfortně a jiní nikoli.

Zmínění zahraniční autoři v tématu asymetrie reprezentují dva odlišné ideové přístupy/důrazy: konzervativní, který vyzdvihuje výhody existujícího společenského řádu, a reformní, který při vědomí společenské změny upozorňuje na nutnost nezapomínat na práva jedince uvnitř instituce. Oba tyto přístupy považujeme za přínos do společenské debaty o komunikaci ve zdravotnictví. Je navíc důležité připomenout, že jejich (domnělý) spor stále leží v prostoru sdíleného chápání profesionality zdravotníka: zdá se totiž, že za samozřejmou součást profesionality zdravotníka shodně předpokládají příjemné vystupování a korektnost, která je součástí běžného společenského kontaktu. Jejich uvažování se tedy nepohybuje mimo toto chápání profesionality. Význam zmíněných textů pro naši diskuzi je navíc omezen tím, že vycházejí z praxe ambulantní konzultace, jiná je však situace v nemocnici. Jak vyplývá z našich dat, reálná zkušenost pacienta (v našem případě vycházející primárně z českých nemocnic) obsahuje i zmíněnými autory neuvažovaný rozměr interpersonální asymetrie, kdy jsou zpochybněny (nebo naopak chováním zdravotníků posíleny) otázky respektujícího lidského vztahu, vstřícného chování či základní důvěry v motivaci zdravotníků.

### *Moc jako princip komunikace*

Naše analýza odhalila skutečnost, že ve vztahu zdravotníka a pacienta je, na rozdíl od běžné komunikace, přítomný **princip moci**. V situacích, které popisujeme v našem výzkumu, dochází na straně systému (či konkrétních zdravotníků) k opakovaným rozhodnutím o využití nebo nevyužití mocenských nástrojů. Vnější projevy potenciálu moci lze identifikovat na obsahové rovině, přestože nerovnost v tomto ohledu má nepochybně vztahové konsekvence.

Zdravotník z povahy vztahu disponuje mocí v mnoha ohledech: možnost poskytnout či neposkytnout informace (oddíl Informace, s. 63), určit a uplatnit nebo naopak porušit některá režimní pravidla (oddíl Režim, s. 75), určit rozsah kontaktu s blízkými (oddíl Člověk ve fyzickém prostoru; kategorie Kontakt s dítětem a Kontakt s blízkými, s. 80) a volit míru ohleduplnosti v nakládání s tělem pacienta (oddíl Zacházení s tělem, s. 85). Ve všech těchto oblastech jsme mohli pozorovat situace, které pacienta či pacientku stavěly do pasivní

pozice, i ty, které mu umožňovaly maximální svobodu. Jak je zřejmé, také zde platí, že různí lidé jsou v různé míře citliví, avšak oblasti, v nichž se zmíněné vyjednávání o povaze vztahu uvnitř nemocnice odehrává, můžeme považovat za univerzální.

Podstatu principu moci ve vztahu zdravotníka a pacienta částečně vystihuje respondentka Marie, když odpovídá na otázku, zda subjektivně vnímá rozdíl mezi lékařem a například obchodníkem v obchodě. (Jedná se o situaci, v níž jí lékař odmítl odpovědět na otázku s tím, že tomu jako pacientka stejně nerozumí.) Z Mariina vyjádření vyplývá, že také ona jako pacientka vnímá, že vztah s lékařem v nemocnici je ve srovnání s obchodem odlišně nastaven: obchodníkovi záleží na tom, aby se vrátila. (*Určitě bych tam byla schopnější říct, co si to dovoluujete? Nebo se nějak bránit. Nebo říct jednoduše, když mi to neřeknete, tak já si to nekoupím, nashledanou. Protože ten člověk chce, abych já si to koupila. Marie 1, 016*) Především však platí, že návštěva obchodu je na straně zákazníka zpravidla spojena se svobodou volby. Tu může udělat v jakémkoli okamžiku (*Já mám bez problémů jednoduchou možnost jít do dalšího obchodu, kde se chovaj slušně. Marie 1, 016*) O poznání obtížnější je to v situaci hospitalizace, a především tam, kde pacientův stav pomoc zdravotníků vyžaduje bez odkladu.

Zdravotník v nemocnici je na subjektivním vnímání pacientky nezávislý. Současně má možnost rozhodnout o mnoha „jemných“ záležitostech, které mají na pacientovu pohodu vliv. To vše určuje chování pacienta, který by v případě obdobné situace v obchodě volil jiné rejstříky chování než v nemocnici. Rozdíl v chování připouštěli všichni respondenti, kterým byla položena otázka na srovnání obdobné situace v kadeřnictví či v obchodě.

Stejně jako v jiných druzích vztahů, také zde platí, že podoba vztahu závisí na obou zúčastněných. Zdravotníci se v mnoha situacích mohou domnívat, že daný stav pacientovi vyhovuje, protože se k němu nijak nevyjadřuje. Součástí pocitů pacienta v asymetrickém vztahu však je také obava z reakce personálu, která se u mnoha pacientů stává hlavním korektivem jejich chování v komunikaci se zdravotníky. Pacient vnímá, že je na vůli personálu závislý a že je odkázán na jejich pomoc. Někdy se už a-priori obává toho, že by mohl někoho ze zdravotníků podráždit. Avšak i v případě, kdy tato obava nedominuje, je pro pacienty důležitým korektivem skutečnost, že jsou na pomoci personálu závislí. V našich datech to dokládají kategorie Závislost (s. 57), Na milost a nemilost (s. 57) nebo Nechci konflikt (s. 120).

Přítomnost aspektu moci na straně zdravotníků v době hospitalizace může mít různé konsekvence. Pokud jde o prožívání pacienta s tím spojené, na jedné straně se ukazuje strach, pocit ohrožení, pocit vlastní odkázanosti, úzkost a bezmoc.

Na druhé straně stojí pocit úlevy, důvěra a přivítání možnosti svěřit se někomu do rukou, které budou diskutovány dále. Platí zde, že rozhodující není objektivně stanovitelná míra zesilování či zeslabování asymetrie ve vztahu se zdravotníky, ale pacientovo subjektivní vnímání komunikace.

Princip moci ve vztahu zdravotníka a pacienta je navíc v zásadě systémovou záležitostí. Držitelem potenciálu moci je totiž jak zdravotník jako osoba, tak v širším smyslu také systém pravidel daného zařízení. Ten nastavuje jednotlivci limity v zacházení s režimními nástroji a do značné míry i v přístupu ke vztahovému rozměru komunikace. Jak vyplývá z kategorie Lékař vs. režim (s. 78), ani sami zdravotníci se mnohdy necítí kompetentní zasahovat do

zvyklostí oddělení a to, co může být jedním vnímáno jako využití moci v nakládání s tělem, druhý může považovat za prosté vykonávání předepsaných postupů.

Aspektem moci je pak také odborná medicínská stránka léčby. Zdravotník je odborníkem a má povědomí o problému a jeho konsekvencích. Pro pacienta je obtížné určit hranici, kdy jsou rozhodnutí lékaře podpořena dlouhodobou zkušeností nebo jinou pevnou oporou a kdy se jedná o domněnky nebo pouhé rutinní postupy, které mohou v jednom smyslu pomoci a v jiném pacienta poškodit. Příkladem může být Mariina zkušenost s vyvoláním porodu, kde bylo namísto zvážít přínosy a rizika obou variant rozhodnutí. Poté, co Marie, na základě vlastních informací, indukci porodu odmítla, setkala se se silnou reakcí odborníků, která zahrnovala především riziko smrti dítěte. Ostatní rizika, která by byla spojena s indukovaným porodem a mohla by ženě přinášet trvalé následky, jako by pro ně nebyla podstatná. Marie v rozhovoru říká, že komentáře odborníků měly velký vliv na její pocity. Od toho okamžiku se začala bát, že se opravdu něco stane a že svým rozhodnutím především zabíjí své nenarozené dítě. Její manžel, lékař, považoval argumenty personálu za přehnaně vyhocené. Pokud by Marie neměla jeho podporu, pravděpodobně by akceptovala návrhy lékařů. Pacient tak často akceptuje rozhodnutí lékaře, podpořené pro něj nejasnými argumenty, bez povědomí o tom, nakolik jsou relevantní. Principem moci, kterou má zdravotník v rukou, je tak vedle dalšího právě odbornost, do jejichž „útrob“ pacient jako laik nemůže nahlédnout.

Pacient vnímá asymetrické rozložení sil a je si vědom moci, kterou to přináší do rukou zdravotníka. Sám se tomu přizpůsobuje, aniž by měl indicie, že může na případný protest nějak konkrétně doplatit. V analýze dat jsme se setkali s tím, že rozhodující pro pacientův pocit osobní (ne)pohody byla míra rigidity, s níž systém aplikoval režimní nástroje, ale také skutečnost, že pacient v nemocnici nemá vliv na průběh událostí a nerozumí tomu co se děje, do takové hloubky, jako zdravotník. Tato skutečnost je v kontrastu s tím, že pacient vnímá, co se děje přímo s ním, může mít jiné životní priority, než ty, které chrání systém péče, a může se tak v důsledku obávat, že je manipulován. Ukazuje se, že pacienti citlivě vnímají případnou tendenci personálu jakkoli zneužívat moc, kterou v rukách má.

## Komunikace jako systém

Při zpětném pohledu do literatury se jako nosný interpretační rámec potvrzuje přístup autorů paloaltské školy, kteří komunikaci nahlíží jako systém. Komunikace je v systémovém pohledu nejen výměnou obsahů (informací), ale také dynamickým procesem vyjednávání o povaze vztahu. Odehrává se v digitální i analogové podobě a je přítomná v každém okamžiku, i tehdy, kdy se tak děje na latentní, navenek zdánlivě nepozorovatelné rovině.

### *Nelze nekomunikovat*

Jedna ze základních tezí P. Watzlawicka a jeho kolegů říká, že nelze nekomunikovat; za komunikaci můžeme (a musíme) považovat i okamžiky, kdy žádná evidentní komunikace neprobíhá. To se opakovaně potvrzuje také v naší analýze, například tehdy, kdy pacienti postrádají informace a nedostává se jim žádná komunikace ze strany personálu (např. kategorie Odmítnutí informace poskytnout, s. 68), ale také všude tam, kde systém naznačuje



nějaký chod věcí (nebo lékař oznamuje léčebný postup) a pacient svým chováním sděluje, že to akceptuje, přestože vnitřně prožívá nejistotu či pochybnost. Tento jev můžeme pozorovat napříč všemi popisovanými kategoriemi.

Potvrzuje se také prostor pro aktivní účast obou zúčastněných na vzájemném vyjednávání pozic. Je zřejmé, že průběh komunikace jednoho zdravotníka s různými pacienty probíhá různě. Podoba komunikace je tedy v systémovém pohledu určena chováním obou (všech) zúčastněných a současně tvoří určující kontext každé další komunikace. Některé situace z našich dat naznačují, že pacienti a pacientky měli už dopředu obavu požádat personál o vstřícnost k jejich potřebám a automaticky předpokládali, že to není možné. Buď potom reagovali na zdravotníky se strachem a v obraně, nebo navenek vše akceptovali, přestože vnitřně trpěli. Přestože navenek o své nespokojenosti nekomunikovali, jejich chování značilo akceptaci situace. Pro zdravotníky to tak mohlo znamenat, že je vše v pořádku, a pacienti jsou v zásadě spokojeni, což dále potvrzovalo a posilovalo stávající nastavení systému.

### *Sebepotvrzení*

Rozlišujeme-li, v souladu s autory Pragmatiky lidské komunikace, obsahovou a vztahovou rovinu komunikace, je možné v každé komunikační výměně pozorovat zmíněné vyjednávání o povaze vztahu. Přesněji se podle Watzlawicka a kolegů jedná o potřebu sebepotvrzení, která je součástí každé komunikace. Těm se věnuje Vztahový rozměr druhé kapitoly prezentace dat, s. 94. Na vztahové úrovni pak probíhá vyjednávání o potvrzení, odmítnutí či znehodnocení self konceptu druhého.

Prizmatem systémového přístupu můžeme nahlížet změny v chování jednotlivých pacientů a pacientek. Jak se ukazuje, také pacient sám v komunikaci bojuje o vlastní sebepotvrzení. V našich datech se dané okamžiky objevují tehdy, kdy dojde k rozporu mezi tím, jak vnímá situaci zdravotník a jak pacient. Pacient může například cítit potřebu hájit vlastní prostor, bez ohledu na to, zda to systém považuje za oprávněné. Jedná se v podstatě o identitní zápas jedince o to, kým je a jaké priority bude hájit. U více pacientů a pacientek jsme tak mohli pozorovat právě prosazování vlastní, svébytné pozice jako významnou součást příběhu. Nejzřetelněji ji pozorujeme tam, kde je rozpor mezi osobním pohledem pacienta a postupy systému, jež reprezentuje zdravotník, neudržitelný.

K nejvíce viditelným momentům tohoto osobního boje patří okamžiky, které představujeme v kategorii Obhajoba vlastní svébytnosti (s. 136), ale také je můžeme pozorovat ve vývoji jednotlivých postav v kategorii Dnes to vidím jinak (s. 120). Právě v takových chvílích totiž pro pacienta zřetelněji vystupuje, co je to ono „sebe“ a otevírá se prostor pro reflexi vlastní identity.

### *Potvrzení a odmítnutí v perspektivě personálu*

Na vztahové rovině komunikace mezi zdravotníkem a pacientem jsme identifikovali okamžiky potvrzení, odmítnuté či znehodnocení self-konceptu druhého. Hledáme-li důvody potvrzujícího či odmítajícího chování personálu, je na místě se zastavit u perspektivy zdravotníka. Nabízí se bezpochyby vysvětlení založená na individuálních osobnostech.

V rámci analýzy našich dat se ukazuje, že podoba komunikace záleží vedle dalšího také na konkrétní situaci.

David a Helena, kteří shodně přiznávají, že kdyby se jednalo o méně závažnou situaci, pravděpodobně by vstupovali například do rozhodnutí, zda jejich dítě dostane antibiotika. V ohrožení života, o které se jednalo, však šly tyto druhy pochybností stranou. Současně se David a Helena setkali s vstřícným chováním personálu. Lékař přerušil dovolenou, aby se věnoval jejich synovi. Helena a David vnímali maximální podporu a otevřenost. Nikdo z personálu nezpochybňoval jejich potřebu vyrovnat se s těžkou situací vlastním svébytným způsobem, a tak sestry respektovaly, že chtěli Honzu chovat, hladit, koupat, ale také že mu chtěli nosit vlastní jídlo z domova, přestože bylo k dispozici jídlo nemocniční.

Zmíněné chování zdravotníků může být přirozenou součástí jejich profesionality; v obecnějším pohledu se však nabízí otázka, zda nesouvisí také s druhem situace. Tam, kde má personál důvod vnitřně uznat potřeby pacienta (například když je situace vážná, jedná se o život), jako by pro ně bylo snazší respektovat potřeby těch, kterých se to bezprostředně dotýká, i jejich starosti. Naproti tomu tam, kde jde z hlediska personálu o banální záležitost, kde konkrétní zdravotníci nerozumějí důvodům pocitů pacienta, jako je tomu například v případě fyziologického porodu, setkáváme se s tím, že mají dojem, že pacient(ka) situaci zbytečně prožívá či přehání. Setkali jsme se s tím například v případě Jany (s. 114), když lékař vyjádřil přesvědčení, že jeho vyšetření „nemůže tolik bolet“. Potvrzení se Janě dostalo tam, kde sestry vnitřně uznávaly její právo na bolest.

Tam, kde pacient(ka) přichází s vlastním viděním situace z hlediska názorového a například žádá, aby se péče nějak přizpůsobila jeho (jejím) potřebám, a současně se jedná o (z hlediska personálu) nepodstatné záležitosti, personál může mít dojem, že tím znevažuje jeho práci. Lékařka Ester se v rozhovoru opakovaně zmiňuje o tom, jak nelibě nese, když se těhotná žena před porodem nechá v noci přivést sanitkou pro slabé krvácení nebo kontrakce, a pak, když se ukáže, že je vše v pořádku, podepíše negativní reverz a odjede. Sestry na jejím oddělení „nerady vidí“ pacientku, která k porodu přinese porodní plán (sopsis vlastních přání ohledně klystýru či holení, zásahů do porodu, případného postupu v okamžiku komplikací atd.). Mohou mít pocit, že si pacientky neváží jejich odborné práce a že jim práci přiděluje tím, že „chce něco speciálního“. Možná právě z toho důvodu se pacientky v porodnicích setkávají s odmítavou reakcí zdravotníků. Vycházejí totiž z každodenní profesní zkušenosti a vědí, že při porodu zpravidla z hlediska medicíny „nejde o život“ a mohou mít dojem, že pacientka přehání. Pacientka vychází z odlišné osobní perspektivy; pro ni se jedná o zcela neznámou životní událost, jejímž průběhu přikládá zásadní význam. V psychologickém smyslu jí subjektivně „o život“ jde.

Z odlišnosti perspektiv pak mohou pramenit některá odmítnutí či znehodnocení ve vztahovém rozměru komunikace. Potvrzuje se naopak, že potvrzení pacient dostává tam, kde je jeho perspektiva reflektována a (ať osobně, či na profesionální bázi) uznána jako relevantní.

### *Sociální role a lidská autenticita*

Při hlubší analýze zdravotnické komunikace se ukazuje, že tématem patientské reflexe není vždy jen přímý kontakt s lékařem či jiným zdravotníkem, ale že komunikačním partnerem

je pacientovi také prostředí, režim a pravidla zdravotnického zařízení. Obecněji řečeno, součástí zdravotnické komunikace je celý systém péče; a lékaři i další zdravotníci jsou jeho vnějšími reprezentanty. Zdravotnická komunikace je tedy ve svém jádru nejen interpersonální komunikací, odehrávající se v daný okamžik, ale v širším smyslu také komunikací pacienta (se všemi atributy, jež jsou společensky s touto rolí spjaty) a systému, jenž je lékařem reprezentován. Zdravotník je totiž ve své předepsané roli nástrojem systému (systém je analyzován v dalších kapitolách). Systémem rozumíme jak dané nemocniční oddělení, tak šířeji zdravotnický systém péče a v obecnější rovině pak medicínu jako takovou.

Současně se ukazuje, že pacient vnímá své potvrzení jako nejúčinnější v okamžicích, kdy zdravotník v komunikaci projeví svou autenticitu jako osobnosti - a systém a svoji roli v něm odsune do pozadí. Právě lidská autenticita se ukázala jako moment, kdy je potvrzení druhého člověka možné vnímat nejzřetelněji. Někdy se zdá, že lékař v takové chvíli „vystoupil z role“; jedná se však spíše o určitý způsob uchopení vlastní role, který stále zahrnuje akceptaci pacienta jako člověka, včetně specifických potřeb a priorit, které má. Potvrzující přístup tak lze považovat za funkční rozměr zdravotnické komunikace, bez ohledu na to, jaké vzdělání, požadavky a priority pacient má. Vychází totiž z přirozených lidských potřeb, které někteří zdravotníci v našem výzkumu reflektovali, jiní ne.

To bylo možné pozorovat například tam, kde pacient zdravotníky zpočátku jako reprezentanty systému vnímal a postupně si k nim nacházel vztah, který měl i osobní rovinu. Tehdy vystoupil do popředí interpersonální rozměr komunikace: nekomunikuje v první řadě pacient s lékařem, ale člověk s člověkem.

Jak bude popsáno dále, v kapitole věnované empatii, reflexi potřeb druhého a potvrzení jeho relevance lze učinit součástí profesionálního chování, a to i bez nutnosti opouštět sociální roli, která tvoří rámec práce zdravotníka. Systémový přístup ke komunikaci je v tomto ohledu kvalitním interpretačním rámcem.

## Potřeby pacienta v perspektivě humanistické psychologie

V souvislosti s analýzou zdravotnické komunikace jsme se opakovaně setkali s tématem potřeb pacienta. Právě reflexe základních potřeb pacienta jako člověka v nemocnici se ukazuje jako klíčová cesta k jeho potvrzení. Potřebami člověka se v psychologii výrazněji zabývali humanisté v čele s dnes už klasickou prací A. Maslowa. Právě na aktuálnost jeho teorie potřeb bychom chtěli poukázat také ve světle analýzy našich dat. Opakovaně jsme totiž naráželi na otázku uspokojení lidských potřeb pacienta, které se v patientské zkušenosti znovu skloňují. Jedná se zejména o potřebu bezpečí, uznání a sebeaktualizace, na které je dobré v diskusi upozornit.

Jako o narušení pocitu **bezpečí** můžeme mluvit o každém okamžiku, v němž se pacient ocitá v neznámé situaci, s cizími lidmi a v prostředí, jež neovládá. Některé rozměry ohrožení, (nebezpečí) jsou apriorní součástí postavení pacienta, jak jsme mohli vidět v první kapitole analýzy dat. Novou a neznámou situaci znamená sama nemoc, nezmapované je zpočátku také prostředí nemocnice a jeho zákony. Chybějící pocit bezpečí má za následek, že člověk

v roli pacienta „nemyslí racionálně“ a často se chová a uvažuje jinak než v běžném životě, kdy je v plné kondici.

Další posilování pocitu ohrožení se pak odehrává v podobě ne/poskytnutých *informací* o problému, o člověku či o prostředí, jimž se věnuje druhá kapitola prezentace dat. Potřeba bezpečí je naopak naplněna v případě, že jsou informace poskytnuty, a to v míře, která je pro pacienta přijatelná. Pocit bezpečí pacientovi narušuje i sám pobyt v prostoru, který nezná, neovládá a který může považovat za nepřátelský. Naopak ve všech situacích, kdy pacient dostane bližší informace o lidech a prostředí, získává pomyslnou moc nad situací.

Také v případě dalších částí druhé kapitoly se můžeme opakovaně setkat s potřebou bezpečí, a to jak v podobě ne-možnosti ovládat vymezený prostor, tak v otázce nakládání s tělem pacienta a zásahy, jež vstupují do jeho intimní zóny. Všechny zmíněné aspekty zdravotnické péče nesou moment potenciálního ohrožení pacienta. Pocit ohrožení má pravděpodobně vliv i na emoce, s nimiž pacientky v kapitole Vývoj reagují na zdravotníky: často s apriorními obavami a, jak říkají, někdy i nepřiměřeně, v obraně, s roztřeseným hlasem a ve strachu.

Motiv bezpečí se tu znovu skloňuje jako vodítko k řešení komunikace s pacienty různého ražení. Bezpečné prostředí jim napomáhá najít znovu základní orientaci v problému a schopnost reagovat přiměřeně také v rámci komunikace se zdravotníky. Tuto zdánlivě jednoznačnou interpretaci však současně narušuje skutečnost, že Maslow mezi faktory, uspokojující potřebu bezpečí, zahrnuje též strukturu, řád, hranice či zákon. Je tak nasnadě, že někteří pacienti hledají a nacházejí bezpečí právě v řádu instituce, jemuž osobně nemusejí rozumět a nekladou důraz na pochopení situace nebo na možnost ji ovlivnit. Do budoucna můžeme uvažovat o tom, kde leží hranice mezi bezpečným a ohrožujícím prostředím a zda ji všichni pacienti vnímají stejně.

*Vztahový rozměr* vyjednávání o podobě vztahu, jemuž se věnuje druhá část dané kapitoly, je v podstatě založen na tématu **potřeby uznání**. Tam, kde se v komunikaci s pacientem odehrává nějaká podoba potvrzení, je tato potřeba naplněna. Pacienti takovou podobu komunikace reflektují jako vstřícnou, empatickou, respektující. Naopak v případě, že dojde k odmítnutí či znehodnocení self-konceptu pacienta jako člověka, je právě jeho potřeba uznání narušena a pacient se dostává do pozice, ve které se necítí komfortně. Každý pacient či pacientka na takovou situaci reaguje jinak. Pro některé respondentky se jednalo o citelný zásah do jejich psychiky v citlivém okamžiku, pro jiné o pouhou nepříjemnost. Odmítnutí či znehodnocení vlastního self však není přirozeně vítáno žádným z respondentů.

Třetí kapitolu prezentace dat nejlépe vystihuje téma **potřeby sebeaktualizace**. Uvádíme příklady šesti pacientek, které v průběhu hospitalizace i dalšího narativního zpracování své zkušenosti dospěly k reflexi svého příběhu a nějakým způsobem ji přetavily v konkrétní postoje. V diskutovaném materiálu to vnímáme jako důležitý proces. Potřeba sebeaktualizace s tím úzce souvisí, neboť je podstatou potřeby některých pacientů odstoupit od role pacienta a najít znovu sebe sama. Tu můžeme v různých podobách pozorovat u všech pacientek, z nichž každá zaujímá jiný postoj, avšak tak či onak se vyjadřuje k vlastním postojům, chování i emocím, jež se s hospitalizací pojily. Tam, kde respondenti vyjádřili nějakou potřebu „stát za svým“, jednalo se v podstatě o potřebu naplnit v pozici pacienta nějakou podobu osobní sebeaktualizace.

## Člověk v instituci

Významnou část prezentace našich dat tvoří oblasti, které souvisejí s institucionální povahou hospitalizace. M. Foucault (2000, orig. 1975) řadí nemocnici mezi instituce založené na disciplinární moci. Na podobném principu je založen také soubor vojenských a školských zařízení. Jejich chod je zajišťován režimem, v němž je nakládáno s tělem člověka jako s objektem, a to organizovaným způsobem. V naší analýze vystihují tuto stránku nemocnice především kapitoly věnované režimu a manipulaci s tělem.

K normalizaci provozu v disciplinárním režimu slouží nástroje technologie moci. Z nich vybíráme ty, které můžeme identifikovat také v našem materiálu: disciplína, rozdělení těl a kontrola aktivity.

### *Člověk jako „tělo“*

**Disciplína** zachází s tělem jedince jako s objektem. Skrze něj se realizuje fungování instituce. Dokonalá funkčnost systému s sebou totiž nutně nese redukci jedince na tělo. Disciplína Foucaultova pojetí je v našich datech nejvíce pozorovatelná v oblasti režimu nemocničního oddělení, pravidel personálem určovaných a současně reprodukováných a v nakládání s tělem pacienta. Nutnou konsekvencí pobytu člověka v disciplinárním prostoru je pak specifická podoba komunikace uvnitř systému.

Foucaultovo pojetí redukce člověka na „tělo“ s ním, že je nakládáno, se potvrzuje už v apriorním nastavení péče. Lékař léčí pacienta, jeho tělo je v lékařových rukách, a to přináší konsekvence v podobě chápání vzájemného vztahu jako asymetrického, ať to bylo původním záměrem, či nikoli. Lékař je v tomto smyslu nástrojem systému.

V případě pacientů disciplína znamená, že jsou jejich těla označena, rozdělena a manipulována směrem k cíli, za nějž se považuje vyléčení. Disciplína však zjevně prostupuje celou institucí a dotýká se v absolutní míře také personálu. Jeho fyzické odlišení od pacienta (uniforma), vnesení hierarchie zdravotníků do systému (odlišení uniforem), vše můžeme vidět jako práci s jejich těly, která se stávají vyjádřením struktury systému jak směrem k pacientovi, tak směrem k lékaři. Fungují dle pravidel a neměnným způsobem (směny, rozdělení práce, jasné kompetence). V tomto smyslu můžeme na zdravotníka nahlížet také jako na objekt disciplíny. Podléhá pravidlům, povinnostem, realizuje daným způsobem dané aktivity. Lékař sám se tak stává nejen subjektem, ale současně objektem, tělem, s nímž je nakládáno.

Jak předpokládá Parsons (1951), systém jako takový má tendenci se udržovat a rozšířeně se reprodukovat. Děje se tak nejviditelněji skrze chování zdravotníků, kteří jej reprezentují. Jak můžeme vyvozovat z rozhovoru s lékařkou Ester (druhá kapitola, Režim, kategorie Lékař vs. Režim, s. 78), lékař jako článek systému je vyzýván, aby dodržoval a reprodukoval režim a pravidla, bez ohledu na vlastní individualitu. V praxi to znamená například aplikaci zvyklostí, jejichž důvodům sám jako zdravotník nerozumí a proti nimž neumí (neví jak) vystoupit.

### *Rozdělení těl v režimním prostoru*

Umění rozdělení, jež disciplinární instituce využívají, spočívá dle Foucaulta v (1) klauzuru, (2) rozčlenění, (3) funkčním umístění a (4) jednotě postavení.

V **klauzuru** spatřuje Foucault dva důležité momenty: 1. specifikování místa, jež je heterogenní vůči všem ostatním, a 2. jeho uzavření v sobě samém. Vnější činitelem klauzury je podle něj například strážný otevírající brány. Původně se jednalo o vlastnost klášterních, internátních škol, později továren. Jak píše Foucault, pro větší efektivnost je právě klauzura dobrým, funkčním nástrojem: vydobude maximum výhod, chrání materiál, neutralizuje potíže. V případě nemocnic funguje obdobný princip: uzavření člověka v jednom prostoru, v němž, chce-li být léčen, musí setrvat a dodržovat jeho pravidla, maximalizuje výkonnost instituce. Situace v nemocnici je v otázce klauzury zásadně odlišná od péče ambulantní, což vystihuje kategorie „Fyzicky zavřená“ (s. 51), která přímo zachycuje podstatu uzavření člověka na jednom místě. To činí ambulantní péči a hospitalizaci psychologicky odlišnými prostory.

**Rozčlenění**, jež je dalším z nástrojů disciplinární instituce, spočívá v případě nemocnice v určení místa, v němž má pacient setrávat. Samo rozčlenění je v nemocnici patrné už v samém rozdělení oddělení a jejich klauzury (typicky zamčené dveře oddělení), typů lůžek v nich, sesteren, vyšetřoven, postele a nočního stolku. Poslední dva zmíněné se stávají životním prostorem pacienta, který mu byl přidělen, ale současně mu nepatří. Každému individuu tak přísluší jedno místo, každému místu jedno individuum. Jak upozorňuje Foucault (s. 209), vyloučí se tak „důsledky nekontrolovatelného rozptýlení individuí, jejich rozptýleného pohybu, jejich neúčinného a nebezpečného srážení“.

Rozčlenění můžeme v našich datech sledovat v kategoriích, které se týkají člověka v režimním prostoru, zejména pak v kategoriích Teritorialita I. v první kapitole (s. 56) a Umístění ve druhé kapitole prezentace dat (s. 79). Dále pak pozorujeme důsledky rozdělení všude tam, kde umístění pacienta znamená omezení kontaktu s blízkými (v první kapitole Omezení kontaktu s blízkými, s. 53, Ohraničení kontaktu s dítětem, s. 54; ve druhé kapitole Kontakt s blízkými a Kontakt s dítětem, s. 80) a určení osobního prostoru (ve druhé kapitole Osobní prostor, s. 81 a Teritorialita II., s. 82).

Jedním z nástrojů, souvisejících s rozčleněním, je pak kontrola prezence a absence, která podle Foucaulta v zásadě umožňuje najít utilitární způsob komunikace. „Utilitární způsob komunikace“ je zvláště výstižný popis fungování nemocnice. Vše, co se zde odehrává, musí být účelné, ospravedlněné předepsanými postupy a potažmo medicínskými důvody. Je zřejmé, že v takovém prostoru se obtížně nachází místo pro individuální potřeby anebo „zbytečné“ záležitosti, které pacient může subjektivně vnímat jako zásadní, které jsou však z hlediska medicíny nadbytečné či přímo nežádoucí. Takové okamžiky jsme mohli sledovat například v případě vyjednávání pacientek o realizaci vlastních představ o průběhu porodu nebo u potřeby rodičů realizovat svébytným způsobem péči o své děti.

Pravidlo **funkčních umístění** zajišťuje maximální výkonnost systému. Funkční umístění postupně určují, k čemu má být který prostor využit a zamezují „střetávání zakázaných cirkulací“. Pravidlo funkčních umístění dokazuje potřebu instituce udržovat sama sebe „v chodu“; v tomto případě tak činí skrze eliminaci narušení. Co je nepravdělné, nepředvídatelné, nepřizpůsobivé, to ohrožuje chod instituce a každé nepravdělnosti se systém snaží vyvarovat.

Lékařský dohled nad nemocnicemi je tu v podstatě způsobem kontroly a podobá se celé řadě jiných kontrol: kontroly zboží v továrně, dezercí v armádě, kontroly narození a úmrtí. Nejprve se funkční umístění využívalo pro nakládání s věcmi postupně ke kontrole jedinců (těl) v prostoru.

To vnáší do praxe nemocnic úřední rozměr. Jeho součástí je nejen shromažďování údajů o pacientovi, ale také řada právních úkonů. Nemocnici například „není možné opustit“ bez propouštěcí zprávy nebo negativního reverzu, tedy úředního záznamu o propuštění, o všem je třeba vést záznam a vše, včetně člověka zanást do evidence.

Prvky disciplíny jsou dále definovány **jednotou postavení** (nikoli jednotou místa, teritoria, ale místem v řadě a odchylkou od ostatních): problémem 18. století v nemocnici byla podle Foucaulta otázka, jak rozmístit nemocné, oddělit je od sebe, rozdělit spolu s lékařskou péčí i prostor nemocnice a vytvořit systematické třídění nemocí. Nebylo třeba pouze uspořádat těla (umět rozdělit prostor) fyzicky, uvázáním člověka k místu. Dokonalost disciplíny je dosahována právě klasifikací, rozčleněním podle postavení.

Následkem této skutečnosti je vedle dalšího rozdělení prostor, který odpovídá druhu onemocnění jednotlivých pacientů, jejich klasifikace podle klíče, jehož zhmotněním je tabulka. V našich datech se s následky této skutečnosti setkáváme spíše nepřímo; konkrétněji je pak můžeme pozorovat v případě Libuše (s. 77), která se dožaduje možnosti být hospitalizována s dítětem na pokoji, jak je v dané nemocnici běžné, avšak není jí to umožněno, protože dítě se pohybuje pod tabulkovou hranicí, přestože reálně se hmotnost dítěte od tabulkové hodnoty významně neliší. V důsledku toho jsou matka a dítě po několik týdnů odděleni a situace se dlouho nelepší, protože pokrok v otázce přijímání potravy (kojení) je současně komplikován dalšími předpisy.

### *Kontrola aktivity*

Instituce zajišťuje svůj hladký chod také skrze kontrolu aktivity.

Disciplína vnáší do instituce jeden z nástrojů kontroly aktivity: **rozvrh času**. Stanovuje časový rytmus úkonů, přiřazuje konkrétní činnost jednotlivcům a regulaci cyklů opakování. Jak říká Foucault, v průběhu staletí se místy disciplíny staly církevní řády, které přinesly rytmus, pravidelnost, procesy náboženských obřadů. Další disciplinární instituce vždy nějakou podobu rozvrhu času převzaly a zdokonalily, aby byly maximálně využitelné. Přesnost a využitelnost jsou, spolu s pravidelností, ctnostmi disciplinárního času. Vzniklo tak přesné **časové vypracování úkonů**, které pronikají celým režimem nemocnice a jsou uplatňovány nejen na personálu, ale skrze něj i na pacientech.

To se týká jak pacientů, tak personálu. Jedním z faktorů, které komplikovaly vývoj v kojení u Libuše a jejího syna, bylo časové rozvržení kojení. To sestry dodržovaly striktně, v souladu se systémovým nastavením. Dalším z příkladů z našich dat může být časové rozvržení dne, zahrnující například měření teploty ve stanovenou dobu, které zmiňují Marie (s. 121) a Helena (s. 137), nebo pravidelné kojení a ranní a večerní koupání novorozenců v porodnicích.

Dalším z projevů kontroly aktivity v instituci je **zavedení korelace těla a pohybu**. Foucaultovo srovnání jedince v instituci nemocnice s vojákem, u nějž je každému pohybu

přisouzen směr, rozpětí a doba trvání, se může zdát absurdní; ve skutečnosti není daleko od reality. Obecně platí, že i v nemocnici je předepsán řád, v němž se mají konkrétní lékařské i provozní úkony odehrávat. Slovy Foucaulta, čas a řád tak pronikají tělem každého jedince, který je tak podroben mocenské kontrole.

Projevem kontroly aktivity, kterou můžeme pozorovat v našich datech, je **členění tělo – objekt**, neboli postavení těla vůči objektu, s nímž je manipulováno. S odkazem na rozhovor s Ester lze říci, že podobným způsobem působí disciplína na lékaře. Lékař je v takovém případě tělem; objektem je pacient. Kromě toho, že pohled na pacienta jako na „objekt“ vede v psychologické rovině k dehumanizaci (viz dále: lékař začne vnímat pacienta jako věc, s níž je třeba nějak „naložit“), platí navíc, že sami lékaři se stávají svého druhu nástrojem disciplíny. Stejně jako vojáci či žáci ve Foucaultových příměrech, jsou i zdravotníci vedeni k jednotnému způsobu používání sebe („těla“) vůči druhému („objektu“).

Rozvrh času tradičně znamená ne-zahálení, nemrhání časem; disciplína oproti tomu chce stále rostoucí využití času (pozitivní ekonomie). Foucault za základní charakter disciplinární moci označuje skutečnost, že je nikoli vymáháním produktu, ale skrze systém **vyčerpávajícího využití sil** se stala spíše donucením (s. 223) Skrze něj je v praxi vlastně dosaženo kýženého produktu: jsou-li totiž jedinci postaveni jako články funkčního systému s nastavením disciplíny (a s využitím všech výše zmiňovaných prostředků), poskytují produkt sami. Tak se systém sám udržuje v chodu a je stále více produktivní.

V souladu s perspektivou M. Foucaulta v našich datech potvrzujeme, že jedinec v roli pacienta vstupuje do nemocnice jako do disciplinární instituce a musí se osobně vypořádat se všemi konsekvencemi tohoto nastavení.

### *Úzkost a pocit bezmoci*

Pobyt uvnitř instituce, který pro jedince znamená omezení, se odráží v osobní reflexi pacienta, jenž se uvnitř tohoto soukolí nachází. Jak vyplývá z materiálu, různí pacienti jsou na omezení režimem v různé míře citliví, respektive jejich reflexe má různou kvalitu. Přesto i ti, kteří v tomto ohledu nevyjadřují žádné rozčarování (pocit, že se náhle stávají tvorem, který o sobě nerozhoduje, nemůže odejít a nerozumí systému), tato omezení vnímají. Skutečnost, že v nemocnici je člověk omezen na své svobodě a realizaci vlastní individuality, je (vedle úzkosti z nemoci) obsažena i ve vyjádřeních o vztahu k nemocnicím (*...taková ta bezmoc, která tam jaksi je. Že ten pacient jako je svým způsobem závislý na tom dění v té nemocnici a co se teda podaří, nepodaří. Jiří, 102; Já to nemocniční prostředí nesnáším dvakrát, není mi to milé. Vždycky jsem tam vcházel s takovým jako blbým pocitem a prostě sevřený. Jiří, 088; Obecně z nemocnic mám vždycky stísněnej pocit. A jako ta úzkost tam na mě taky jde, to jako jo. Jitka, 086*)

### *Jedinec vs. systém*

Pacient se ke své asymetrické pozici může postavit různým způsobem. Někteří pacienti mají tendenci považovat svou podřízenou pozici za funkční a apriori ji přijímají jako součást společenské role. Příkladem je Jiří, jenž říká, že vyjádření lékařů bere primárně za správná. Jiní pacienti potřebovali navodit vztah důvěry, aby se na své lékaře mohli spolehnout a odevzdat se do jejich péče. V případě, že pacient svou pozici akceptuje, ať už je to na



podkladě apriorní osobní akceptace role pacienta jako podřízeného, nebo na podkladě vniknuvší důvěry ke zdravotníkům, není proces péče narušen.

Ukazuje se však, že vnitřní reakcí člověka v roli pacienta na uzavření uvnitř nemocnice může být i jistý vnitřní konflikt. Děje se tak tehdy, kdy se pacient v asymetrickém postavení z nějakého důvodu cítí nekomfortně. Kombinace omezení svobody spojené s nepříjemnými zásahy a komunikací, již pacient může vnímat negativně, může být po čase neudržitelná. První reakcí na tento rozpor, kterou prezentovali někteří naši respondenti, byla snaha přesvědčit sebe sama o tom, že systém je plně funkční a že nejjednodušší je se mu podvolit a spolehnout se na něj. V naší analýze jsme na podobné situace narazili v případě Ester, která jako lékařka nechtěla bojovat s režimem oddělení, Lenky, která sama sebe přesvědčovala, že sestry vědí, co dělají, nebo Libuše, která neúspěch v kojení svého dítěte připisovala sobě, protože systém automaticky považovala za funkční. Jedná se o vnitřní procesy, které usilují nazvat systém, v jehož útrobách se jedinec nachází, prostředím bezpečným a prospěšným, přestože jej daný člověk ve skutečnosti za bezpečný nepovažuje. Jak se však ukazuje v námi pořizovaných rozhovorech, pokud vnitřní konflikt pacienta trvá, nejedná se o dlouhodobě funkční řešení, neboť roste subjektivní pocit ohrožení a snižuje se koherence role pacienta a pečujícího systému.

Tendence pacienta reagovat na vnitřní konflikt obhajobou systému je podpořena společenským postojem, který (v souladu s Parsonsovou teorií) rovnováhu celého systému reprodukuje. Na společenské úrovni je tento předpoklad zcela srozumitelný. V praxi se může odrážet v reakci sociálního okolí, kterou nejlépe vystihuje věta „nevymýšlej si, spoléhej na lékaře, oni vědí nejlépe, co je dobré“, se kterou se ve svém okolí setkávala Eva (s. 137). Je však otázkou, nakolik ze strany pacientky, která žádá základní pocit bezpečí, hrozí reálné narušení rovnováhy systému. Spíše se zdá, že daný systém (dané oddělení nemocnice) není na takovou potřebu připraven. Pokud se však v takto nastaveném systému pacient začne více ptát, pochybovat či vstupovat do rozhodování, vystupuje tak z funkčního řádu, a systém se tomu přirozeně brání („nemůžete odejít, už jsme vás přijali“). Tyto a další otázky se mohou stát předmětem další diskuze postavení pacienta v procesu léčby uvnitř instituce.

## Nemocniční diskurz

Komunikačním kontextem každého vztahu zdravotníka a pacienta je diskurz daného prostoru. Pojem diskurz nechápeme ve smyslu textové lingvistiky jako konkrétní jazykové ztvárnění výpovědi; v souladu s foucaultovskou diskurzivní analýzou rozumíme diskurzu jako způsobu chápání a porozumění skutečnosti v určitém oboru, který se promítá do jazyka. Nejedná se nám tedy primárně o zkoumání jazyka, ale o zkoumání používání jazyka v kontextu sociální a epistemologické praxe. Při zkoumání diskurzu jde především o to ukázat, jaké jsou implicitní předpoklady, na jejichž pozadí se promluva či chování odehrávají. Na diskurz nemocnice či nemocničního oddělení tak usuzujeme z chování či promluv zdravotníků, přičemž se netážeme primárně po tom, co daný diskurz říká, nýbrž co dělá (Müller & Šidák, 2012).

V případě nemocnice můžeme usuzovat na nemocniční diskurz, který je šířeji dán medicínským diskurzem. Medicínský diskurz ustanovuje člověka jako pacienta a předpokládá, že cílem je jeho uzdravení, a to prostředky vědecké medicíny. Nemocniční

diskurz jako jeho konkrétní projev v souladu s tím zahrnuje představu, že nemocniční systém v první řadě léčí, pomáhá, zachraňuje a že nástroje jím užívané jsou voleny tak, aby působily ve prospěch pacienta. Asymetrie mezi zdravotníkem a pacientem je v nemocničním diskurzu předznamenána jako žádoucí součást vztahu. Nemocný člověk je v rámci medicínského diskurzu pacientem - tím, kdo má být léčen, a systém tím, kdo průběh léčby určuje a reguluje.

V analýze dat jsme se setkali s projevem sdíleného diskurzu konkrétního nemocničního oddělení. V souladu s Foucaultovým nahlížením instituce nemocnice jako disciplinárního systému, jenž ovládá technologii moci, se v nemocničním diskurzu, jenž neartikuluje pojmy jako je pohodlí či svoboda, projevuje také rozměr **normalizace pacienta**, jehož cílem je funkčnost ve stejnosti. Jedním z projevů nemocničního diskurzu je minimalizace deviací, která se může projevovat například skrze nespokojenost sester s pacienty či pacientkami, kteří nějakým způsobem z „normálu“ vybočují.

Někteří pacienti na nemocniční diskurz narážejí a někteří to i reflektují. Jedním z příkladů může být Jana. V jejím popisu pobytu na oddělení šestinedělí se na straně personálu opakovaně objevuje argumentace „bezpečím“ dítěte. To je součástí diskurzu sester, který na první místo staví bezpečí a zdraví dítěte, nikoli další osobní potřeby, které Jana naplňovala, když dítě například déle chovala. Na základě požadavku bezpečí musí Jana své dítě mít uloženo způsobem, který sestry vyžadují (v postýlce se zapnutým monitorem dechu, ne v náručí).

Diskurz, který sdílely sestry na oddělení šestinedělí v případě Jany (s. 80), se stal jedním z moderujících prvků jejího chování. Jana se snažila nenarušovat systém, a když jí například sestry umožnily chovat nebo kojit po porodu své dítě, vnímala to (ke svému dnešnímu překvapení) jako neočekávanou vstřícnost. Zdá se totiž, že vnitřně akceptovala diskurz, který má v první řadě na paměti hladký chod systému a individuální potřeby nereflektuje. Teprve po odchodu z porodnice Jana korigovala svůj pohled, který v situaci „nepříčetností“ po porodu nedokázala formulovat. Diskurz sester na oddělení vystihuje věta, kterou Jana formuluje s odstupem několika měsíců: *Prostě takhle to tady děláme, takhle to bude, nám to tady takhle funguje, a všichni budou spokojený (Jana, 133).*

Takový diskurz ustanovuje situaci, kdy se za žádoucí považuje v první řadě se podřídit se pravidlům, a to jak na straně zdravotníků, tak na straně pacienta, aby mohlo být dosaženo kýžených výsledků. Výsledek se za takových okolností dostaví spolehlivě „sám“. To je v souladu s definicí problému diskurzu, kterou nabízí literární věda (Müller & Šidák, 2012, s. 101 - 104): „problém fungování diskurzu není v tom, že by nám něco zakazoval či přikazoval říkat, ale v tom, že nabízí repertoár předpřipravených a etablovaných kategorií, přičemž zneviditelnuje jakékoli alternativní možnosti artikulace reality“.

Diskurzivní analýza vymezuje takzvanou *subject position* (**subjektivní pozici**). Na ni jsme se vzhledem k povaze materiálu v analýze dat soustředovali především. Každý pacient reagoval na existující nemocniční diskurz odlišně (více viz jedinečný způsob aktérství v narativní analýze). Jak popisujeme v rámci tématu člověka v instituci, někteří pacienti přímo reflektují svou automatickou tendenci předpokládat expertnost na straně zdravotníků i tehdy, kdy jsou jejich rozhodnutí diskutabilní, anebo se snaží sami sebe o expertnosti zdravotníků přesvědčit („je to doktor, ví, co dělá“).

Jiří v souladu s diskurzem o expertnosti lékaře předpokládá zcela automaticky, že volba lékaře je volbou nejlepší, a snaží se nenarušovat mu jeho práci (s. 117). Jana (s. 129) přímo

reflektuje svou tendenci uprostřed nemocničního diskurzu „sklapnout a poslouchat“. Libuše (s. 131) mluví o přesvědčení, že systém nastavuje postupy tak, aby ona a dítě byli v nejlepším pořádku, jenž je v souladu s medicínským diskurzem. To, že v konkrétním případě systém selhal, vedlo posléze k Libušinu vnitřnímu konfliktu, stanovení vlastních priorit a nejprve k diskusím se sestrami, posléze ke skrytému odporu. Diskurz daného oddělení to však v důsledku nijak nenarušilo.

Nejen na příkladu Libuše se potvrzuje, že diskurz, který zdravotnický systém prezentuje jako zachraňující, léčící, a tudíž prospěšný, je moderujícím prvkem chování pacienta. Jak upozorňují autoři foucaultovské diskurzivní analýzy (např. Harré a Gillett, in Plháková, 2006, s. 285), subjektivní pozice tu nejen určuje sociální roli pacienta a zdravotníka, ale též výrazně ovlivňuje jeho **sebepojetí**. Z toho pravděpodobně vyplývá část nejistoty, která vede mnohé pacienty k tomu, že akceptují i to, o čem mají vážné pochybnosti. Teprve v průběhu konkrétní zkušenosti může docházet ke korekci pacientova náhledu i k proměně jeho identity. Tato proměna, kterou popisujeme v naší analýze, je v souladu s předpokladem, že vědomí sebe je v subjektivní pozici spojeno s vědomím vlastního vlivu na svět v daném prostoru. V tomto smyslu se na straně pacienta nepochybně jedná o identitní záležitost<sup>43</sup>.

Automatický předpoklad expertnosti systému a vlastní neschopnosti jeho záležitosti posoudit můžeme vidět také v příběhu Lenky. Lenka uplatňuje submisivní chování i v situaci, kdy se jedná o úklid a ne o zdraví (s. 132). Její subjektivní pozice je v souladu s diskurzem, jenž prezentuje vrchní sestra, že na oddělení musí být v první řadě pořádek, že ona je jeho garantem a pacientky jej mají dodržovat.

Součástí sdíleného diskurzu nemocničního oddělení může být logický posun od „takhle to tady děláme“ k „**takhle je to správně**“. Toto vnější vyjádření diskurzu funguje nezávisle na tom, jak tutéž realitu nahlíží pacient. To se pak přirozeně odráží v situacích, kde se stýká pacientova autonomie s představami zdravotníků v záležitostech, které se přímo medicíny netýkají (kategorie Expert na život, s. 109). Současně je obtížné určit, kde leží hranice mezi odborným a „objektivně správným“ a ryze subjektivním, protože se tu nacházíme na pomezí medicíny a běžného života.

Bylo tomu tak v případě Heleny, která vysvětlovala zdravotníkům limity svého dítěte (s. 109), nebo v případě Jany (s. 129), od které sestry žádaly přesné množství mléka, kterým dítě nakojí, v daný čas. V případě Kateřiny (s. 110) se pak ukazuje, že lékařka v souladu s diskurzem experta, jenž rozhoduje v nejlepším zájmu pacienta, může odlišný pohled pacientky na medikaci vnímat jako „nehoráznou drzost“. Podobně tomu bylo u personálu na oddělení šestinedělí v případě Pavla (s. 82 a 110), který svému dítěti odsál hleny nebo jej později vynesl na chodbu ukázat rodičům. Zdravotníci to vnímali nejen jako překročení pravidel, ale v souladu s nemocničním diskurzem jako potenciální ohrožení pacienta (novorozence).

---

<sup>43</sup> Vývojem subjektivní pozice ve smyslu identity se zabýváme také v kapitole věnované narativnímu přístupu.

## Kultura a jazyk v prostředí nemocnice

Užitečnou perspektivu v nahlížení na zdravotnickou komunikaci přináší **symbolický interakcionismus**.

Zásadním měřítkem naší zkušenosti je podle něj *význam*, který vkládáme do chování vlastního i chování druhých; a významy vznikají ze sociální interakce s druhými. Kultura každé skupiny, a potažmo každého prostředí, je tak neoddělitelně spjata se sociálním životem, který je vlastní dané skupině. To platí také pro nemocnici. Jednotlivé kultury (v případě lékařského prostředí by to mohla být ta patientská a ta, jež je vlastní personálu nemocničního oddělení), připomínají v pohledu symbolického interakcionismu dvě odlišné školy navigace, vytvořené pro pohyb v odlišných terénech. V tomto smyslu je náš problém skloňován obdobně jako v perspektivě diskurzivní analýzy, a sice jako střet dvou odlišných světů.

To je užitečné vodítko pro uchopení premisy, z níž při interpretaci dat vycházíme: co činí vztah pacienta a lékaře v nemocnici asymetrickým, souvisí velkou měrou s tím, že pacient vstupuje do odlišného kulturního prostředí, které má svůj jazyk a sdílené porozumění symbolům. Dalším z řady klíčů k porozumění problému zdravotnické komunikace, jež symbolický interakcionismus nabízí, tak může být koncept kulturního povědomí.

Naše kultura má rozsáhlé **sdílené kulturní povědomí**, jemuž se lidé učí a jež používají ve vlastním chování, s užitím artefaktů s ním spojených. To je prvním určujícím předpokladem pro chování člověka v roli pacienta: ví, jaká role se od něj v naší kultuře očekává. Spradley (1980, s. 6) píše, že „přestože můžeme u druhých snadno vidět chování a artefakty, reprezentují tyto věci jen tenkou hladinu velmi hlubokého jezera. Pod povrchem, skryta před zraky okolí, leží obrovská zásobárna kulturního povědomí (cultural knowledge)“.

Původní kulturní povědomí pacienta postačuje k základní orientaci v sociálních rolích a s nimi spojených očekávání. Současně však pacient vstupuje do **kulturního prostředí, které mu není známé** a kde jsou významy připisovány podle poněkud odlišného klíče. Příchod do nemocnice je tak příchodem do prostředí o poznání méně srozumitelného. Pacientovi postačuje obecné kulturní povědomí pouze pro zlomek situací, s nimiž bude konfrontován. Pro člověka, který očekává, že bude moci ovlivňovat okolní dění, zvláště pak to, co se bude dít přímo s jeho tělem, to může být spojeno se značnou úzkostí. Pakliže pacient ve svém běžném životě (například na podkladě vlastního interního *locus of control*) vnímá sám sebe jako aktivního činitele vlastního života, řečeno Spradleyho jazykem, ovládá kulturní artefakty, v prostředí se orientuje a rozumí jeho způsobu fungování, je pro něj hospitalizace spojena s nevyhnutelnou úzkostí. Kultura vnitřního prostředí je odlišná.

Jako příklad omezeného kulturního povědomí slouží zkušenost Kateřiny a Jitky (s. 73), které nevěděly, že „existují dva druhy sester“ a jak je má od sebe rozeznat. Pro zdravotní sestru, která v daném prostředí pracuje, je samozřejmostí, že například sestry na poporodním oddělení se dělí na sestry ženské a sestry dětské, z nichž každá je nositelkou jiné funkce a není proto možné je zaměňovat. Pacientka, která z dřívější zkušenosti (skrze povrchní porozumění systému nemocnice, které je sdíleno ve „vnějším světě“) vyrozuměla, že dáma v modro-bílém oděvu s visačkou na prsou je pravděpodobně zdravotní sestra, kterou může oslovit v případě zdravotních obtíží, tuto informaci o rozdělení sester na dva druhy nemá, není součástí jejího kulturního povědomí. Odmítnutí pomoci od této sestry s odkazem na

existenci svou druhů sester, je pak pro ni v jistém smyslu kulturním šokem a přináší s sebou přirozeně znejistění v podobě zpochybnění vlastní kompetence zorientovat se ve světě.

Pohled symbolického interakcionismu je jednoznačným přínosem v interpretaci pocitů pacienta v novém prostředí; právě skrze teorii kulturního povědomí lze tento prožitek pacientky účinně nahlížet.

Za kulturní záležitost nemocničního prostředí můžeme považovat také **jazyk**, který je v něm užíván a jemuž rozumí ti, kdo se v něm pohybují. Jazyk prostředí můžeme označit za vnější projev paralelního světa nemocnice. Může se jednat o obligátní užívání odborných (latinských) výrazů, které jako nešvar zdravotnické komunikace zhusta uvádějí učebnice pro mediky a zdravotnický personál. Z našeho materiálu však vyplývá, že omezené kulturní povědomí pacienta se odráží velmi citelně i ve zdánlivě běžné (české) komunikaci. Příkladem může být zásadní nedorozumění, k němuž došlo v případě Jany (s. 90), když jí sestry při porodu oznámily, že jí „pomohou“ nebo když lékař řekl, že se „podívá“, co je v nepořádku (s. 91). Zúčastněný personál přesně věděl, jaké významy tato slova nesou a co se bude dít. Jana, která užitá slova vykládala na základě jiné zkušenosti, byla v obou případech nepřijemně překvapena.

Podobným příkladem kulturně podmíněného užití jazyka v nemocniční komunikaci je skrytí skutečných významů za slovo „příprava“, které používá gynekoložka Ester, když konzultuje s rodící ženou zásahy, které plánuje učinit v první době porodní. Pro mladou ženu, která se nepohybuje ve zdravotnictví, může jít o zcela neznámou zkušenost: *Ve valný většinou je to tak, že řeknu, jo, dáme přípravu, tadyhle klystýr a tak. A už to jakoby nevysvětluju. Myslím si, že ten pacient taky musí být jakoby aktivní a když neví, co to je nebo to nechce nebo to chce ještě vysvětlit, tak se musí zeptat. Není to tak, že bych řekla, dáme klystýr, a dál se o tom obšírněji rozšiřovala. I proto, že pro spoustu žen to není příjemný se o tom víc bavít. (A co je teda ještě obsahem přípravy?) Nic, jenom ten klystýr. Říkáme prostě příprava. (Ester, 492)*

Ač Ester v tuto chvíli mluví česky, pacientka nemusí rozumět podstatě sdělení a nemusí vědět, co jí skutečně čeká. Na základě dříve představené analýzy je současně zřejmé, že pro mnoho pacientů či pacientek není (v rozporu s předpokladem lékařky Ester) představitelné se v takové chvíli ptát na detaily, anebo oznámení o aplikaci klystýru zpochybnovat. Kulturně podmíněné užívání jazyka se tak stává jedním z vnějších projevů existující asymetrie a případná neschopnost pacienta či pacientky v daném okamžiku reagovat, jejím vnějším potvrzením.

Jazyk určuje i aktuální **podobu vztahu**. Příkladem může být v porodnicích oblíbené oslovení pacientek „maminko“ a jejich partnerů „tatínku“. (*V šest tě vzbuděj rozhlasem, maminky, změřte si teplotu. Marie 2, 158*) Z rozhovorů vyplývá, že toto pojmenování přejímají i pacientky. (*Ty ostatní maminky v tom Německu byly naučený... Eva, 205; Třeba tam byla maminka, která čekala dvojčata. Jana, 007; Přišel primář a šel k mamince, která tam ležela taky. Marie 2, 188*) Je nasnadě, že mezi osobou, pojmenovanou jako maminka, a zdravotníky je odlišný vztah než mezi sobě rovnými partnery.

Součástí pacientova kulturního povědomí jsou informace o tom, jaké chování je od něj očekáváno v prostředí nemocnice či jaké způsoby chování ho mohou dovést ke kýženému výsledku (jako je např. získání informací o svém zdravotním stavu). Pobytem v nemocnici se **kulturní povědomí** o této oblasti života **rozšiřuje**; pacient se stává svého druhu expertem

na kulturu nemocnice. Příkladem mohou být příběhy Heleny a Davida, kteří po několikátýdenním pobytu v nemocnici porozuměli mnohým zákonitostem a byli schopni se v prostoru orientovat (kategorie Informace o prostředí, s. 72). Podobně se rozvíjelo kulturní povědomí například u Evy či Libuše, které postupně nahlédly některé zákonitosti fungování režimu a na základě toho vystupovaly odvážněji v komunikaci se sestrami, když se snažily vyjednat lepší podmínky pro sebe nebo své děti a užívaly k tomu nástrojů a jazyka, které je k cíli nakonec dovedly. Eva tak vyslovila přání rodit do vody, protože vyzorovala, že v takovém případě bude moci zůstat s manželem během první doby porodní, což bylo její skutečnou prioritou. Libuše pak úspěšně zfalšovala tabulku zaznamenávající kojení, protože věděla, jaký výsledek v tabulce jí zajistí prostor začít s plným kojením dítěte.

Kulturní povědomí o hospitalizaci je výsledkem pacientova poznání života nemocnice a vlastní schopnosti se mu přizpůsobit a umět se v něm pohybovat. Úroveň kulturního povědomí pacienta je podle všeho závislá na mnoha faktorech, ležících jak na straně nemocnice (specifika oddělení, rozsah, v němž pacienta informuje atd.), tak na straně pacienta (schopnost v jednotlivých vlastnostech prostředí se orientovat, potřeba vlastní existenci v prostředí ovlivňovat).

Spradley (1980, s. 6) píše, že „ačkoli je kulturní povědomí skryté, má zásadní význam, protože skrze něj trvale vytváříme vlastní chování a interpretujeme naši zkušenost.“ Termín kulturní povědomí pak Spradley zjednodušuje na obecnější výraz **kultura**. Pro naše účely zůstane nosné vědomí, že pro vlastní úspěšnou existenci v prostředí, v němž se nacházíme, je nutná jistá úroveň kulturního povědomí; obecně pro celou společnost, a specificky pak pro určitý druh prostředí, v našem případě nemocnici.

## Úcta k medicíně a prestiž lékařské profese

Chování pacientů v komunikaci se zdravotníky můžeme vysvětlit již naznačenou kulturní podmíněností. Sami pacienti své chování v komunikaci totiž často reflektovali jako odlišné od chování v běžné společenské konverzaci mimo instituci; jedním z podkladů tohoto rozdílu může být stále existující společenská úcta k medicíně.

Na základě východisek, která představujeme v teoretické kapitole, předpokládáme, že společenský kontext je založen na úctě k medicíně jako oboru, který zachraňuje životy, a lékaři, jenž je jejím vykonavatelem. S tím je úzce spjat také požadavek na chování jednotlivce v sociální roli zdravotníka/pacienta. Ten se samozřejmě odráží ve výše popsaném diskurzu a je přímou součástí popsaného kulturního povědomí.

Dostupné světové výzkumy ukazují dlouhodobě vysokou společenskou prestiž lékařské profese. Také v českém prostředí se lékaři řadí mezi profese s dlouhodobě nejvyšší prestiží. Zemanová v analýze prestiže povolání v letech 1995–2013 potvrzuje, že uspořádání profesí podle prestiže má vnitřní výrazně hierarchickou logiku. Tato hierarchie je široce sdílená napříč různými skupinami, ať už jde o vertikální pozici v sociální struktuře (vzdělání, sociální třída, subjektivní životní úrovně) nebo horizontální (pohlaví, velikost bydliště a věkové kohorty dle historické doby vstupu do práce). Současně také potvrzuje, že lékaři se řadí mezi nejvýše hodnocené profese z hlediska společenské prestiže. Lékařská profese velmi výrazně z hlediska přisuzované prestiže překonává ostatní vysoce oceňovaná a kvalifikačně náročná povolání, která podobně jako lékařská profese rovněž obsahují určitý

étos, mají charakter služby společnosti a bývají občas vnímána spíše jako poslání než jako způsob obživy (Červenka, 2005). Smetáčková a Komárková (2018) potvrzují vysokou míru prestiže profese lékaře v české společnosti také na nejnovějších datech. Na rozdíl od jiných výzkumů navíc rozlišují mezi prestiží coby respondentovým vnímáním společensky sdíleného žebříčku a osobní úctou coby subjektivním dojmem. Odlišovat obě formy hodnocení dovoluje zjistit nejen, jak respondenti/ky reflektují sociální stratifikaci založenou na povolání, ale také jak ji osobně hodnotí, a tedy nakolik s ní souhlasí. Na rozdíl od některých jiných povolání však lékaři dosahují absolutně nejvyšší míry také v oblasti osobní úcty.

Poskytnuté zdroje nabízejí teoretickou oporu pro interpretaci **pasivní role**, do níž se pacienti zhusta dobrovolně staví a již v komunikaci naplňují. Vysoká míra úcty k lékařům a potažmo medicíně jako takové může být v tomto ohledu vysvětlením jejich chování, které se stále řídí předpokladem, že doporučení lékaře je pro ně vždy nejlepší a nemá smysl jej blíže zkoumat. Příkladem takového přístupu je Jiří. Jistou míru úcty a také nejistoty tváří v tvář autoritě medicíny však můžeme pozorovat ve všech rozhovorech.

Častěji se však v našem materiálu setkáme s okamžiky, kdy pacienti v rozhovoru vyjadřují nespokojenost, nesouhlas či nedůvěru ke konkrétním zdravotníkům, avšak přiznávají, že tváří v tvář systému se **raději podvolili** a přesvědčovali sami sebe, že systém „ví, co dělá“ a vše dopadne dobře (Libuše, Lenka, Marie, Eva, Jana). V takových okamžicích sice úcta k medicíně a vysoká prestiž lékařské profese stále tvoří jistý komunikační kontext, ale aktuálně silněji působí spíše konkrétní asymetrické nastavení vztahu, kdy pacient vnímá převahu na straně personálu a obává se, že by svým protestem narušil existující rovnováhu. Prožívají vnitřní konflikt, který má různé vyústění, avšak na jeho začátku stojí reflektovaná osobní představa, která je v rozporu s tím, co žádá systém.

Současně se v rámci našich dat setkáváme i s okamžiky, kdy pacienti **přímo prosazují** svou představu o léčbě, sami se informují z externích zdrojů nebo mají předběžnou představu o diagnóze (Šimon, Jitka). Autoři výzkumů posledních let potvrzují, že v tomto ohledu dochází k jisté proměně vnímání medicíny veřejností. V souvislosti se společensko-kulturními změnami, na něž upozorňují například Davies (1999), Diaz et al. (2002) nebo Hesse et al. (2005) postupně sílí tlak stále více informované veřejnosti na zdravotnický systém a klesá automatická ochota pacientů akceptovat vše, co jim zdravotníci předloží.

Zmínění autoři popisují proměnu v informovanosti veřejnosti a postupnou změnu postoje směrem od apriorní neinformované důvěry v medicínu k tendenci pacientů zorientovat se v problému a účastnit se rozhodování. Také v tomto, širším společenském smyslu můžeme pozorovat proces dynamického vyjednávání. Zdravotníci se tak stále častěji setkávají s pacienty, kteří jsou připraveni prosazovat svou představu o tom, jak s nimi bude zacházeno. Jak upozorňuje Brezina (2017, s. 56), zdravotnický systém, redukující pacienta na skupinu symptomů, poškozených orgánů, či změněných emočních stavů nevzbuzuje důvěru stále informovanějšího pacienta. Současně klesá kredibilita systému u části populace vlivem tržní politiky nadnárodních farmaceutických společností a pojišťoven, která mimo jiné staví i lékaře do stále marginálnější pozice a pod tlak, který jej posouvá do depersonalizovaného kontextu.

Společenská změna, kterou popisují zahraniční autoři, se týká také České republiky. Projevuje mimo jiné na rostoucím počtu pacientů, kteří předčasně opouštějí nemocnici na

základě vlastního rozhodnutí. Jejich počet vzrostl mezi lety 1998 a 2017 více než dvojnásobně, přičemž se nemění celkový počet hospitalizovaných pacientů. Mezi lety 2007 a 2015 také více než trojnásobně vzrostl počet takzvaných ambulantních porodů, kdy ženy po porodu opouštějí nemocnici dříve než po uplynutí (ministerstvem zdravotnictví doporučených) 72 hodin (zdroj ÚZIS; viz Přílohu 3, Grafy 1 a 2). Tyto údaje svědčí o společenském trendu směrem k větší autonomii pacientů. Je otázkou, nakolik jsou zmíněné trendy slučitelné s disciplinárním nastavením instituce nemocnice (v obecném smyslu i v konkrétní praxi).

## Dehumanizace jako součást vztahu zdravotníka a pacienta

V analýze dat jsme se setkali s mnoha okamžiky, v nichž pacienti reflektovali, že je zdravotníci nepovažovali za plnohodnotné partnery. Esencí tohoto tématu je oddíl Odmítnutí a znehodnocení (s. 106). Všude tam, kde byla nějak odmítnuta nebo znehodnocena relevantnost pacientových potřeb, došlo tím k symbolickému snížení důstojnosti člověka, který byl v roli pacienta. Jedním z vysvětlujících konceptů situací odmítnutí či znehodnocení může být dříve zpracované téma **dehumanizace v medicíně** (Smetáčková et al., 2014)<sup>44</sup>.

Aktuální výzkumy definují celou řadu psychologických faktorů, které vstupují do průběhu léčby a determinují její úspěšnost. Jedním z nich je tendence dehumanizovat pacienta. Domníváme se, že právě dehumanizace, jež je založena na odebrání lidské podstaty druhému (Haque & Waytz, 2012), může být jedním z vysvětlujících konceptů této oblasti našeho výzkumu.

Na základě působení více proměnných může u zdravotníka dojít k postupné ztrátě vnímání lidského rozměru v komunikaci s pacientem. Součástí takového procesu je dehumanizace pacienta v očích zdravotníka. Dehumanizovaná percepce okolí je mimo jiné řazena mezi obranné mechanismy třetí fáze vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003, s. 14). Je otázkou, co je v takové situaci příčinou a co následkem dehumanizované percepce okolí; negativní aspekty dehumanizace mají v každém případě dopad jak na pacienta, tak i na lékaře samotného. Osobní zkušenost s takovým procesem popisuje v našich datech lékař Pavel. *(Nejvíce nešťastnej jsem byl, to jsem si myslím prožil opravdovou depresi, když jsem se vrátil z Německa zpátky do Čech. Já jsem si myslel, že s tím snad budu muset praštit. Protože to bylo tak strašně neuspokojivý! Neviděl jsem v tom žádnou... nic pozitivního v tý medicíně. Protože my jsme tu byli vychovávaný tak...nebo ta atmosféra na těch klinikách byla taková, že bylo strašně moc práce všude a pacienti byli vnímány jako zdroj tý námahy. To znamená, byli vnímány jako obtížnej hmyz nebo jako přítěž. Nikdo nás neučil, jak najít v tom kontaktu s těma pacientama tu radost tý medicíny. Kdežto na západě ty studenti medicíny a ty mladý doktoři jsou vedený k tomu, že pozitivní komunikace a jakoby ta vzájemnost toho vztahu je naopak to, co člověka drží nad vodou v tý strašně vyčerpávající práci. To znamená, že jakmile člověk tenhle aspekt medicíny ztratí, jakmile tě přestane bavit normálně mluvit s lidma a vnímat je jako osobnosti, ne jen jako pacienty, tak pak už ta medicína nemůže dělat člověku radost. (...)) Mladý doktoři nejsou k tomu vedený. Nejsou vedený k tomu, že ty*

<sup>44</sup> Autorka práce byla členkou týmu.



*pacienti jsou jedinej zdroj. Jsou jedinej zdroj informací, ale i jedinej zdroj radosti z tý práce. Pavel, 092).*

Jak uzavírá Smetáčková et al. (2014), z dosavadních výzkumů vyplývá, že lékařství je oblastí s vysokým výskytem dehumanizace. Externí důvody, které za tím stojí, spočívají zejména v nárůstu lékařských technologií (na úkor přímého kontaktu s pacienty) a v ekonomických tlacích na pokles nákladů zdravotnického systému (Haslam, 2007). Vedle toho se však na dehumanizaci podílí i nadměrná zodpovědnost, vysoké nasazení a emoční náročnost lékařské profese (Haque & Waytz, 2012).

Jeden z našich respondentů, David, který pracuje jako fyzioterapeut, v rozhovoru říká, že má pochopení pro personál, který postupem času začne svou práci vykonávat rutinně a bez zřetele k jednotlivci a jeho potřebám (*...ten velkej koloběh, ve kterým najednou přestaneš vnímat tu realitu. Nebo přestaneš vnímat svět očima toho člověka, kterej tam přijde. David, 083).*

Téma dehumanizace považujeme za relevantní také s ohledem na samotný průběh terapie. Pacienti, kteří se cítí dehumanizováni, vykazují nižší klinickou účinnost léčby (Haslam, 2007). To je dáváno do souvislosti s tím, že pociťuje-li pacient, že je lékařem dehumanizován, klesá i jeho důvěra v odborné kompetence ošetřujícího personálu a celková spokojenost s lékařskou péčí (viz kapitolu Odmítnutí a znehodnocení, s. 106). To nakonec vede k redukci celkové psychické pohody a k nedodržování léčebných postupů, což způsobuje prodlužování léčby či dokonce její neúčinnost (Smetáčková et al., 2014).

Haque a Waytz (2012) nabízí šest možných příčin, které mohou vést k dehumanizaci v medicíně. U tří z nich (deindividuace, oslabení pacientovy schopnosti konat a odlišnosti pozic zdravotníka a pacienta) jednoznačně převažují negativní aspekty, zatímco u zbývajících tří (mechanizace, oslabení empatie a morální vyvázání) se jedná o kombinaci negativních a pozitivních aspektů.

V procesu **deindividuace** se pacient stává součástí skupiny těl bez tváře a jak zdůrazňuje Haslam (2006), namísto vnímání pacienta jako osoby je důraz kladen na provedení intervence na zcela pasivním objektu. **Oslabení pacientovy schopnosti konat**, kterou mj. popisujeme v první kapitole prezentace dat, je spojeno s redukcí člověka na kategorii (pacient), které tvoří podhoubí pro dehumanizaci. V neposlední řadě je pak podkladem pro dehumanizaci existující **odlišnost pozic** (Smetáčková et al., 2014). Na straně lékaře jako zástupce instituce je silnější formální převaha než na straně pacienta jako jednotlivce (Haque & Waytz, 2012). Tato formální nerovnost je navíc posílena nerovností mezi ne-mocným a mocným (zdravým). Autoři, kteří se podrobněji věnují dehumanizaci, tak také potvrzují náš předpoklad apriorní asymetrie.

Funkčními rozměry dehumanizace pak jsou **mechanizace**, **oslabení empatie** a **morální vyvázání**. Všechny tyto psychologické fenomény souvisejí s oddělením pacienta od jeho lidskosti v mysli zdravotníka. Smetáčková et al. (2014) se v souladu s Haque a Waytzem domnívají, že tyto tři aspekty pomáhají lékařům zvládnout výkonovou a emoční zátěž, neboť si méně připouští důsledky svého potenciálního selhání, díky čemuž se lépe soustředí a může pacientovi podat kvalitnější a tedy medicínsky přínosnější odbornou péči. Musí však být užity ve zdravé míře. Potvrzuje se tak, že jak míra osobní angažovanosti v práci profesionála, tak míra ochrany vlastních psychologických hranic musejí být předmětem neustálého vyvažování.

## Empatie v medicíně

V předcházející výzkumné zkušenosti jsme se blíže věnovali tématu empatie v medicíně. Různým výkladům pojmu empatie se podrobněji věnuje text *Empatie v medicíně* (Francová & Hnilica, 2014, in Ptáček & Bartůněk, 2014).

Také v tomto našem výzkumu se empatické chování personálu ukázalo jako klíčová součást zdravotnické komunikace. Zřetelně je to vidět především ve vztahovém rozměru komunikace, který je zařazen ve druhé kapitole prezentace dat, zejména pak v oddílu *Potvrzení* (s. 94). (Ne)empatičnost v chování lékařů či sester však zřetelně prostupuje také všemi obsahovými kategoriemi vyjednávání o asymetrické povaze vztahu a ukazuje se jako pojičící moment hodnocení kvality komunikace v perspektivě pacientů.

Pro lepší porozumění problému je vhodné zaměřit se na definici empatie. Většina psychologických prací se v zásadě dělí na dva proudy: první z nich tvoří teoretici, již definují empatii skrze emoce, druhý pak autoři, kteří definují empatii jako záležitost poznávacích procesů (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). První ze zmíněných proudů popisuje empatii jako emoční odpověď pozorovatele na afektivní stav druhého, tedy jako to, co běžně nazýváme soucitem. Taková podoba empatie vyžaduje emoční angažovanost na straně zdravotníka. Druhý proud pak zdůrazňuje především porozumění pocitům druhého, tedy schopnost odložit vlastní perspektivu a připisovat druhému určitý psychický stav (Leslie, 1987). Taková podoba empatie vyžaduje schopnost reflektovat situaci druhého a přizpůsobit tomu své chování.

Jak ukazuje naše analýza dat, pacienti v obtížných situacích vítali osobní angažovanost lékařů či sester, avšak častěji označovali za důležitou právě schopnost personálu porozumět jejich situaci a přizpůsobit tomu další komunikaci.

Z naší analýzy tak vyplývají tyto implikace: zdravotníci si mohou na rozumové úrovni vědomě osvojovat techniky práce s emocemi, které práce medicíně nutně přináší a chovat se empaticky, tj. zahrnout do vzájemné komunikace porozumění situaci pacienta. Toto zjištění je ve shodě se závěry dalších autorů, jako například Gianakose (1996), jenž upozorňuje na potřebu reflexe perspektivy druhého, tedy „schopnost lékaře představit si, že on sám je pacientem, který přišel žádat o jeho pomoc“ (s. 135). Novější texty pak už počítají se dvěma podobami empatie: „Empatický lékař (empathetic) sdílí s pacientem jeho porozumění situaci, zatímco lékař primárně soucítící (sympathetic) sdílí s pacientem jeho emoce“ (Hojat, 2007, s. 80).

## Narativní přístup

Jak vyplývá z dříve uvedeného, za jedinečný a současně funkční způsob, jak otevřít porozumění problematice zdravotnické komunikace, považujeme **příběh**. Příběhy jednotlivců tvoří stěžejní část předkládané práce. V tomto smyslu se jako nosná součást naší analýzy potvrdil narativní přístup.

Životní příběhy nejen odrážejí osobnost člověka, ale v jistém smyslu jsou přímo její součástí (McAdams & Manczak, 2015). V pohledu narativní psychologie životní příběh není

životopisem, který zahrnuje všechna fakta, data a životní události; je spíše unikátní cestou, na níž člověk prožité události vnitřně reflektuje, každý z nich bere do rukou, aby jej proměnil a včlenil do příběhu, který bude dávat smysl. Vyprávěný příběh tak neříká jen, co se odehrálo, ale také, co je pro člověka, který jej vypráví, důležité, co to vypovídá o něm a co to znamená pro jeho další život.

Heideggerovská hermeneutická tradice, jež tvoří jeden ze základů pro narativní analýzu (Chrz, 2004), klade důraz na člověka jako na odpovědnou bytost, která aktivně „rozvrhuje“ svůj přístup k situaci. Je to právě pozice **člověka jako aktéra**<sup>45</sup>, která se stala východiskem pro naši interpretaci patientské zkušenosti, kterou shrnujeme v kapitole Vývoj.

V analýze dat jsme se opakovaně setkali s okamžiky, v nichž pacient (přímo či nereflektovaně) zvažoval svou osobní pozici vůči personálu a svůj postoj k situaci, jež se ho bezprostředně týkala. Analýza dat ukazuje, že se tak děje prakticky ve všech sesbíraných příbězích. Naši respondenti a respondentky se opakovaně dostali do situací, které vnímali jako nekomfortní nebo přímo ohrožující, a mnohdy v nich nedokázali reagovat tak, jak by si představovali. K reflexi vlastního přístupu u nich došlo až zpětně.

Význam ve vyprávěném příběhu aktivně vytvářejí také rodiče dětí, kteří formulují svou pozici jako primárně aktivně-rodčovskou; vystupují jako ti, kteří se chtěli starat o své děti a zůstat v jejich blízkosti.<sup>46</sup> Platilo to jak pro Helenu a Davida, tak pro Marii a Pavla, Zuzanu, Lenku, Kateřinu i Libuši.

Potvrzuje se důležitost pohledu na člověka jako na **spolutvořitele významů**. Ten se stává součástí vyprávěného příběhu. Prostřednictvím vyprávění pak dochází k vymezování pozic účastníků komunikační interakce (Bamberg, 1997, in Chrz, 2004). To je možné pozorovat všude tam, kde pacient vysvětluje v rozhovoru svou pozici („Já jsem zvyklá plnit tu roli, dělat prostě to, co se ode mě očekává“; „Většinou se snažím, aby si člověk mohl uchovat něco...“) a současně obhajuje a argumentuje své chování („Kdyby mi řekl, že...tak by mi to nevadilo, ale takto...“).

Zřetelněji pak sledujeme vlastní konstrukci významů tam, kde pacient/ka prochází vývojem (jenž se aktuálně projevuje změnou přístupu) a rozhoduje se k „potíži“, stojí před rozhodnutím, jak se zachovat. Toto zjištění je v souladu s předpokladem narativní analýzy, že právě ve vztahu k „potíži“, jíž může být problém či krize, konstruuje člověk své důvody, ospravedlnění, své hodnoty, přesvědčení, teorie a podobně (Chrz, 2004, s. 30). Potvrzuje se tak již zmíněná perspektiva aktérství v lidském životě, kterou narativní psychologie přináší.

---

<sup>45</sup> Význam perspektivy aktérství jedince uprostřed vlastní zkušenosti potvrzuje Adler (2012). Ten identifikoval aktérství (pocit, že mám svůj život pod kontrolou) a společenství (vědomí, že žiji ve vztahu) témata lidských příběhů, jež přímo souvisejí s duševním zdravím. Adler realizoval longitudinální studii na 47 účastnících, kteří v průběhu terapie (12 sezení) psali vlastní vyprávění. Současně byla průběžně hodnocena jejich duševní pohoda. Adler identifikoval úzký vztah mezi vědomím společenství a osobní pohodou, avšak není zřejmé, že by pocit dobrých vztahů tady a teď nějak predikoval duševní pohodu do budoucna. V případě aktérství však byl vliv na duševní pohodu respondentů přímo potvrzen. Průběžné zlepšování duševní pohody přímo korelovalo s pocitem nabyté kontroly nad vlastním životem. Současně se prokázalo, že pocit aktérství se v příbězích začal objevovat *před* pozorovaným zlepšením psychické pohody.

<sup>46</sup> Tento důraz se znovu odrazí v existenciálním rozměru příběhů v kapitole Daseinsanalýza.

To se v analýze našich dat nejvýrazněji odráží v kapitole „Dnes to vidím jinak“ (s. 120), která na příkladech šesti žen ukazuje různé způsoby interpretace podobných situací a současně s nimi různé procesy reflexe vlastního chování a vposledku i vlastní identity. Jak píše Chrz (2004), každý člověk má specifický způsob aktérství. Některé pacientky zůstaly po nepříjemných zážitcích, jimž se nedokázaly bránit, v pozici oběti (Eva, s. 124; Marie, s. 121). Jiné se po období váhání rozhodly pro aktivní přístup k problému, a to jak v okamžiku hospitalizace (Lenka, s. 132; Libuše, s. 131), tak do budoucna jako odhodlání postupovat napříště jinak (Jana, s. 127). Dalším respondentkám (Zuzana, s. 126) naopak pomohla pozitivní zkušenost z komunikace s personálem, tak jak ji interpretují, k pocitu vlastního autorství (Eva v situaci porodu v Německu). Je zřejmé, že všechny tyto vývojové proměny a jejich uchopení v příbězích přímo souvisely s identitou jednotlivých respondentek. Zkušenost s hospitalizací se zmíněným respondentkám stala impulzem k proměně pohledu na sebe sama, a to se přímo odrazilo ve vyprávěném příběhu.

V závěru kapitoly Vývoj pak do popředí vystupuje tendence dát smysl událostem svého života i svému počínání a setrvat ve svébytném způsobu vztahování se ke skutečnosti i ke svým blízkým. Ty budou zmíněny v následující kapitole.

## Daseinsanalýza

Narativní přístup upozorňuje na potřebu jedince dát význam životním událostem; daseinsanalytická perspektiva pak poskytuje přímý důraz na **existenciální rozměr** této potřeby. Východisko lidské existence spatřuje daseinsanalýza v autentickém bytí, tedy ve schopnosti být sám sebou tady a teď, v našem případě v nemoci a uvnitř instituce. Jednotliví respondenti a respondentky našeho výzkumu vyprávějí, jak se vypořádávali se zkušeností nemoci, s hospitalizací i s nejistotami spojenými s asymetricky nastavenou komunikací. Ukazuje se, že také v průběhu hospitalizace jedinec může mít potřebu hledat prostor pro vlastní svébytnost navzdory omezením, jež mu institucionální péče přináší, a tato potřeba se dále odráží v komunikaci s personálem. Zřetelně to můžeme pozorovat v kategoriích Obhajoba vlastní svébytnosti (s. 136) a Stát za sebou (s. 138).

Daseinsanalýza současně otevírá téma **svobody** člověka v jeho existenci. Řečeno jazykem daseinsanalýzy, jedinec, jenž se ocitá v nemocnici, pozbývá svobody, jež tvoří jeho plnohodnotné bytí. Jak skrze nemoc, tak skrze hospitalizaci, jež je prostředkem k léčbě jeho tělesných neduhů, je člověk omezen ve svobodném bytí. Nemoc sama vždy představuje narušení bytí člověka vcelku, jeho samostatnosti a volnosti rozhodování (Hlavinka, 2001, s. 78). Toto základní zúžení ve svobodě bytí potvrzuje například kategorie Ztroskotání (s. 46) v první kapitole; avšak nesvoboda jedince v nemoci a uvnitř instituce je tématem, které prostupuje všemi obsahovými rozměry hospitalizace, které představuje jak první, tak druhá i třetí kapitola.

Za nedílnou součást autentického pobývání pokládá daseinsanalýza lidské **vztahy**, tedy bytí s druhými. Nemožnost plně realizovat tuto oblast lidského života jsme pozorovali především v kategoriích Omezení kontaktu s blízkými (s. 53) a Ohraničení kontaktu s dítětem (s. 54), které byly součástí první kapitoly. Ukázalo se, že nemožnost kontaktu s blízkými, a ponejvíce s vlastním nemocným dítětem, byla pro všechny respondenty zdrojem úzkosti. V druhé kapitole se stejný motiv objevuje v poněkud naléhavější podobě, v kategoriích

Kontakt s dítětem a Kontakt s blízkými (s. 80). Nejzřetelněji pak bylo možné pozorovat potřebu setrvat v blízkém vztahu, realizovaném „tady a teď“, v kategorii Zůstávat ve vztahu se svým dítětem (s. 138), která potvrzuje potřebu člověka sytit svůj život autentickými vztahy. Ve zmíněné kapitole se přímo zhmotnila potřeba rodičů upřednostnit realizaci vztahu s dítětem před vším ostatním, včetně procedurálních stránek nemocniční péče. Můžeme uvažovat, zda potřeba naplněné svobody bytí a realizovaného vztahu nestojí z hlediska existenciálního v popředí všech patientských zkušeností. Avšak v případě, že se jedná o dítě, pacient překoná i ostych či strach přirozeně plynoucí ze společensky podmíněné úcty k instituci nemocnice a z pocitu závislosti na vztahu se zdravotníky.

V neposlední řadě se daseinsanalýza stala filosofickou oporou pro náš metodologický přístup. Daseinsanalýza v terapeutické praxi aplikuje maximální otevřenost v tom, že důsledně **ponechává věci být tím, čím jsou**. V souladu se svými fenomenologickými a hermeneutickými kořeny daseinsanalytí autoři předpokládají, že „bytí lze porozumět pouze tak, že se prodlí u jevů, úkazů a příznaků, které jej ohlašují, ve všech jejich významech a odkazovacích souvislostech“ (Čálek, 1994, s. 12). Porozumění postojům a prožitkům pacientů v procesu komunikace se zdravotníky bylo možné díky tomu, že jsme se zřekli snahy o „objektivní“ pohled a bez dalšího hodnocení jsme prezentovali patientskou zkušenost takovou, jakou ji respondenti a respondentky sdělovali.

## Výzkumná metoda, vzorek a validita výzkumu

Výzkumný vzorek, který tvoří zdroj našich dat, má specifické složení. Převažují respondenti a respondentky s vysokoškolským vzděláním. **Složení a rozsah výzkumného vzorku** jsou dány jak povahou práce (omezenými možnostmi jednotlivce ve vyhledání respondentů, limity v realizaci množství rozhovorů a jejich zpracování), tak také důvody metodologické povahy.

Mezi respondenty, které jsme při sběru dat oslovili, byli lidé různého věku a vzdělání, avšak nakonec převažují ženy vysokoškolačky. To nebylo prvotním záměrem, ale spíše výsledkem podmínek realizace práce a omezení z ní plynoucích, včetně nutnosti selektovat rozhovory, které bylo možno v analýze reálně použít.

Ukázalo se totiž, že chceme-li nasbírat rozhovory, v nichž respondent srozumitelně sděluje svůj příběh, reflektuje své chování v komunikaci a popisuje své tehdejší emoce, je třeba respondenty „rozmluvit“. K tomu byla zapotřebí jistá míra důvěry k dotazující osobě a také schopnost respondenta se k tématu rozsáhleji vyjádřit. Do vzorku tak nakonec byli vybráni respondenti a respondentky, které jsme „rozmluvit“ dokázali a kteří současně měli schopnost poskytnout více než jednoslovné odpovědi. Můžeme uvažovat o tom, zda se nejedná o specificky citlivé lidi, jejichž subjektivní pohled se nemusí shodovat s většinovým. Do jisté míry tomu tak může být; je možné, že většina populace je i ve zdravotnické komunikaci méně citlivá, méně reflexivní. Současně se však domníváme, že základní oblasti, v nichž se odehrává vyjednávání o povaze vztahu, lze identifikovat v situacích hospitalizace na obecné úrovni a že téma potvrzení lidské důstojnosti, které se v analýze opakuje, lze považovat za univerzální, třebaže jsou na něj různí respondenti v různé míře citliví. Jinak tomu může být v otázce potřeby spolurozhodovat a být seznámen s detaily léčby, která, jak je zřejmé i

z našich dat, je spíše individuální. Liší se totiž nejen podle osobnosti respondenta, ale i podle typu řešeného problému.

Případná specifičnost uvažování respondentů, kteří jsou citlivější na vztahový rozměr komunikace nebo na omezení, jež přináší hospitalizace, je jednou z problematizujících stránek validity našeho výzkumu. Jsme si vědomi tohoto rizika. Protože pacienti a pacientky jsou v různé míře citliví na dynamiku komunikace se zdravotníky, nelze tvrdit, že stejný pohled by měli všichni další případní respondenti. Současně však jsou respondenti, kteří byli verbálně zdatní a současně reflexivnější, silnou stránkou výzkumu, neboť poskytovali obsažnější výpovědi o vlastních prožitcích, a umožnili tak lepší vhled do výzkumného problému.

Ve výzkumném vzorku mírně převažují porodní příběhy nebo zkušenost s hospitalizací dítěte. To je dáno především skutečností, že porod nebo nemoc dítěte jsou nejčastější zkušeností lidí ve středním věku, kteří většinou netrpí jinými tělesnými neduhy. S nemocnicí se tak přirozeně setkají v souvislosti s tím, že se stanou rodiči. Při vyhledávání respondentů se tak zkušenosti s porody a dětmi nabízely nejčastěji, a ovlivnily tak složení vzorku.

V tomto smyslu se může jednat o jednu z problematických stránek validity našeho výzkumu. Specifické situace porodu nebo hospitalizace dítěte mohou ve srovnání s jinými podobami hospitalizace poskytovat odlišný druh zkušenosti. V případě, že se jedná o vlastní dítě, pravděpodobně se více mobilizují rezervy (jak jsme popsali výše), protože rodič v roli hospitalizované osoby má zájem mít nad zacházením s jeho dítětem větší kontrolu. Základní oblasti, v nichž se odehrávalo vyjednávání o povaze vztahu, jsme však nacházeli napříč všemi rozhovory. Nahlížíme-li na validitu perspektivou důvěryhodnosti (srv. Čermák, 2002), považujeme námi vytvořený systém kategorií za důvěryhodný výstup výzkumu v rámci našeho vzorku, a to především proto, že prezentace našich výsledků stojí výhradně na původním materiálu.

Podstatu našeho výzkumu (kterou můžeme považovat za obohacující a současně limitující) tvoří skutečnost, že se jedná výhradně o **subjektivní prožívání** jednotlivých lidí. Nejen z limitů vzorku, ale také z této skutečnosti vyplývá, že všechny závěry nemůžeme automaticky zobecňovat na celou populaci. Současně se však potvrdila možnost vhledu do příběhu jedince a do jeho prožívání jako unikátní možnost porozumět situaci pacienta v konkrétní komunikaci i zkušenosti člověka v instituci obecně. Na podobném principu by mohl stát budoucí rozsáhlejší výzkum tématu.

Také užitá **kvalitativní analýza** má vzhledem ke kvalitě zjištění o zdravotnické komunikaci mnohé podstatné limity i zcela zřejmé výhody. V souladu s východisky etnografického přístupu (Spradley, 1980) máme na paměti subjektivnost analýzy v rukou výzkumníka, jenž není jen pasivním účastníkem výzkumu, ale je jeho nástrojem. Důraz na některá témata analýzy je tak nepochybně také výsledkem preferencí výzkumníka. Je zřejmé, že jiný výzkumník by kladl důraz na jiné téma už v průběhu rozhovoru, anebo že by v analýze týchž rozhovorů kladl důraz na jiné aspekty. V zásadě však považujeme nalezená témata za důvěryhodný výsledek analýzy, neboť jsou v každém okamžiku opřena o materiál.

Součástí rozhodnutí o metodologickém přístupu k tématu bylo rozhodnutí o užití metody sběru dat. Rozhovor se ukázal jako zdroj hodnotných a unikátních informací. Současně tento způsob sběru dat kladl velké nároky na výzkumníka, a to především v zachování etických pravidel výzkumu. Uprostřed často dramatických okolností sbíraných příběhů bylo obtížné

zachovat neutralitu. To mohlo vést k částečnému zkreslení dat, protože průběh výzkumného interview místy hrozil překročit hranici terapeutického rozhovoru. Po celou dobu jsme se však snažili zachovat hranice výzkumu a současně neopustit zásadu maximální otevřenosti v kladení otázek a empatického vystupování navozujícího důvěru.

Užitá metoda přináší porozumění a vhled do problému, které bychom jiným způsobem zpracování tématu nedosáhli. Obecně metodologicky se pak v tomto smyslu jako přínosný ukázal **induktivní přístup** k tématu, který sám o sobě nestanovuje témata předem, ale poskytuje možnost nechat témata „vyrůst“ z nezmapovaného pole do celku, jenž napomůže rozpoznání podstaty zkoumaného problému; v našem případě umožní porozumět patientské zkušenosti i mechanismům komunikace v nemocničním prostředí novým způsobem a v nových kontextech.

## Přínos výzkumu a doporučení

Srovnání výzkumných výsledků s příručkami o zdravotnické komunikaci podtrhuje potřebnost takového vhledu do tématu, který se bude maximálně přibližovat skutečnému dění a postavení jeho aktérů. České příručky o komunikaci pro zdravotníky nebo učebnice pro studenty lékařství poskytují přehled o psychologických teoriích; a z praktických stránek komunikace se soustřeďují na technické řešení komunikace, například na problematiku srozumitelnosti lékařovy řeči pro pacienta, případně na ověření pacientova porozumění instrukcím<sup>47</sup>. Chybí však širší diskuse psychologických souvislostí přítomnosti člověka v prostředí nemocnice, téma potenciálu moci plynoucí z apriorní asymetrie, pocitu závislosti a odkázanosti a otázky hranic odpovědnosti za rozhodnutí o léčbě. Ty nejsou v české literatuře diskutovány, ani hlouběji analyzovány.

V neposlední řadě je náš výzkum přínosem také na poli **pedagogické psychologie**. V návaznosti na dříve zpracovanou diplomovou práci (Francová, 2007) hledáme a identifikujeme zákonitosti mezilidské komunikace také v dalším typu asymetrického vztahu (učitel - žák, pacient - lékař). Nacházíme zde některé paralely, především v oblasti vztahové, kdy se ukazuje, že jak žáci ve škole, tak pacienti v nemocnici jsou citliví na autentické chování svého komunikačního partnera. Významnou roli ve vzájemné komunikaci pak ve škole i v nemocnici hraje také rigidita, s níž jsou uplatňovány byrokratické nástroje. Dalším ze styčných bodů obou výzkumů je skutečnost, že do konkrétního vztahu (konkrétní komunikace) vstupuje celý systém okolností, jež jsou spojeny s institucionálním rozměrem vztahu. Během komunikačních výměn jsou „znovupřehrávány“, a tím upevňovány, představy jednotlivců i platnost pravidel systému. Systém je tak potvrzován, udržován a současně tvořen jednotlivci, kteří v jeho rámci komunikují. Téma člověka v instituci tak umožňuje najít interpretační rámce, které můžeme uplatnit v analýze obou disciplinárních institucí, nemocnice i školy.

Pro pedagogickou psychologii, která vedle dalšího vzdělává studenty coby budoucí učitele psychologie na středních školách, je aktuálním tématem vzdělávání studentů zdravotnických

---

<sup>47</sup> Nepochybně najdeme mnoho styčných bodů mezi našimi zjištěními a doporučeními odborníků, jako je například potřeba empatie nebo důraz na poskytnutí srozumitelných informací (srv. např. Ptáček & Bartůněk, 2014, s. 86 – 89).

škol. To by mělo zahrnovat také vzdělávání v oblasti komunikace s pacientem. Náš výzkum také přináší nové podněty pro způsob, jakým toto vzdělávání realizovat. Na základě provedené analýzy a jejích výstupů se domníváme, že součástí vzdělávání lékařů a zdravotníků v komunikaci by se mohlo stát právě porozumění skrze příběh. Poznání autentické zkušenosti pacientů a možnost převzít na okamžik jejich perspektivu přináší prostor pro skutečné porozumění jejich potřebám. Ve spojení s reflexivností, která je potřebným rozměrem praktické práce zdravotníka může porozumění skrze příběh přispět ke zvýšení kvality vzdělávání (budoucích) profesionálů.

Součástí přínosů našeho výzkumu by mohla být širší společenská diskuse komunikace ve zdravotnictví na podkladě poznání reality českých nemocnic. Ta by však vyžadovala zevrubnější popsání problému skrze další výzkum. Ten by mohl probíhat dvojím směrem: buď využít námi vytvořený systém kategorií, a prohlubovat jejich obsah dalším tázáním se, nebo náš systém ověřovat či korigovat skrze nový systém netříděných dat a jeho zcela novou analýzu. Bylo by též zajímavé zabývat se otázkou společenských změn, vedoucích k autonomii pacienta, které naše data naznačují. Je otázkou, nakolik jsou tyto změny potvrditelné a reálné vzhledem k praxi zdravotnictví. Bylo by též zajímavé sledovat, zda se podobné procesy neodehrávají také na straně lékařů, kterým nevyhovuje pozice vykonavatelů vůle systému a (existuje-li) marginalizace jejich osobní role v něm.

V každém případě by bylo vhodné věnovat v případě dalšího výzkumu pozornost kritériím pro výběr respondentů. Zvláštní pozornost by pak měla být věnována oblasti porodnictví, neboť tvoří specifickou a současně společensky významnou část systému zdravotnické péče, což potvrzují i naše data. Výzkum patientské zkušenosti z porodnic by mohl být realizován odděleně od vzorku pacientů po běžné hospitalizaci. Také v případě běžné hospitalizace je však třeba mít na paměti odlišné důrazy na některá témata (například operace kolene probíhá za jiných okolností než léčba dlouhodobé nemoci, stejně tak se jiné emoce pojí s banálním zákrokem a s vážným onemocněním).

Naše závěry považujeme do té míry za univerzální, do jaké jsou srozumitelné všem lidem s nemocniční zkušeností. Za největší přínos pak považujeme odhalení části reality současného českého zdravotnictví a poskytnutí pohledu pacientů, který (místy překvapivě) ukazuje jiná témata, než lékařské příručky o komunikaci. Mezi ně patří především technická a psychologická omezení spojená s režimem nemocnice jako instituce a otázka profesionality zdravotníků, která se odráží na interpersonální úrovni a má zásadní vliv na prožívání pacienta.



## Závěr

V rámci našeho výzkumu jsme se věnovali psychologickému rozměru zdravotnické komunikace se zaměřením na asymetrickou povahu vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. S cílem identifikovat oblasti, v nichž se v průběhu komunikace odehrává vyjednávání o povaze vztahu, jsme analyzovali rozhovory s lidmi, kteří mají osobní zkušenost s hospitalizací.

Naše analýza potvrdila apriorní asymetrické nastavení vztahu mezi zdravotníkem a pacientem v nemocnici. Jako primární podklad tohoto nastavení se ukazuje skutečnost, že člověk je v nemoci **oslaben**, a je tak v základu oddělen od jindy běžného aktivního života. Prvotním principem asymetrie v nemocnici tak je skutečnost, že pacient je ne-mocný; zdravotník nikoli.<sup>48</sup>

Existující asymetrické postavení se dále vyjevuje v rámci prostoru nemocničního oddělení. To žije vlastním životem, vše je zde určeno pravidly a režimem a pacient, chce-li být léčen, se těmto pravidlům musí přizpůsobit.<sup>49</sup> Prvním z těchto pravidel je **uzavření** pacienta v nemocnici. V tomto ohledu je pacient oddělen od svobody a volnosti, kterou disponuje v běžném životě, což může být zúzkostňující.<sup>50</sup> Současně se vyjevuje, že pacient **nemá vliv** na okolní prostor, s nímž personál, jehož úkolem je prostor v zájmu léčby používat, aktivně zachází.<sup>51</sup> Pacient nemá vliv ani na režim svého dne;<sup>52</sup> držitelem moci nad prostorem i režimem je personál. Jedná se o přirozenou součást léčby, nemocnice je na tomto základě principiálně založena; současně to však odráží zjevnou skutečnost, že pacient je ve srovnání s běžným životem do značné míry pasivním článkem; a personál je činitelem aktivním. Z pořízených rozhovorů vyplývá, že ať se jedná o jedince, který si zakládá na svobodě pohybu a ovlivňování dění, které se jej dotýká, nebo ať pro něj vlastní kontrola nad životem není tolik důležitá, všichni pacienti v nemocnici vnímají rozdíl mezi běžným životem a pobytem v nemocnici, a to v omezení pohybu, časového rozvržení dne i dalších každodenních činností<sup>53</sup>.

Další skutečností, která určuje pacientovu asymetrickou pozici, je omezená schopnost se v prostoru i v situaci, ve které se nachází, **orientovat**. Zdravotníci disponují množstvím informací o chodu oddělení, o prostoru a jeho jednotlivých funkcích, ale také informacemi o problému, tedy o tom, jaká je diagnóza, co bude následovat a co se bude s pacientem dít. Pacient (alespoň zpočátku) tyto informace nemá, ocitá se ve zcela nové situaci a také přichází do zcela neznámého prostředí.<sup>54</sup>

---

<sup>48</sup> Oddíl Nemoc jako oslabení, první kapitola prezentace dat, s. 45.

<sup>49</sup> Oddíl Člověk v režimním prostoru, první kapitola prezentace dat, s. 50.

<sup>50</sup> Kategorie „Fyzicky zavřená“ a Určení pohybu a chování, s. 51.

<sup>51</sup> Kategorie „Z rukou“ a Teritorialita I., s. 53 a 56.

<sup>52</sup> Kategorie Životní rytmus, s. 52.

<sup>53</sup> Kategorie Omezení základního pohodlí, s. 52.

<sup>54</sup> Oddíl Pacientem v nemocnici v první kapitole prezentace dat, s. 49.

Dalším faktorem, který a priori determinuje postavení pacienta ve vztahu ke zdravotníkům, je skutečnost, že je tak či onak nakládáno s jeho **tělem**. Jedná se právě o tělo, o fyzické zhmotnění skutečnosti, že pacientův pohyb, a do značné míry i pocit tělesné pohody, jsou určeny procesem léčby, jenž je v rukou pečujícího zdravotníka. Týká se to všech situací vyšetření a zákroků na pacientově těle a veškeré medikace, která tak či onak ovlivňuje pacientovo tělo.<sup>55</sup> Omezení těla se ale odráží i v již zmíněné skutečnosti, že pacient prodlévá uvnitř nemocničního oddělení a není v intencích léčby, aby se v tomto prostoru svévolně pohyboval či jej bez vědomí personálu a bez dalších úředních procesů opouštěl.

Asymetrické nastavení vztahu se prakticky odráží v komunikaci s lékaři, sestrami i dalším personálem. Ve sděleních pacientů můžeme apriorní asymetrii identifikovat tam, kde popisují nemocniční oddělení, pocity spojené s nemocí a s hospitalizací, i tam, kde srovnávají situaci před hospitalizací a během pobytu v nemocnici.

Apriorní asymetrie má svůj historicko-spoolečenský základ a je principiální součástí zdravotnické komunikace v nemocnici i v ambulantní péči. Jejím základem je expertnost lékaře a s ní spojená schopnost pacientovi pomoci. Pilnick a Dingwall (2011) v návaznosti na T. Parsonse upozornili na společensky založenou a pacienty zhusta reprodukovanou prvotní asymetrii mezi zdravotníkem a pacientem, jež přináší do systému funkčnost a možnost dojít k cíli, jímž je vyléčení pacienta. Představitel interpretativní sociologie Erving Goffman upozornil na institucionální rozměr každé komunikace, tedy i té nemocniční. Pacient je v tomto pojetí zdůrazněn jako ten, kdo není expertem na terapeutickou situaci a může profitovat z toho, když od případného záměru mít proces léčby pod kontrolou ustoupí. V tomto smyslu jsou naše zjištění v souladu s autory, kteří asymetrii ve zdravotnictví považují za přirozenou součást systému, neboť se jedná o asymetrii postavenou na věcné či kompetenční rovině.

Jak ale ukazuje naše analýza, přinejmenším v praxi českých nemocnic se vztah zdravotníka a pacienta nadále vyvíjí. Předmětem dynamického procesu vyjednávání je míra asymetrie a její případné zesilování či zeslabování, které má obsahový a vztahový rozměr. Tomuto aspektu zdravotnické komunikace se věnuje celá druhá kapitola prezentace dat. Co se týče obsahové roviny, analyzovaná data ukázala, že podstatná část této komunikace se odehrává ve čtyřech základních oblastech: (1) informace (jejich poskytnutí či neposkytnutí),<sup>56</sup> (2) režim,<sup>57</sup> (3) umístění člověka v prostoru nemocnice<sup>58</sup> a (4) zacházení s jeho tělem.<sup>59</sup>

Ve zmíněných oblastech se nejen odráží apriorní asymetrické nastavení, ale především se odehrává (více či méně skryté) vyjednávání o povaze vztahu. Podoba vztahu a výsledná míra asymetrie závisí na chování obou zúčastněných. Současně je hodnocení podoby vztahu vždy dílem subjektivního vnímání zúčastněných (v našem případě pacientů a pacientek).

---

<sup>55</sup> Oddíl Tělo jako předmět manipulace, s. 56.

<sup>56</sup> Jedná se o informace o problému, o prostředí a o člověku; oddíl Informace; Obsahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 63.

<sup>57</sup> Oddíl Režim; Obsahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 75.

<sup>58</sup> Oddíl Člověk ve fyzickém prostoru; Obsahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 79.

<sup>59</sup> Oddíl Zacházení s tělem = „vyšetření“; Obsahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 85.

Naše analýza odhalila **princip moci**, který vztah zdravotníka a pacienta determinuje. Je založen na primární podobě vztahu, kdy jeden je omezen, ne-mocen, a druhý s ním zachází tak, aby došlo k uzdravení; úzce tedy souvisí s apriorní asymetrií, konkrétně s tím, že pacient je na zdravotnicích do značné míry závislý, a to nejen na technické, ale i na psychologické rovině.

Vztahový rozměr zdravotnické komunikace se pak odehrává kolem klíčové otázky: cítí se pacient potvrzen jako relevantní komunikační partner? **Potvrzení**<sup>60</sup> se odehrává prostřednictvím všech popsaných obsahových aspektů: poskytnutím informací, ne-využitím režimních nástrojů, jež by pacientovi braly důstojnost, ohleduplností v zacházení s jeho tělem i dalšími projevy empatie a lidskosti. Společným jmenovatelem je potvrzení druhého jako relevantního účastníka vzájemné komunikace a zmíněná **empatie** je založena v první řadě na schopnosti zdravotníka přijmout hledisko druhého (pacienta) a přizpůsobit mu své chování.

Analogicky s potvrzením se (na bázi obsahového rozměru komunikace) může odehrávat i opačný proces, jenž aktuální asymetrii zesiluje: **odmítnutí a znehodnocení**<sup>61</sup> self-konceptu druhého. Také zde se jedná o vztahový aspekt, jenž v tomto případě činí z pacienta v komunikaci ne-relevantního účastníka dění, „toho, na kom nezáleží“.

Opakovaně se potvrdilo, že tam, kde je relevantnost pacientových pocitů a potřeb personálem uznána, proměňuje se i pacientův dojem z komunikace. Na základě popsaných důvodů můžeme za klíčový psychologický aspekt komunikace ve zdravotnictví označit její **vztahovou rovinu**.

Dalším spojujícím tématem obsahového a vztahového rozměru ve zdravotnické komunikaci je **důvěra**, jež se pojí s výše popsanými faktory. Jak se ukazuje v naší analýze, pacient hledá prostor, v němž se může na zdravotníky spolehnout. Vzájemná komunikace v rámci popsaných obsahů je tak vedle dalšího především ujišťováním o bezpečnosti prostoru, v němž se pacient ocitá. Důvěra a pocit bezpečí jsou podle našeho názoru klíčovým předmětem vyjednávání, jež se ve zdravotnické komunikaci odehrává. Pokud pacient získá důvěru v personál, má to dvojí efekt: 1) pacient na základě uspokojivé podoby komunikace usuzuje také na odbornost zdravotníka, přestože tato nemusela být vůbec jejím předmětem a 2) pacient akceptuje další asymetrické konsekvence komunikace jako nevyhnutelné a svěřuje se do rukou zdravotníků, a to mnohy i tam, kde by jindy jejich postup zpochybňoval nebo zkoumal detaily. Tato podoba asymetrie však nespočívá v interpersonální, vztahové asymetrii, kdy by jeden ze zúčastněných byl vnímán jako méněcenný, ale pouze ve věcném rozměru léčby, který pacient v situaci důvěry přenechává v rukách personálu.<sup>62</sup> Za takových okolností je asymetrie v otázce vedení, rozhodování a zacházení s tělem druhého **funkční**.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Oddíl Potvrzení; Vztahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 94.

<sup>61</sup> Oddíl Odmítnutí a znehodnocení; Vztahový rozměr, druhá kapitola prezentace dat, s. 106.

<sup>62</sup> Oddíl Akceptovaný rozměr asymetrie, první kapitola prezentace dat, s. 58.

<sup>63</sup> Částečně může být pacientova snaha svěřit se do rukou odborníka také projevem nejistoty, v níž pacient nechce přebírat odpovědnost za léčbu, již po odborné stránce nerozumí, a za rozhodnutí, která mohou podstatně ovlivnit jeho budoucnost. Kategorie Nechci odpovědnost, třetí kapitola prezentace dat, s. 119.

Opačný efekt na straně pacienta nastává, pokud se pacient nachází v pocitu ohrožení, který je založen **nedůvěrou** k pečujícímu systému nebo konkrétním osobám. Rozhodnutí o důvěře nebo nedůvěře se odehrává na podkladě zacházení zdravotníků s asymetrickým nastavením vztahu a s mocí, která z něj vyplývá. Tam, kde je asymetrie silou zdravotníka zesilována nebo kde se pacient domnívá, že se tak děje, vnímá to jako ohrožující. Tam, kde je naopak potvrzen jako osoba, na jejichž pocitech záleží, vnímá vztah jako bezpečný.

Míra citlivosti na zesilování či zeslabování asymetrie je u různých pacientů různá; avšak popsané mechanismy jsme v různé míře pozorovali u všech našich respondentů. Zprostředkovaně se i v našich datech ukazuje to, o čem hovoří autoři, věnující se zdravotnické komunikaci v našich podmínkách (např. Ptáček, 2011; Brezina, 2017), a sice že do interpersonálního rozměru asymetrie vstupuje také krize systému, v němž pacient, redukován na soubor symptomů, „není člověkem“ a také role lékaře je postupně tlačena do depersonalizovaného kontextu. S tím se pojí tendence zdravotníků vykonávat svou práci bez zřetele k pacientovi jako osobě, která může vyústit v jeho dehumanizaci. Ta dále vede k redukci pacientovy psychické pohody i oslabení jeho spolupráce na léčbě.

Jak vyplývá z kategorií věnovaných fyzickým omezením pacienta v nemocnici,<sup>64</sup> do zdravotnické komunikace v nemocnici zásadním způsobem vstupuje skutečnost, že jedinec se nachází uvnitř **instituce**. Tato skutečnost má společensky normalizující vliv, jenž má tendenci stavět člověka v roli pacienta (nejen technicky, ale i psychologicky) do pozice pasivního článku. Viděno perspektivou, kterou prezentuje M. Foucault, pacient je jednotkou, tělem uvnitř disciplinární instituce, jež na těla jako na objekty uplatňuje režimní nástroje. Děje se tak skrze konkrétní zdravotníky, kteří jsou reprezentanty systému a současně vykonavateli jeho režimních pravidel. Systém má dále tendenci se sám udržovat a rozšířeně se reprodukovat.

Konkrétní nástroje instituce, ale také široce sdílený soubor očekávání spojených s institucí jsou pak součástí tendence pacienta k apriorní „poslušnosti“. Ty jsou podpořeny rozšířeným společenským postojem **úcty k medicíně**, která se reálně odráží v žebříčcích prestiže lékařské profese. Společenská prestiž lékařů a potažmo medicíny má nepochybně svůj reálný základ a podporuje funkčnost systému. Avšak, jak se ukazuje, do procesu komunikace vstupuje jedinec nejen v sociální roli pacienta, jež je spjata s očekáváními společnosti, ale také jako člověk, jenž potenciálně reflektuje své potřeby a svá práva. V tomto ohledu pozorujeme postupnou společenskou změnu; pacienti mají obecně rostoucí tendenci k uplatňování vlastní **autonomie**.

Člověk jako osoba přichází do nemocnice vybaven vlastním kulturním povědomím, nevyhnutelně naráží na odlišný diskurz; odlišný způsob připisování významů i odlišný jazyk prostředí. S touto skutečností se pacient musí osobně vypořádat. Neopomenutelnou součástí výzkumu zdravotnické komunikace je reflexe člověka jako spolutvůrce významů a aktéra vlastního života, kterou přináší **narativní perspektiva**, protože různí pacienti k onomu „vypořádání se“ volí různé postupy. Skrze význam, který člověk jednotlivým zážitkům v komunikaci připisuje, se jeho způsob aktérství stává také součástí jeho identity. Některým

<sup>64</sup> Oddíly Pacientem v nemocnici, Člověk v režimním prostoru a Manipulace s tělem, první kapitola prezentace dat; oddíly Režim, Člověk ve fyzickém prostoru a Zacházení s tělem, druhá kapitola prezentace dat.

z našich respondentů a respondentek se zkušenost hospitalizace stala impulzem pro reflexi vlastního života i vztahu k sobě, ve smyslu potřeby postavit se za sebe sama, s vědomím odpovědnosti za svůj život. Na úrovni psychologické teorie lze tento postoj propojit s pozitivním self-konceptem, jenž dává jedinci důvěru ve vlastní schopnosti a pocít vlastní hodnoty.

Tento náhled na jedince uprostřed zdravotnické komunikace podporuje též **daseinsanalytická perspektiva**, která klade důraz na existenciální rozměr lidského bytí a na svobodu člověka, jež je v době hospitalizace zúžena, avšak nepřestává tím být aktuální. Úzkost spojená s pobytem v nemocnici je dílem i úzkostí ze zúžení vlastního bytí, včetně realizace běžných denních úkonů i naplnění blízkých osobních vztahů, které jsou v době hospitalizace omezeny.<sup>65</sup>

Výsledky výzkumu vycházejí výhradně ze subjektivní patientské reflexe, a tudíž není možné jednoznačně je vztáhnout na reálnou podobu komunikace. Vzorek výzkumu navíc není rozsáhlý, a tak je obtížné výsledky výzkumu zobecnit. Přesto se ukazuje také nesporná výhoda přístupu, jenž stojí na kvalitativní, induktivně založené analýze konkrétních příběhů. Ta spočívá v jedinečné možnosti nahlédnout skrze zprostředkovanou zkušenost do struktury zdravotnické komunikace a otevřít porozumění jemným mechanismům, které v něm fungují. Přestože z podstaty věci není možné podat univerzální návod na úspěšnou zdravotnickou komunikaci, vzhled do problematiky postavení a prožívání pacienta, který náš výzkum poskytuje, může být využit jak v další analýze zdravotnické komunikace, tak v odborné přípravě profesionálů. Současně se výsledky našeho výzkumu mohou stát impulzem k širší debatě o psychologických aspektech zdravotnictví a o podobě komunikace v českých nemocnicích.

---

<sup>65</sup> V případě hospitalizace dítěte se oddělenost člověka od rozhodování o svém životě odráží ještě citelněji - v podobě oddělení rodiče od dítěte (ať ve smyslu fyzického oddělení, nebo ve smyslu nemožnosti o dítě plně pečovat a mít kontrolu nad tím, co se s ním bude dít).

## Seznam použitých informačních zdrojů

- ACOG (The American College of Obstetricians and Gynaecologists) (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Dostupné z: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/07000/Practice\\_Bulletin\\_No\\_165\\_Prevention\\_and.46.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/07000/Practice_Bulletin_No_165_Prevention_and.46.aspx)
- Adler, J. M. (2012). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of personality and social psychology*, 102(2), 367.
- Arora, N. K., & McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical care*, 38(3), 335-341.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive therapy and research*, 4(1), 39-66.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal medicine*, 101(5), 692-696.
- Bělohradský, V. (1991). *Myslet zeleň světa*. Rozhovor s Karlem Hvížd'alou. Praha: Mladá fronta.
- Beran, J. (2000). *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada.
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Berne, E. (1970). *Jak si lidé hrají*. Praha, Czechoslovakia: Svoboda.
- Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brezina, I. (2017). Súčasný výzvy a historické míľniky vzťahu lekár – pacient. In Pitel, L. (Ed.) *Sociálne procesy a osobnosť 2016*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, 53 – 59.
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social behavior*, 375-388.

- Čálek, O. (2005). *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton.
- Červenka, J. (2005). Prestiž povolání z pohledu veřejného mínění. *Naše společnost*, 3(1), 28-30.
- Čermák, I. (2002). Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In Čermák, I. & Miovský, M. (Ed). *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. (s. 11-25). Brno: Psychologický ústav AV ČR, Albert.
- Davies, H. (1999). Falling public trust in health services: implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4 (4), 193 – 194.
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of nutrition*, 131(11).
- Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., & Moulton, A. W. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of general internal medicine*, 17(3), 180-185.
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman, M.D., & Turner, J.R. (Eds.) (2013) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.
- Foucault, M. (2000). *Dohlížet a trestat*. Dauphin, Praha.
- Francová, V. (2007). *Konstrukce autority učitele v komunikaci se žáky*. (Diplomová práce) Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/9769>
- Francová V., & Hnilica K. (2014). Empatie v lékařské etice. In Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* (s. 483-496). Praha: Grada.
- Gianakos D. (1996). Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine*, 22, 135–136.
- Goffman, E. (1983). The interaction order: American Sociological Association, 1982 presidential address. *American sociological review*, 48(1), 1-17.
- Goffman, E. (1999). *Všichni hrajeme divadlo*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on psychological science*, 7(2), 176-186.
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*, 2007, 187 (7), 381–382.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its

- implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2618-2624.
- Hlavinka, P. (2001). *Daseinsanalýza: setkání filosofie s psychoterapií*. Univerzita Palackého, Právnická fakulta.
- Hojat M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement and Outcomes*. New York, NY: Springer.
- Chrz, V. (2004). Výzkum jako narativní rekonstrukce. In Miovský, M., Čermák, I. & Řehan, V. (Eds.) (2004). *Kvalitativní přístup ve vědách o člověku III. Sborník prací ze III. Ročníku celostátní konference o kvalitativním přístupu a metodách* (s. 21 – 32). Olomouc: FF UP.
- Chrz, V. (2003). Možnosti narativního přístupu k autobiografickému rozhovoru. In *Bulletin PsÚ*, 9(1), 21-57. Praha: Psychologický ústav AV ČR.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 80.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct?. *Journal of personality and social psychology*, 83(3), 693.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kelnarová, J. (2009). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty, 4. ročník*. Praha: Grada.
- Kohoutek, T., Blatný, M., & Bréda, M. (2003). Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně emoční typologie osobnosti: Analýza vzájemných souvislostí. *Sociální procesy a osobnost*, 1, 159-168.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
- Kučera, M. (1992). *Školní etnografie-přehled problematiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of 'theory of mind.'. *Psychological Review*, 94(4), 412-426.



- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*, 29(7), 1310-1318.
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada.
- Maynard, D. W. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American journal of sociology*, 97(2), 448-495.
- Mareš, J. (1992). Návuk komunikace medik – nemocný v zahraničí. *Alma mater*, 2, 35–42.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *Bmj*, 325(7366), 697-700.
- Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5(2), 100-122.
- McAdams, D. P., & Manczak, E. (2015). Personality and the life story. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, M. L. Cooper, & R. J. Larsen (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of personality and social psychology, Vol. 4. Personality processes and individual differences* (pp. 425-446). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Meeuwesen, L., Schaap, C., & Van Der Staak, C. (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social science & medicine*, 32(10), 1143-1150.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Müller, R., & Šidák, P. (Eds.) (2012). *Slovník novější literární teorie: glosář pojmů*. Praha: Academia.
- Murtagh, G. M., Thomas, A. L., & Furber, L. (2018). Does the delivery of diagnostic news affect the likelihood of whether or not patients ask questions about the results? A conversation analytical study. *Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care & Health Policy*.
- Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of orthopsychiatry*, 21(3), 452-460.
- Pavlíková, M. (2015). O čem se nemluví, to neexistuje - Kristellerova exprese. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/o-cem-se-nemluvi-to-neexistuje-kristellerova-exprese/>

- Patočka, J. (1992). *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine*, 72(8), 1374-1382.
- Pilnick, A. (1998). 'Why didn't you say just that?' Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter. *Sociology of Health & Illness*, 20(1), 29-51.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Ptáček, R. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.
- Průka, M. (2007). *Péče o oikos: dům v dějinách myšlení*. Praha: Karolinum.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient education and counseling*, 39(1), 5-15.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient education and counseling*, 46(4), 243-251.
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Greenwood Publishing Group.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1 - 28.
- Roztočil, A. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing.
- Schulman, B. A. (1979). Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. *Medical care*, 267-280.
- Sebera, M. (2012). *Vybrané kapitoly z metodologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC press.
- Slezáková, L. (2001). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada.
- Smetáčková, I., Bariekzahyová, T., Francová, V., & Hnilica, K. Dehumanizace v medicíně: rizika a přínosy. In Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* (s. 483-496). Praha: Grada.
- Smetáčková, I., Komárková, T. (2017). Hierarchie povolání: srovnání prestiže a úcty v sociologicko-psychologické perspektivě. *Scientia et Societas*, XIII, 1, 181-199.
- Smith, R. E. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 228.

- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation. *Handbook of personality: Theory and research*, 609-637.
- Smith, R. C., Marshall-Dorsey, A. A., Osborn, G. G., Shebroe, V., Lyles, J. S., Stoffelmayr, B. E., & Gardiner, J. C. (2000). Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient education and counseling*, 39(1), 27-36.
- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Reinhart and Winston.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Thomson Learning.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer*, 25(1999), 30.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7284), 444.
- Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Publishing.
- Stöřig, H. J. (2007). *Malé dějiny filosofie*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). The basic models of the doctor-patient relationship. *The Social Medicine Reader. University of North Carolina*, 278-286.
- Šedřová, K., & Švařiček, R. (2013). Jak psát kvalitativně orientované výzkumné studie. Kvalita v kvalitativním výzkumu. *Pedagogická orientace*, 23(4), 478–510.
- Šenkeřiková, A. (2015). *Kristellerova exprese během porodu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- tenHave, P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis*, 138-163.
- Unzeitig, V. a Janků, P. (2000). Kristellerova exprese v moderním porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 9(1), s. 308-309.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (1998 – 2017). *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR. Zdravotnické statistiky vydané ÚZIS v letech 1998 – 2017*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
- Venglašřová, M., & Mahřová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Vybřral, Z. (2003). *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. Praha, Czechia: Portál.
- Vybřral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha, Czechia: Portál.

- 
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (Eds.). (1998). *Aplikovaná sociální psychologie. Díl 1. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1999). *Pragmatika lidské komunikace*. Hradec Králové, Czechia: Konfrontace.
- West, C. (1984). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- WHO (World Health Organization) (2018). WHO recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth. Dostupné z: <https://extranet.who.int/rhl>
- Wikipedia (2018). Hamiltonův hmat. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Hamiltonuv\\_hmat](https://cs.wikipedia.org/wiki/Hamiltonuv_hmat)
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference?. *Patient education and counseling*, 56(2), 139-146.
- Zemanová, N. (2014). *Prestiž povolání v letech 1995-2013*. (Diplomová práce) Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/71326>.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 PŘÍBĚHY

Příloha 2 GRAFY

Příloha 3 ROZHOVORY