

Metoda zakotvené teorie

Tomáš Řiháček a Roman Hytych

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

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

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

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

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

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

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

Výzkumná otázka

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

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

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

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

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

Postup analýzy

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

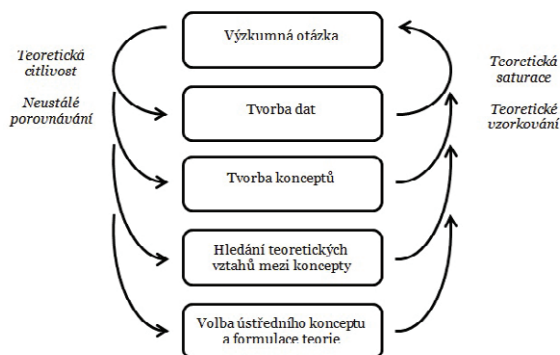
5 Viz níže uvedená ukázka analýzy, kde jsme původní širokou otázku „Jak probíhá proces zvládání onemocnění rakovinou prsu?“ posléze zúžili pouze na komunikaci se zdravotníky jako na jeden z klíčových faktorů, který toto zvládání ovlivňuje

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

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

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

Obrázek 3.1 Schéma výzkumného procesu u metody zakotvené teorie



1) tvorba konceptů

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

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

Při analýze rozsáhlejších textů může takových kódů vzniknout i značné množství; obvykle je poté na základě podobnosti spojujeme do obecnějších a propracovanějších konceptů⁶. Seznam jednotlivých kódů (respektive

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

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

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

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

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

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

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

2) *hledání teoretických vztahů mezi koncepty*

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

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

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

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

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

3) volba ústředního konceptu a formulace teorie

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

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

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

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

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

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

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

Prezentace výsledků

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

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

Ukázka analýzy

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

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

a) formulace výzkumné otázky

Abychom mohli položit výzkumnou otázku relevantní k předloženým datům, provedli jsme nejprve hrubou tematickou analýzu⁸ prvního rozhovoru. Jednotlivé tematické okruhy se týkaly především rodinného zázemí a vztahového prostředí respondentky, procesu léčby a zvládnání nemoci, hledání příčiny a smyslu nemoci, komunikace se zdravotníky, ale také pocitu vlastní užitečnosti a dalších, z hlediska rozsahu okrajových, témat. Po této zběžné analýze jsme se rozhodli formulovat procesuálně zaměřenou výzkumnou otázku: **Jak probíhá proces zvládnání onemocnění rakovinou prsu?** Zvažovali jsme také další varianty: Co podporuje zvládnání nemoci při onemocnění rakovinou prsu? Jakým způsobem ovlivňuje vztahové prostředí proces zvládnání rakoviny prsu? I tyto otázky by byly z hlediska GTM relevantní. Zvolili jsme však první z otázek, protože má nejširší záběr a my jsme se chtěli o případném zúžení rozhodnout až na základě průběžných výsledků analýzy.

b) otevřené kódování prvního rozhovoru

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

Rámeček 3.9 Ukázka otevřeného kódování prvního rozhovoru

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

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

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

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

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

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

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

B: „počítejte s ablací“ (prognóza)

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

C: strach z chemoterapie?

D: lékař podporuje Hannelore v chemoterapii

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

E: význam spojovaný s rakovinou

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

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

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

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

Rámeček 3.10 Seznam konceptů a obecnějších kategorií jako výsledek prvního kódování

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

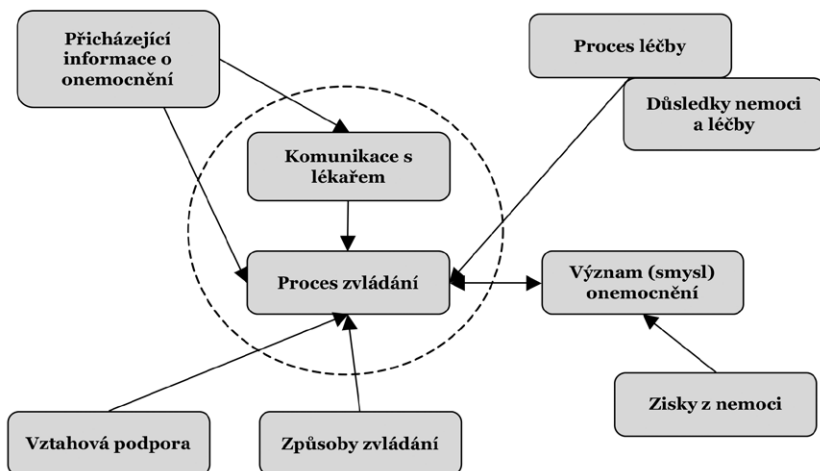
<ul style="list-style-type: none"> vysvětlení (hledání příčiny, hledání viníka, hledání smyslu) představa kontinuity života i po smrti reintegrace (hledání zaměstnání, snaha vrátit se k normálnímu životu) <p>Fáze procesu zvládnání</p> <ul style="list-style-type: none"> zhroucení (šok) strach z chemoterapie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

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

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

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

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



c) zúžení výzkumné otázky

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

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

d) analýza zúžená na komunikaci se zdravotníky

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

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

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

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

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

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

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

Rámeček 3.12 Ukázka jednoho řádku z tabulky událostí

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

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

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

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

Rámeček 3.13 Příklady rozpracovaných konceptů vytvořených po zúžení výzkumné otázky

Plán léčby a informační podpora

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

Necitlivost (až bezohlednost)

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

Aktivní volba

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

e) teoretické kódování

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

Rámeček 3.14 Příklad analýzy teoretických vztahů mezi koncepty

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

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

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

f) propracovávání hlavních konceptů

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

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

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

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

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

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

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

g) volba ústředního konceptu a tvorba modelu

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

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

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

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

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

Výsledky analýzy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

To vám to takhle řekla?

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

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

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

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

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

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

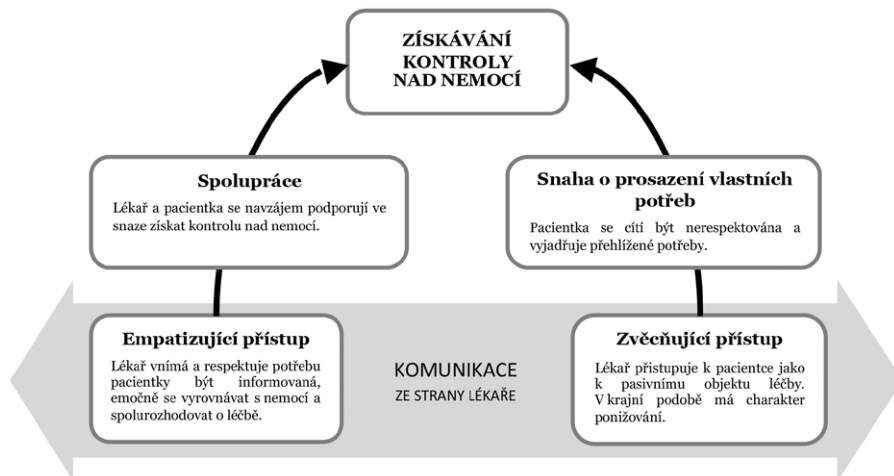
Mezi další způsoby sebezprosažení patřila také potřeba vyhledat nezávislý názor jiného lékaře, aktivní ohrazení se či vymezení se vůči činnosti lékaře, opakované kladení dotazu ve chvíli, kdy pacientka nedostávala srozumitelnou odpověď či sladování proti sobě jdoucích instrukcí různých lékařů-specialistů.

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

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

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

Obrázek 3.3 Grafické znázornění výsledného modelu



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

Limity

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

(1) Výzkumná otázka a způsob vedení rozhovoru

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

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

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

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

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

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

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

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

Kritéria hodnocení výzkumné zprávy

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

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

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

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

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

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

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

Doporučená literatura

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

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

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

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