

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Disertační práce**

**2019**

**Mgr. Alena Glajchová**

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Disertační práce**

**STÁŘÍ A CIZOST: ZRANITELNOST V PROSTŘEDÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**Mgr. Alena Glajchová**

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Katedra antropologie**

**Studijní program Historické vědy**

**Studijní obor Etnologie**

**Disertační práce**

**STÁŘÍ A CIZOST: ZRANITELNOST V PROSTŘEDÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**Mgr. Alena Glajchová**

*Školitel:*

Mgr. Ema Hrešanová, PhD.

(ISS, Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova)

**Plzeň 2019**

Prohlašuji tímto, že jsem disertační práci zpracovala samostatně s využitím pramenů v práci uvedených.

---

datum a podpis

## Poděkování

Chci poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku této disertační práce. Děkuji jednotlivým informátorům a informátorkám, kteří mi poskytli rozhovor. Poděkování patří i vedoucím zaměstnancům a zaměstnankyním daných zdravotnických zařízení, kteří mi umožnili realizovat výzkum. Bez nich by tato práce nevznikla.

Děkuji mé školitelce Mgr. Emě Hrešánové, PhD. za odborné vedení a konzultace během celého doktorského studia a za celkovou podporu, které si nesmírně vážím. Děkuji PhDr. Aleně Pařízkové za konzultace, odborné vedení a podporu, která byla pro mě vždy motivující. Oběma patří obrovský dík za spolupráci v rámci projektu, která se pro mě stala v mnoha ohledech inspirující.

Děkuji i Grantové Agentuře České republiky za udělení podpory projektu „Migrace a zdraví matek: těhotenství, porod a rané rodičovství“ (Grantová agentura České republiky, grant č. 16-10953S), v rámci něhož jsem realizovala etnografický výzkum gynekologicko-porodnického oddělení.

Děkuji mé rodině za trpělivost a pomoc během studií. Děkuji mému partnerovi za porozumění a obrovskou podporu během celého doktorského studia.

## Obsah

1. Úvod .....	1
2. Interakce v prostředí institucionální péče .....	6
2.1 Teoretické přístupy k povaze vztahu poskytovatel–příjemce péče ...	6
2.2 Důležitost komunikace ve vztahu poskytovatel–příjemce péče.....	11
3. Koncept zranitelnosti ( <i>vulnerability</i> ) .....	14
3.1 Vymezení konceptu zranitelnosti a jeho kritika .....	14
3.2 Vymezení konceptu zranitelnosti vůči již ustáleným konceptům .....	16
3.2.1 Autonomie .....	16
3.2.2 Riziko .....	18
3.2.3 Marginalizace .....	18
3.2.4 Křehkost .....	19
3.2.5 Bezpečnost a odolnost.....	20
3.3 Zranitelnost v sociálně vědním výzkumu a ve vztahu ke zdraví .....	21
3.3.1 Presentace zranitelné populace ve výzkumech týkající se zdravotní péče .....	23
3.4 Zranitelnost v antropologii ve vztahu k zdraví .....	25
3.5 Vymezení mého pojetí konceptu zranitelnosti z intersekcionalní perspektivy.....	28
4. Metodologie výzkumu .....	30
4.1 Výzkumné pole a užití metody výzkumu .....	30
4.1.1 Oddělení dlouhodobé péče .....	30
4.1.2 Oddělení gynekologicko-porodnické .....	32
4.1.3 K analýze dat .....	35
4.2 Pozice ve výzkumném poli a etika výzkumu .....	36
5. Stáří v prostředí zdravotní (geriatrické) péče.....	39
5.1 Kategorizace seniorů a seniorek z pohledu zdravotnického personálu .....	40
5.1.1 „Spolupracující“ a „nespolupracující“ .....	40
5.1.2 „Dementní“ a „nedementní“ .....	45
5.2 Zranitelnost seniorů a seniorek ve vztahu ke zdravotnickému personálu .....	47
5.2.1 Věk a kognitivní zdraví .....	47
5.2.2 Zdravotní stav a ne/soběstačnost .....	50

5.2.3	Sociální kontakty .....	53
5.2.4	Vzpomínání a „vymístění“ .....	55
5.2.5	Organizační nastavení .....	57
5.2.6	Socioekonomický status.....	58
5.2.7	Zachování intimity .....	60
5.2.8	Infantilizace stáří a symbolická diskriminace .....	62
5.2.9	Gender a „profesionální“ ageismus.....	63
6.	Cizost v prostředí zdravotní (perinatální) péče .....	66
6.1	Cizost a kategorizace žen z pohledu zdravotnického personálu.....	66
6.1.1	„Cizinky“ a „migrantky“ .....	68
6.1.2	„Fajn“ a „poslušné“ pacientky.....	71
6.1.3	„Potížitky“ a „nespolupracující“ .....	74
6.2	Zranitelnost cizinek ve vztahu ke zdravotnickému personálu.....	77
6.2.1	Jazykové bariéry .....	78
6.2.2	Absence tlumočnicků a ochota .....	81
6.2.3	Neznalost systému a administrativa.....	85
6.2.4	Organizační nastavení .....	94
6.2.5	Podpora rodiny a komunita .....	97
6.2.6	Kulturní specifika.....	99
6.2.7	Prenatální péče.....	102
6.2.8	Země původu a přístup žen k péči.....	104
6.2.9	Paternalismus .....	107
7.	Zranitelnost zdravotnického personálu .....	109
7.1	Komunikace a spolupráce .....	109
7.2	Organizační nastavení .....	111
7.3	Úcta, respekt a důvěra .....	114
7.4	Výkon povolání a bezmoc .....	115
8.	Závěr.....	118
9.	Literatura.....	127
10.	Resumé .....	145
11.	Summary .....	146
12.	Seznam publikovaných prací.....	148

## 1. Úvod

„Být zdrav“ je ústřední hodnotou života každého z nás a žádoucím stavem napříč všemi společnostmi. Přesto jednotlivé situace a období života s sebou přinášejí potřebu institucionální péče, tudíž kontakt se systémem zdravotní péče a zdravotnickým personálem je nevyhnutelný. Jedná se o poměrně zásadní instituci, nejen z důvodu „ochránce“ našeho zdraví, ale zároveň i proto, že uvnitř této instituce se rodí noví členové a členky společnosti. Své výsadní místo zaujímá i na sklonku života. Jedná se o dvě životní fáze, počátek a poslední část lidského života, během nichž majoritní část populace přijímá institucionální péči (ÚZIS 2018b: 24).

Období těhotenství a porodu je jednou z nejvýznamnějších životních událostí každé ženy stávající se matkou. Pro celkové hodnocení této etapy jsou důležité i zkušenosti žen z prostředí zdravotní péče. Jejich setkávání se s personálem je přitom klíčové pro ženy, a to zejména pro průběh porodu a jejich celkové prožívání tohoto významného období. V mé práci se však zaměřuji na ženy, které se nenarodily na území českého státu, neboť jejich zkušenost je o to významnější, jelikož se stávají matkou v cizí zemi. Během této *dvojitě tranzice* cizinky čelí různým sociokulturním bariérám a znevýhodněním, které ztěžují jejich pozici „být cizinkou a dobrou matkou“ (Liamputtong 2006: 44). V kontaktu se systémem zdravotní péče přitom cizinky čelí především jazykové bariéře ovlivňující jejich schopnost komunikace, která je však pro navázání vztahu se zdravotnickým personálem podstatná.

Druhou skupinou jsou lidé ve stáří, kteří jsou považováni za jednu z nejzranitelnějších skupin (Eide et al. 2013). Lidé ve stáří jsou zpravidla automaticky kategorizováni na základě věku, který je spojován s klesající mírou soběstačnosti, nezávislosti a fyzické zdatnosti, která zapříčiňuje potřebu komplexní dlouhodobé péče, v rámci níž jsou pacienti a pacientky v každodenním kontaktu se zdravotnickým personálem. Péče o stárnoucí jedince přitom vyžaduje určitou pozornost vůči psychosociálním potřebám



a empatii. Některé studie tvrdí, že efektivní a empatická komunikace má terapeutický vliv na pacienty a pacientky ve stáří a zlepšuje tak jejich zdraví (např. Williams, Haskar and DiMatteo 2007).

Inspirací pro moji disertační práci byl dlouhodobý zájem o transformaci systému zdravotní péče (Glajchová 2016), o tzv. zranitelné pacienty a pacientky a nerovnosti ve zdraví. Konkrétně mě k výzkumnému tématu přivedla specifika dvou výše uvedených skupin pacientů a pacientek, kteří se ocitají ve zranitelné pozici, i s ohledem na současné demografické trendy týkající se stárnutí a migrace.<sup>1</sup> Tyto trendy podněcují mnohé diskuse na úrovni politik, mezi které patří například financování zdravotnického sektoru, ale také dostupnost a kvalita zdravotní péče či dostatek zdravotnického personálu. Inspirována jsem byla i studií Emy Hrešanové (2008), která provedla etnografii dvou českých porodnic, a dalšími studii, které se věnují stáří a organizaci zdravotní (porodní) péče (Hrešanová a Hasmanová Marhánková 2008; Haškovcová 2010; Hasmanová Marhánková 2010; Hrešanová 2014; Slepíčková a Šmídová 2014).

Otázka poskytování kvalitní a efektivní péče úzce souvisí s povahou vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacienty a pacientkami, přičemž komunikace je klíčem pro budování tohoto vztahu, který je důležitý v mnoha ohledech. Zásadně ovlivňuje nejen kvalitu poskytované péče, ale i spokojenost a zkušenosti pacientů a pacientek v prostředí zdravotní péče. Nelze přitom opomíjet různé aspekty, které znevýhodňují pacienty a pacientky a mohou výrazně dopadat na formování vztahu mezi nimi a personálem. Z těchto důvodů přistupuji ke studiu sociálních interakcí mezi

---

<sup>1</sup> Podle posledních údajů Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) se počet cizinců kontinuálně zvyšuje. Od roku 2014 je každoročně zaznamenáván nárůst o 20 až 40 tisíc cizinců. Nejnovější data za poslední čtvrtletí 2019 ukazují, že počet cizinců (bez azylantů) činí 568 904, z toho 244 734 žen (ČSÚ 2019a). Zásadní informací je, že nejpočetnější skupinu žen tvoří ženy ve fertilním věku (20-44 let), jejichž počet činí 133 775 v roce 2018. Druhým trendem je stárnutí populace, kdy opět ČSÚ na základě svých dat ukazuje, že počet lidí ve věku 65 let a více činí 2,04 milionu za rok 2017, z celkového počtu 10,61 milionu obyvatel (ČSÚ 2018a). Počet obyvatel ve věku 65 let a více taktéž kontinuálně narůstá a ČSÚ přichází s prognózou, že v roce 2101 bude počet obyvatel ve věku 65 let a více činit 30 % z celkového počtu obyvatel.

personálem a dvěma zranitelnými skupinami pacientů a pacientek, které rámuji konceptem zranitelnosti. Koncept zranitelnosti (*vulnerability*) je v odborné literatuře nejčastěji vymezen jako „náchyllost k jakékoliv újmě, ohrožení a/nebo vystavení riziku“ (Aday 1994: 487). V kontextu zdraví je zranitelnost spojována s jedinci, kteří disponují omezenou či absentující autonomií a jsou vystaveni riziku zhoršeného zdraví. Prostřednictvím tohoto konceptu je přitom poukazováno na jejich znevýhodněnou pozici v systému zdravotní péče.

Tato disertační práce je postavena na etnografickém výzkumu, který jsem provedla ve dvou odděleních zdravotní péče. V prostředí těchto odděleních jsem se zaměřovala na sociální interakce mezi zdravotnickým personálem a dvěma skupinami zranitelných pacientů a pacientek. Cílem této práce je porozumět zkušenostem personálu a popsat, jak se personál vymezuje vůči těmto pacientům a pacientkám a jakým způsobem probíhá komunikace mezi nimi. Mým dalším cílem je uchopit a porozumět, co konstituuje zranitelnost pacientů a pacientek v prostředí těchto dvou odděleních zdravotní péče.

Ke studii sociálních interakcí v prostředí zdravotní péče přistupuji z perspektivy medicínské antropologie a sociologie zdraví a nemoci. Mým teoretickým východiskem je konceptualizace vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotní péče s důrazem na jeho význam pro blaho (*well-being*) pacientů. S ohledem na cíl dále práce vycházím z odborné literatury zabývající se konceptem zranitelnosti, který se zároveň stává prismaem a analytickým nástrojem mého výzkumu. Zranitelnost přitom uchopuji z pozice intersekcionalního přístupu, který mi umožní hlouběji porozumět tomu, jaké faktory podněcují zkušenosti zranitelnosti. Svůj přístup ke zkoumání dané problematiky tak vymezuji široce, jako interpretativní a sociálně konstruktivistický. Na základě zjištění prezentuji, prostřednictvím jakých významů zdravotnický personál interpretuje své zkušenosti s pacienty a pacientkami, které skýtají celou řadu obtížných situací a

překážek, jež jsou individuální, sociokulturní a strukturální povahy. Zkušenosti personálu, ale i pacientů a pacientek, a vztah mezi nimi je tudíž potřeba nahlížet zároveň jako sociálně a kulturně podmíněné.

V první teoretické části se věnuji jednotlivým přístupům k povaze vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotní péče, které je potřeba vysvětlit s ohledem na postupnou transformaci vztahu. Jako zásadní se jeví proměna moci ve vztahu, který je v současnosti považován za konzumentský, vyžadující aktivní přístup a spolupráci ze strany pacienta. Následně se zaměřuji na význam komunikace ve vztahu poskytovatel-příjemce péče a stručně shrnuji charakteristiky a možné vlivy dopadající jak komunikaci, tak na formování tohoto vztahu.

V další teoretické části představuji koncept zranitelnosti a vymezuji jej vůči již ustáleným konceptům, což považuji za podstatné z důvodu lepšího porozumění konceptu zranitelnosti a jeho nezaměňování za koncepty jiné. Dále na základě rešerše literatury analyzuji, jak je koncept zranitelnosti užíván v sociálně vědním výzkumu a poté výhradně na poli antropologie, vždy ve vztahu ke zdraví. Mezi hlavní mé zjištění patří, že zranitelnost je v mnoha studiích užívána pouze jako přívlastek, bez bližšího vysvětlení a konceptualizace, který však způsobuje znevýhodněný status. Většina studií přitom staví na pevně dané kategorii, jako je například věk či etnicita, která je považována za determinant zranitelnost. Tyto zjištění mě přiměly ke kritické úvaze a vymezení, které se stalo klíčové pro analýzu mých zjištění a jejich interpretaci.

Po teoretické části detailně popisuji metodologii včetně volby mých výzkumných kontextů a metod sběru dat. Zjištění, která následují, se nejprve týkají etnografie oddělení dlouhodobé péče, poté oddělení gynekologicko-porodnického. Struktura těchto dvou kapitol je však podobná. Nejprve vysvětluji, jak se zdravotnický personál vymezoval vůči zranitelným pacientům a pacientkám v kontextu daného zařízení a jak jsou ustavovány jednotlivé kategorie pacientů a pacientek. Následně

představují jednotlivé faktory, které zasahují do interakcí mezi nimi a ustavují zranitelnost pacientů a pacientek.

Mým primárním zájmem bylo porozumět zkušenosti zranitelnosti pacientů a pacientek, nicméně analýza mých dat odhalila některé faktory, které významně dopadají na žité zkušenosti zdravotníků a zdravotnic a činí je zranitelnými v prostředí byrokratické organizace, v níž jsou ukotveni. Z toho důvodu se v poslední části věnuji interpretaci zranitelnosti zdravotnického personálu.

## **2. Interakce v prostředí institucionální péče**

Sociální interakce jsou součástí naší každodennosti a není tomu jinak ani v prostředí zdravotní péče. Sociální interakce je vymezena jako „působení jednoho jednajícího na jiného jednajícího“ (Linhart et al. 1996: 439), které způsobuje vzájemné ovlivňování, reakci, ale například i spolupráci, či konflikt. Pojem interakce v názvu kapitoly tudíž užívám proto, že se zaměřuji na komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacienty a vztahu mezi nimi. Prvotní setkání je navíc mnohdy důležité pro způsob, zda a jak spolu zdravotníci a pacienti (a jedinci obecně) komunikují.

Z hlediska mého výzkumného zájmu v této kapitole stručně představuji teoretické přístupy k povaze vztahu mezi poskytovateli a příjemci péče a upozorňuji na význam komunikace. Ačkoliv se v dalších kapitolách textu nedržím termínů poskytovatel a příjemce, považuji jejich užití v teoretické části za vhodné z důvodu snazšího čtení. V této kapitole zároveň užívám generické maskulinum, a to především z toho důvodu, že vycházím z rešerše literatury, která je v cizím jazyce. Rozlišovat mezi muži a ženami by bylo tudíž nejen zavádějící, ale i možnou překážkou pro plynulé čtení. Výjimkou je část textu, v níž hovořím o genderu jakožto o jedné z charakteristik ovlivňující komunikaci. Co se týče následujících kapitol, generické maskulinum již neužívám.

### **2.1 Teoretické přístupy k povaze vztahu poskytovatel–příjemce péče**

V odborné literatuře se setkáváme s mnoha teoretickými přístupy týkající se vztahu mezi lékařem a pacientem. Přiblížením těchto teoretických přístupů se v kontextu historie dotknu i samotného vzniku medicínské antropologie.

Medicínská antropologie má své počátky v klasických studiích, již ve 30. letech 20. století, kdy se antropologové zaměřovali na studium tradiční medicíny a léčebných praktik v nezápadních společnostech. Citován je zejména Evans-Pritchard (1937), jenž v zandské společnosti studoval

praktiky čarodějnictví, magie a věštby. Čaroděj byl pak tím jedincem, jenž měl léčitelskou funkci, a jako jediný kompetentní k provádění léčebných rituálů. Již v té době byl poskytovatel péče v roli čaroděje osobou, jež disponuje odbornými znalostmi a monopolem na provádění jednotlivých odborných léčebných praktik.

Vztah mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotní péče je prvně konceptualizován v práci sociologa Talcotta Parsonse (1951), jenž je považován za prvního teoretika, který se zabýval vztahem mezi lékařem a pacientem. Jeho analýza reflektovala role – roli lékaře a nemocného (*sick role*), které fungovaly komplementárně a harmonicky. Komplementaritu těchto dvou rolí definoval na základě čtyř požadavků: univerzalismus, afektivní neutralita, funkční specifičnost a kolektivní orientace (Parsons 1951: 428-479). Parsons na tento vztah pohlížel pozitivně a popíral přítomnost jakýchkoliv hodnotících kritérií, zájmů a názorů. Jeho pojetí tak vypovídá o interakci, v níž je pacient zcela pasivním a závislým na lékařském expertovi či expertce.

Parsonsovy myšlenky se v 50. letech staly velmi vlivnými a jeho perspektiva vypovídající o interakci byla mocným paradigmatickým (Haug and Lavin 1981: 213). I přesto měl Parsons své následovatele, jimiž byli Thomas S. Szasz a Marc H. Hollender (1956) z oboru psychiatrie a psychologie, kteří problematiku vztahu mezi lékařem a pacientem rozvíjeli do tří modelů (typů vztahu). První typ vztahu se nazývá *aktivita-pasivita* a je ve své podstatě paternalistický a analogický ke vztahu rodič-kojenec. Předpokládá tedy pacientovu bezmocnost a absolutní závislost na lékařském expertním vědění. Tento typ vztahu koreluje s Parsonsovým modelem. V druhém typu vztahu, *vedení-spolupráce*, je pacient připravený a ochotný spolupracovat a lékař vede pacienta takovým stylem, aby se díky jeho spoluúčasti uzdravil. Pacient je aktivní, ale stále ovlivněn lékařským soudem. Naopak třetí typ, vztah *vzájemné participace*, odkazuje ke vzájemnému partnerství. Lékař už není v mocensky nadřazené pozici, kdy

vede pacienta k uzdravení se, ale pouze radí. Tento typ interakce je založen na rovném postavení aktérů, jejich nezávislosti a spokojenosti. *Vzájemná participace* předpokládá vysoký stupeň empatie, partnerství a pacientovu odpovědnost za péči o vlastní zdraví. Spokojenost lékaře pak nevyplývá z jeho moci a kontroly nad pacientem, ale z jeho služby lidu (srov. Kaba and Sooriakumaran 2007). Již Szasz s Hollendrem poukazovali na skutečnost, že komunikace mezi lékařem a pacientem není jednostranná a pacient není a nemusí být v roli pasivního příjemce péče, ale spíše se jedná o dynamickou interakci, která nepředvídatelná a ovlivněna celou řadou ne-medicínských aspektů (srov. Balint 1964; Roter and Hall 2006).

Další ze sociologů je Elliot Freidson, který je však citován i mnohými antropology (např. Lazarus 1988; Fassin 2012). Freidson (1970) považoval interakci mezi lékařem a pacientem za jeden z nejdůležitějších sociálních vztahů a upozorňoval, že tento vztah je v realitě složitější a často v něm dochází ke konfliktu. Podle něj lékař a pacient disponují zcela odlišnými perspektivami, které jsou ovlivněné vlastní zkušeností, osobností, prostředím a kulturou. Z toho důvodu často dochází ke kolizi ve vztahu mezi nimi, jelikož se střetává laický svět s expertním – perspektivy ze zcela odlišného prostředí. Tato mocenská asymetrie ve vztahu mezi lékařem a pacientem je nahlížena spíše negativně.

V 60. až 80. letech nacházíme významné práce i v oblasti medicínské antropologie, nicméně převážná část z nich se zaměřovala na studium těla a tělesných rituálů a shodují se v pohlížení na tělo jako na symbolický prostředek (např. Douglas 1966; Scheper-Huges and Lock 1987). Nancy Scheper-Hughes a Margaret L. Lock argumentují, že kultura je natolik mocná, že disciplinuje naše těla takovým způsobem, aby odpovídala potřebám sociálního a politického řádu (Scheper-Hughes and Lock 1987: 26). Užívají koncept *vědomého těla* (*the mindful body*),

prostřednictvím něhož zpochybňují karteziánský dualismus a problematizují tělo na poli antropologie a v ostatních sociálních vědách.

Jednou z nejcitovanějších prací zaměřující se na interakce mezi lékaři a pacienty je Kleinmanova etnografická studie (1980), v níž komparuje západní a čínský tradiční systém zdravotnictví. Na základě svých zjištění kritizuje západní medicínu a konstruuje tzv. *vysvětlující modely* (*explanatory models*), které mohou být užívány k porozumění a analýze zkušenosti nemoci a její léčbě. Podle Kleinmana má pacient i lékař vlastní *vysvětlující model*, přičemž jejich modely se liší obsahy, perspektivou, ale i tím, jak rozumí nemoci a jak ji prožívají. To ilustruje právě na svém výzkumu a říká, že tyto odlišné modely mohou způsobit neslučitelnost lékařových a pacientových očekávání a následnou stigmatizaci (srov. Kleinman, Eisenberg and Good 1978).

Například Ezekiel a Linda (1992) reagují na konflikt hodnot mezi lékařem a pacientem, stejně tak na měnící se pacientovu roli a jeho autonomii. Popisují čtyři modely: *paternalistický* (*paternalistic model*), *informativní* (*informative model*), *vysvětlující* (*interpretive model*) a *poradní model vztahu* (*deliberative model*). *Paternalistický* model je založen typicky na vztahu rodič-dítě, který předpokládá, že lékař je jediným poslem medicínské zprávy. *Vysvětlující* model si klade za cíl objasnit pacientovy hodnoty, tužby a pomoci mu při výběru té správné medicínské intervence. Lékař je v tomto modelu v roli poradce. V *poradním* modelu vztahu je pak lékařovým cílem pomoci pacientovi určit a vybrat ty nejlepší hodnoty spojené se zdravím, které mohou být realizovány. Lékař tudíž jedná jako učitel či přítel a zapojuje se do dialogu s pacientem o tom, co je pro něj nejlepší volbou. *Informativní* model, nazýván také jako vědecký či konzumentský, předpokládá, že předmětem lékařovy interakce s pacientem je pouze poskytnout všechny relevantní informace, z nichž si pacient vybere. Lékař je v pozici dodavatele odbornosti, přičemž medicínské rozhodnutí je plně na straně pacienta (Ezekiel and Linda 1992: 2221-2222). Právě tržní



principy pronikající do medicínského systému a vznik konzumního vztahu jsou v literatuře pojímány jako klíčovým okamžikem, jenž transformuje lékařovu pozici do role poskytovatele služby (péče) a pacientovu pozici do role klienta, který je závislý na konzumaci a již volí na základě svých potřeb a zájmů. Různí autoři argumentují, že transformace vztahu oslabila lékařovu moc a kontrolu, a naopak zvýšila pacientovu kontrolu (Roter and Hall 2006: 21-33; Lupton 1997).

Medicínští sociologové a antropologové zdůrazňují nejen mocenskou dimenzi ve vztahu lékař-pacient (srov. Fainzang 2002), ale stále více se zaměřují na kulturní aspekty a individuální zkušenost pacientů. Objevuje se rostoucí kritika západní medicíny, která reaguje na probíhající změny ve společnosti ovlivňující zapojení pacientů v rozhodovacím procesu a jejich pozici ve vztahu k expertní autoritě (např. Illich 1976; Haug and Lavin 1981; Lupton 1997). To jednoznačně směřuje k provázanosti makro a mikro úrovně a odkazuje k rostoucí potřebě zaměřit se na širší sociální struktury, které ovlivňují nejen podobu interakcí v prostředí zdravotní péče, ale i například přístup ke zdravotní péči a její kvalitu (Hrešanová 2008; Lupton 2012).

Vztahu mezi zdravotní sestrou jakožto členkou či členem ošetřovatelského týmu a pacientem je věnována menší pozornost a většina studií pochází z oboru ošetřovatelství. Zdravotní sestry jsou považovány za tzv. prostředníky v interakci mezi lékaři a pacienty. Tento vztah je nejčastěji definován jako terapeutický vztah, jenž je základem ošetřovatelské péče ve všech oblastech týkající se zdraví, nemoci, léčení a uzdravení (např. May 1992; Shattell 2004).

Na poli medicínské antropologie zaznamenáváme publikaci Rosie Read (2007), která prováděla etnografický výzkum, v rámci něhož studovala vztahy mezi ošetřovatelským personálem a pacienty v jednom českém domově pro seniory. Vychází z předpokladu, že po roce 1989 se změnila ideologie péče, která s sebou přinášela určitou míru kritiky vůči

zdravotnickým a sociálním službám a jejím praktikám. Transformace společnosti dala vznik novému modelu vztahu sestra-pacient, jenž odpovídá konzumentskému typu vztahu (srov. Ezekiel and Linda 1992). Read na základě svých zjištění tvrdí, že zdravotní sestry byly s příchodem nové ideologie vystaveny požadavkům na zapojení více emocí a osobního přístupu vůči pacientům, přičemž jejich dosavadní praktiky týkající se péče začaly být zpochybňovány. Podle autorky se však mnohé zdravotní sestry neztotožňovaly s tímto přístupem, jelikož měly internalizovaný socialistický model péče *techne*, který jim umožnil rozlišit péči v pracovní sféře od péče v osobním životě. V současnosti je věnována pozornost právě těmto pnutím mezi dvěma ideologiemi, kdy model péče *techne* vyvstává spíše jako nežádoucí „odkaz“ socialismu (např. Hrešanová 2014).

## **2.2 Důležitost komunikace ve vztahu poskytovatel–příjemce péče**

Přibližně od 70. let výzkumníci a výzkumníci postupně poukazovali na význam biopsychosociálního modelu, namísto biomedicínského, jenž redukoval zkušenost pacientů pouze na symptomy nemoci a opomíjel sociální a společenskou složku člověka. Narůstal počet studií zdůrazňující potřebu porozumět pacientovi, jeho světu a skrze něj vidět nemoc a léčit jej (např. Balint 1964; Stewart 1995; Ong et al. 1995). S touto potřebou se zvyšoval požadavek efektivní komunikace a spolupráce. Od té doby pacient začal být spojován s aktivní rolí a povědomím o medicíně, na základě něhož byl schopný učinit rozhodnutí. Ideálním vztahem se ustavil tzv. egalitární vztah, postavený na vzájemném porozumění, sdílené moci a zodpovědnosti (tzv. *patient-centered approach*) (Mead and Bower 2000).

Tento posun jednoznačně vedl k narůstající pozornosti vůči komunikaci, jejím limitům a dopadům. Řada autorů tvrdí, že existuje úzká vazba mezi efektivní komunikací, spokojeností pacienta a zdravotními výsledky (např. Stewart 1995; Ha, Anat and Longnecker 2010; Begum 2014). Jednotliví autoři si začali uvědomovat, že komunikace neprobíhá vždy univerzálně a harmonicky, jak poukazoval například již zmíněný

Freidson (1970) prostřednictvím své teorie o třesku perspektiv. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují způsob komunikace a formování vztahu, které mohou být jak individuální, tak kontextuální povahy. Nejčastěji je diskutován význam osobnostních charakteristik a kultury a jejich vliv na komunikaci a interakci zdravotníků s pacienty (např. Kleinman and Benson 2006; Derose, Escarce and Lurie 2007), což lze označit za ústřední zájem antropologie.

Roter a Hall (2006) ve své publikaci shrnují mnohé charakteristiky, jež mohou ovlivnit komunikaci mezi lékaři a pacienty. Jsou jimi například věk, gender, vzdělání a socioekonomický status, rasa/etnicita, jazyk a jiné kulturní aspekty, fyzický vzhled, či způsob neverbální komunikace. Často diskutovaným a výrazným faktorem, který vstupuje do komunikace a formování vztahu, je kultura a jazyk. Neznalost úředního jazyka problematizuje a ztěžuje vyjednávání mezi pacientem a lékařem, přičemž často může docházet k dezinterpretacím, a to i v případě přítomnosti tlumočnicka či tlumočnice (např. Balaam et al. 2003; Williams, Haskard and DiMatteo 2007). Nejčastěji na komunikační bariéry v prostředí zdravotní péče narážejí členové rasových a etnických minorit. Cooper-Patrick s kolegy (1999) na základě svého výzkumu zjistili, že etnické rozdíly mezi lékařem a pacientem jsou často bariérou k partnerství a efektivní komunikaci.

Vzdělání a socioekonomický status jsou neméně zásadní (Epstein, Alper and Quill 2004). Dle Waitzkina lékaři věnují více času vzdělanějším pacientům s vyšším socioekonomickým statusem a upozorňuje, že jejich komunikační styly a postoje jsou podobné (Waitzkin 1985: 84). Naopak pacienti s nižším vzděláním mohou obtížně porozumět sděleným informacím, které pro ně mohou být matoucí a vyvolávat nejistotu (de Haes 2006: 295). Dle některých výzkumníků pacienti s nižším socioekonomickým statusem méně verbalizují a netouží po informacích od lékařů (Waitzkin 1985; Roter and Hall 2006). To však může být

interpretováno jako důsledek neznalosti medicínských informací a jejich neporozumění (srov. Williems et al. 2005; Mechanic and Taner 2007), nebo například i jako důsledek strachu a nejistoty (Small et al. 2014).

Často je diskutován vliv genderu. Z různých výzkumů vyplývá, že ženy lékařky jsou více empatické, vřelé a pozorné, a naopak muži lékaři komunikují s pacienty a pacientkami s větším odstupem a jsou netrpěliví (Roter and Hall 1997; Uskul and Ahmad 2003; Jefferson et al. 2013). Ženy lékařky tudíž věnují pacientům a pacientkám více času v rámci medicínské konzultace než muži. Roter a Hall (1997: 59) dokonce hovoří o možnosti navázání velmi silného pouta mezi ženou lékařkou a ženou pacientkou (srov. Uskul and Ahmad 2003; Roter and Hall 2006). A naopak mužští lékaři, jak zjistil například West (1993), pravděpodobněji hovoří autoritativním způsobem, užívají technické termíny pro popis daného medicínského problému a explicitní příkazy, když dávají pacientům a pacientkám instrukce (srov. Uskul and Ahmad 2003).

Komunikaci mohou ovlivnit i další faktory, jimiž jsou například postoje, předsudky a stereotypy, či odlišná očekávání jak ze strany pacientů, tak lékařů (Roter and Hall 2006; Ferguson and Candib 2002). Komunikaci mezi zdravotníkem, nikoliv pouze lékařem, a pacientem mohou zároveň ovlivnit i jiné faktory, které lze označit za strukturální. Mezi ně lze řadit nedostatek času, nedostatek personálu a jeho vytížení a různá organizační a legislativní opatření (Lupton 2012).

### 3. Koncept zranitelnosti (*vulnerability*)

V této kapitole se zabývám konceptem zranitelnosti a jeho vymezení na základě slovníkových definic a odborné literatury. Pro lepší porozumění danému konceptu jej stručně vymezuji vůči již ustáleným konceptům, jako je například autonomie, riziko, odolnost či křehkost. Jelikož ke své práci přistupuji z perspektivy medicínské antropologie a sociologie, následující kapitoly v této části textu představí, jak je koncept zranitelnosti užíván v oblasti sociálně-vědního výzkumu a následně na poli antropologie. V poslední části představím vymezení konceptu zranitelnosti tak, jak jej užívám v této disertační práci.

#### 3.1 Vymezení konceptu zranitelnosti a jeho kritika

Termín zranitelnost (*vulnerability*) „pochází z latinského slova *vulnerare* (*to wound*, zranit) a *vulnus* (*a wound*, rána)“ (Heaslip and Ryden 2013: 6). Nejobecnější a nejužívanější definicí je, že zranitelnost je „náchyllost k ublížení a újmě, či schopnost být snadno fyzicky, emočně či mentálně zraněn“ (Cambridge Learner’s Dictionary: nestr; srov. Rogers 1997; Aday 1994)<sup>2</sup>. Například Oxfordský slovník nám nabízí definici, že zranitelnost je „kvalita či stav, kdy je jedinec vystaven možnosti útoku či poškození, buď fyzickému nebo emočnímu“ (Oxford English Dictionary 2017: nestr)<sup>3</sup>. V odborné literatuře, i přes rozdílné formulace, je zranitelnost pojímána skrze společné pojmy, jimiž jsou náchyllost k ohrožení, ublížení, ohrožení a bezmocnost (např. Adger 2006; Cooley 2015). Koncept zranitelnosti jednoznačně odkazuje k určité míře nebezpečí, riziku, ztrátě kontroly a oslabení. Zranitelnost je navíc asociována s mnoha dalšími pojmy, jako je

---

<sup>2</sup> V případě užívání slovníkových definic v jiném jazyce jde o vlastní překlad. Z toho důvodu uvádím přesnou původní citaci v poznámce pod čarou. Původní citace: „Susceptibility to health problems, harm or neglect“ (např. Rogers 1997: 65; Aday 1994: 487); „Able to be easily physically, emotionally, or mentally hurt, influenced, or attacked“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.).

<sup>3</sup> Původní citace: „The quality or state of being exposed to the possibility of being attacked or harmed, either physically or emotionally“ (Oxford English Dictionary 2017: nestr.).

omezenost, nejistota či křehkost (ten Have 2016), převážně negativně konotována.

Co se týče počátků užívání tohoto konceptu ve vědecké literatuře, jeho první odkaz je zaznamenán již ve 20. letech 20. století, a to v lékařské vědě v souvislosti s různými anomáliemi a defekty v oblasti lidského těla (ten Have 2016). Zhruba od poloviny 20. století se koncept zranitelnosti začal rozšiřovat do mnoha vědních oblastí, což bylo podpořeno rostoucím počtem studií odkazujících ke konceptu zranitelnosti. Zásadní zlom nastal na počátku 70. let 20. století, kdy byl koncept implementován do bioetických směrnic. Poprvé se objevil v Belmontské zprávě (Belmont Report 1979). Od té doby se koncept zranitelnosti stal inherentní součástí bioetických směrnic, které ho dodnes užívají k zajištění etického zacházení a autonomie pacienta či pacientky. Tyto směrnice vymezují zranitelné skupiny jedinců, a to nejčastěji na základě některé pevně dané kategorie, jako je například věk, etnicita, socioekonomický status, aj., či na základě prostředí, v němž lidé žijí, a různých vlivů.

Koncept se začal hojně užívat i v dalších vědních oblastech, jimiž byla zejména epidemiologie, environmentální studia a ošetřovatelství. Například epidemiologické a environmentální studie uchopují tento koncept pro populaci, která je vystavena riziku způsobeným přírodní katastrofou a/či znevýhodňujícími životními podmínkami (Delor and Hubert 2000). Environmentální studie převážně pracují s indexem zranitelnosti, který ukazuje míru vystavení populace nějakému riziku, rozsah změn a potřebných intervencí (Adger 2006; Brown 2011). Náchylnost k újmě a nebezpečí je pak v kontextu epidemiologických studií vztahována k riziku nákazy HIV/AIDS, jemuž jsou vystaveni určití lidé či skupiny lidí, a ke stigmatizaci a exkluzi daných jedinců.

Celkový zájem badatelů a badatelek o jeho užití však exponenciálně narůstal (ten Have 2015: 396). Koncept je považován za zásadní a užitečný v oblasti současné bioetiky, jelikož slouží jako relevantní etický

princip v medicíně, v praxi klinického výzkumu, ale také v oblasti vytváření politik sociálního státu. Je tudíž zdrojem morálních povinností k určitým osobám. Přesto je koncept zranitelnosti vystaven ostré kritice, která se zaměřuje z velké části na vágnost definice a užívání spojení „zranitelná populace“ či „zranitelná skupina“ zapříčiňující stigmatizující a stereotypizující označování (labelování) jedinců ve společnosti (Levine et al. 2004; Ruof 2004; Hurst 2008; Toader, Damir and Toader 2013). Převážná část studií užívá termín „zranitelnost“ či „zranitelný“ pro označení určité populace, která je vystavena některému z rizik, přičemž se jedná spíše o atribut (ten Have 2016: 39; srov. ten Have 2017). Studie se tedy nezaměřují na definici konceptu jako takového či jeho vysvětlení.

### **3.2 Vymezení konceptu zranitelnosti vůči již ustáleným konceptům<sup>4</sup>**

Riziko, ale i oslabená autonomie, jsou jedněmi z pojmů, které jsou obsaženy v definici konceptu zranitelnosti a jsou v určitém vztahu. Proto je zapotřebí tyto pojmy jasně od sebe oddělit a vymezit z důvodu lepšího porozumění konceptu zranitelnosti jako takového. Přesto je důležité mít na paměti, že jeho pojetí, užití či aplikovatelnost se může přirozeně lišit dle výzkumného zájmu.

#### **3.2.1 Autonomie**

Koncept zranitelnosti sehrává od 70. let 20. století ústřední pozici v oblasti výzkumu etiky a bioetiky, a to napříč mnoha obory (např. Ruof 2004; Toader, Damir and Toader 2013). V bioetickém diskurzu se zranitelnost váže na etické principy – respektování osob (*respect for persons*), prospěšnost (*beneficence*) a spravedlnost (*justice*) – a to především skrze autonomii.

Autonomie je ve výkladových slovnících definována jako „samospráva, forma určité (omezené, relativní) nezávislosti a

---

<sup>4</sup> Tato kapitola vychází z textu, který byl publikován v časopise *Acta FF* (Glajchová, A. 2018. „Rekonceptualizace pojmu zranitelnosti a jeho užití coby analytického nástroje.“ *Acta FF* 10 (1): 7–26.).

samostatnosti (v rámci většího celku)“ (Petráčková a Kraus 2001: 84; srov. Červená a Filipec 2010; SSJČ).<sup>5</sup> Velký sociologický slovník vymezuje tento pojem jako „relativní samostatnost vzhledem k okolí, která se vztahuje k jednotlivci, skupině, k organizaci, podniku a také ke státu, k jejich samostatnému určování cílů a samostatnému rozhodování“ (Linhart et al. 1996: 116). Na poli sociologie je autonomie definována také jako „schopnost racionálního aktéra samostatně se rozhodovat a nebýt subjektem nějaké determinace“ (Jandourek 2007: 35). Jinak řečeno, přenesením těchto definic do praxe, autonomie je pojímána jako respekt vůči jedinci, jeho rozhodnutí a nezávislosti (Haugen 2010). Jedná se o etický princip, který předpokládá jednak aktivní účast a spolupráci (Haugen 2010; ten Have 2016), ale i právo člověka na svobodné rozhodnutí s ohledem na vlastní blaho (Garrett, Baillie and Garrett 1993: 28).

Co se týče vztahu mezi konceptem autonomie a zranitelnosti, existuje zde důležitá vazba. Zranitelnost totiž můžeme vymezit jako „narušenou či omezenou autonomii“ (např. Toader, Damir and Toader 2013: 938). Autonomie tedy může být snižena v důsledku situace zranitelnosti, a naopak zranitelnost může být způsobena z nedostatečné schopnosti hájit vlastní práva a zájmy, z neschopnosti rozhodovat podle sebe, či z neschopnosti účastnit se rozhodovacího procesu. Autonomie se tak nejčastěji, v kontextu zdravotní péče a bioetického diskurzu, dotýká Institutu informovaného souhlasu.<sup>6</sup> Ten například udává, že pacienti a pacientky by měli být léčeni pouze na základě svého souhlasu, nikoliv proti své vůli či bez něj. Z toho důvodu jsou za zranitelné označováni ti, kteří nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas a jejichž autonomie je výrazně oslabena. Autonomie tudíž lze chápat jako ideál či standard, který

---

<sup>5</sup> Slovníková hesla pojmu autonomie (autonomy): „the ability to make your own decisions without being controlled by anyone else“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.); „self-directing freedom and especially moral independence“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

<sup>6</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování sděluje, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem“, který je v písemné formě.



odpovídá očekávání majoritní společnosti. Naopak zranitelnost může představovat opačný pól (srov. ten Have 2016).

### 3.2.2 Riziko

Riziko – pojem, pod kterým si lze představit cokoli s ohledem na individuální zkušenost. Ve výkladovém slovníku je riziko definováno jako nebezpečí, možnost škody, ztráty, či nezdár (Petráčková a Kraus 2001; Červená a Filipec 2010).<sup>7</sup> Analýza užitých definic tohoto pojmu poukazuje na společný základ, jímž je, že „pravděpodobnost výskytu nebezpečí, jež má za následek vznik katastrofy, či sérii událostí s nežádoucím dopadem anebo pravděpodobnost nějaké pohromy“ (Brooks 2003: 6).<sup>8</sup>

S konceptem rizika se setkáváme napříč různými obory, přičemž v souvislosti se zranitelností s tímto konceptem pracují zejména studie z oblasti epidemiologie a environmentálních studií (srov. Delor and Hubert 2000). Podle Aday (1994: 487) je „epidemiologický koncept rizika základem definice zranitelnosti“. Tyto koncepty jsou tudíž v úzké vzájemné závislosti: stav zranitelnosti je způsoben vystavením rizikové události a riziko samotné představuje pravděpodobnost vzniku nepříznivé události a stavu zranitelnosti (Flaskerud and Winslow 1998).

### 3.2.3 Marginalizace

Pojem marginalita či marginalizace vznikl od kořenu slova *margin* (*kraj*), který označuje periferní aspekty lidí, sociálních sítí, komunit a prostředí (Hall, Stevens and Meleis 1994). V českých výkladových slovnících nalézáme pojem marginálie označující jedince žijícího na okraji společenství nebo to, co je okrajové (Petráčková a Kraus 2001; SSJČ; Červená a Filipec 2010).<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Slovníková hesla pojmu riziko (risk): „the possibility of something bad happening; something bad that might happen“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.); „the possibility of loss or injury“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

<sup>8</sup> Původní citace: „the probability of occurrence of a hazard that acts to trigger a disaster or series of events with an undesirable outcome, or the probability of a disaster“ (Brooks 2003: 6).

<sup>9</sup> Slovníková hesla pojmu okraj (margin) a marginalita (marginality): margin – „the ability to make your own decisions without being controlled by anyone else“ (Cambridge Learner’s Dictionary

Vznik pojmu marginalizace je spojován s Robertem Ezrou Parkem, který jej ve 20. letech 20. století představil a užíval pro popis migrace a zkušenosti migrujících jedinců. Marginalizace je od té doby vymezována jako komplexní proces, během kterého jsou jedinci či skupiny jedinců odsouváni na okraj společnosti, a to z důvodu vlastní identity, zkušenosti, nebo v důsledku prostředí, v němž žijí (Sirovátka 1997; Pelc 2017). Marginalita tedy znamená „stav bytí periferním“ (Hall, Stevens and Meleis 1994: 25). Scott a Marshall (2009: 437) mimo to definují marginalizaci jako „proces, kterým je skupině či jedinci odpírán přístup k důležitým pozicím a symbolům ekonomické, náboženské a politické moci uvnitř společnosti“.<sup>10</sup>

Bytí na periferii má nepochybně úzkou souvislost se zkušenostmi diskriminace, nedostatkem socioekonomických zdrojů a zhoršujícím se blahem (*well-being*), přičemž marginální status negativně dopadá na zdraví marginalizovaných jedinců (Lynam and Cowley 2007). Proces marginalizace je ve vztahu se zranitelností, nicméně lze jej považovat za důsledek situace zranitelnosti, chápeme-li zranitelnost jako náchylnost k újmě či vystavení riziku, nebezpečí. Nelze koncept zranitelnosti nahradit konceptem marginalizace, jelikož odsunutí na okraj společnosti je vyústěním náchylnosti k újmě či vystavení rizikovým faktorům, o čemž hovoří i někteří autoři (srov. Toader, Damir and Toader 2013).

### 3.2.4 Křehkost

Další z konceptů, který lze zmínit v souvislosti se zranitelností, je křehkost. Tento pojem je vymezován jako vlastnost toho, co je křehké, či jako slabost a nedostatek (např. Červená a Filipec 2010; SSJČ).<sup>11</sup> Křehkost (*frailty*) je

---

2017: nestr.); marginality – „not of central importance; also occupying the borderland of a relatively stable territorial or cultural area; or excluded from or existing outside the mainstream of society, a group, or a school of thought“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

<sup>10</sup> Původní citace: „A proces by which a group or individual is denied access to important positions and symbols of economic, religious, or political power within any society“ (Scott and Marshall 2009: 437).

<sup>11</sup> Slovníková hesla pojmu křehkost (*frailty*): „weakness and lack of health or strength“ (Cambridge English Dictionary 2017, nestr.); „the quality or state of being frail“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

užívána zejména v geriatрии pro označení procesu „věkově podmíněného poklesu potenciálu zdraví ve stáří“ (Kalvach a Holmerová 2008: 66). Křehkost tedy značí kumulaci nedostatků a snižující se odolnost vůči stresorům – to způsobuje zranitelnost a náchylnost k nepříznivým zdravotním výsledkům (např. Paixao and Prufer de Queiroz Campos Araújo 2010). Lacas a Rockwood dokonce pojímají křehkost jako „variabilní zranitelnost vůči zhoršenému zdraví u lidí stejného chronologického věku“ (Lacas and Rockwood 2012: 2).<sup>12</sup>

### 3.2.5 Bezpečnost a odolnost

Zranitelnost je asociována s pojmy jako nebezpečí, riziko, či slabost. Lze ji však definovat skrze její protiklady, kterými jsou například bezpečnost (*security*) či odolnost (*resilience*) (ten Have 2016). Výkladový slovník vysvětluje bezpečnost (*security*) jako „jistotu a zajištění osobního bezpečí“ (Červená a Filipec 2010). V případě bezpečnosti ten Have hovoří o vztahu nepřímé úměry – pokud se člověk ocitá v situaci, kdy se snižuje jeho zranitelnost, zvyšuje se pocit bezpečí. Bezpečnost tudíž odkazuje k „absenci rizika, tedy i zranitelnosti“ (ten Have 2016: 25).

Pojem odolnost (*resilience*) je vysvětlován jako „schopnost odolat a odolávat (např. nákaze)“ (Červená a Filipec 2010), či jako „odolávat nějakému náporu, být odolný vůči hrozbám, nákaze, anebo je slovo vztaženo k odolnosti materiálu či konstrukce“ (SSJČ).<sup>13</sup> Například Adger (2006: 278) definuje odolnost jako „schopnost soupeřit s vnějšími riziky a stresem“. Ten Have (2016: 27) navíc upozorňuje, že dříve byl tento koncept užíván pro označení stavu ne-zranitelnosti. Za zranitelné osoby byli

---

<sup>12</sup> Variabilní zranitelnost je užívána jako epidemiologický koncept, dle kterého jsou jedinci vystaveni možnosti újmy, zranění a narušení integrity. Základní zranitelnost je pojímána jako univerzální lidský stav (Kottow 2004).

<sup>13</sup> Slovníková hesla pojmu bezpečnost (*security*) a odolnost (*resilience*): *security* – „protection of a person, building, organization, or country against threats such as crime or attacks by foreign countries“ (Cambridge English Dictionary 2017: nestr.); *resilience* – „the quality of being able to return quickly to a previous good condition after problems“ (Cambridge English Dictionary 2017: nestr.); *security* – „the quality or state of being secure; *resilience* – an ability to recover from or adjust easily to misfortune or change“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

naopak považovány ty, které postrádali odolnost. Koncept odolnosti je nejvíce užíván v environmentálních studiích, které se zaměřují na globální problémy a klimatické změny (např. Carpenter et al. 2001).

### **3.3 Zranitelnost v sociálně vědním výzkumu a ve vztahu ke zdraví**

V sociálně vědním výzkumu roste počet studií užívající koncept zranitelnosti od počátku 21. století (Delor and Hubert 2000: 1557), přičemž často citují a tematicky navazují na studie z oblasti etiky, medicíny, veřejného zdraví a ošetrovatelství. Například studie Ady Rogers (1997) je velmi přínosná, jelikož rozpracovává koncept zranitelnosti a poskytuje přehled jednotlivých možných faktorů způsobující zranitelnost a její dopady (srov. Derose, Escarce and Lurie 2007). Neméně přínosná je i studie například Samiy Hurst (2008), která se zaměřuje na vymezení zranitelnosti a užití tohoto konceptu ve výzkumu a zdravotní péči. Zároveň v textu předkládá seznam bioetických směrnic, které obsahují klasifikaci zranitelných skupin<sup>14</sup>. Hurst na tyto klasifikace navazuje s kritikou a argumentuje, že definice zranitelnosti je příliš úzká a bioetické směrnice opomíjejí jedince, kteří mohou být zranitelní, ačkoliv nejsou součástí předem definované zranitelné skupiny (Hurst 2008: 194-195).

Značná část sociálně vědních výzkumů se zaměřují na socioekonomickou zranitelnost v různých geografických oblastech (např. Ahern et al. 2008; Brown 2011). Například Ahern s kolegy (2008) zkoumali variabilitu zdraví populace žijící v ekonomicky zranitelných oblastech.

---

<sup>14</sup> Například Belmont Report uvádí klasifikaci zranitelných skupin, jimiž jsou rasové minority, ekonomicky znevýhodnění jedinci, velmi nemocní jedinci, hospitalizovaní jedinci (The Belmont Report 1979). Helsinská deklarace definuje jako zranitelné skupiny nekompetentní osoby, které nemohou poskytnout informovaný souhlas nebo jej odmítají; jedinci ohrožení nátlakem a nezískáním výhod z účasti na lékařském výzkumu; jedinci, jejichž potřeby týkající se zdraví jsou opomíjeny (World Medical Association 2013). Kodex federálních předpisů (Protection of Human Subjects – 46 CFR 46) vymezuje zranitelné skupiny děti, vězně, těhotné ženy a jejich embrya (Code of Federal Regulations 2009). Světová zdravotnická organizace (CIOMS) klasifikuje jako zranitelné děti, osoby s mentální či behaviorální poruchou, podřízené členy hierarchických skupin, seniory, obyvatele pečovatelských domů, jedince přijímající sociální benefity, nezaměstnané, pacienty na pohotovosti, etnické a rasové minority, bezdomovce, uprchlíky, vězně, pacienty s nevyléčitelnou chorobou a členy komunit neznající medicínskou terminologii (CIOMS 2002).

Testovali, zda tuto variabilitu vysvětluje socioekonomický status různých oblastí a sousedství nebo jiné zranitelnosti a schopnosti. Autoři potvrdili hypotézu, že variabilita je vysvětlována právě jinými schopnostmi a zranitelnostmi, než je pouze socioekonomický status, a mezi něž zahrnují například „sociální kontrolu, kvalitu lokálních škol, nezaměstnanost či stupeň dosaženého vzdělání“ (Ahern et al. 2008: 694-700). Dále řada studií užívá zranitelnost ve vztahu k nebezpečí a náchylnosti k riziku nákazy HIV/AIDS, přičemž koncept zranitelnosti vztahují k určitým oblastem považovaných za zranitelné či ke skupinám jedinců (např. Delor and Hubert 2000; Hirsch 2014). Ačkoliv se Dolan a Davis (2003) zaměřují na zkoumání subjektivní zkušenosti lesbických žen, zranitelnost je opět vztahována k sebehodnocení náchylnosti k sexuálně přenosným infekcím či HIV. Mnohé výzkumy uchopují a užívají zranitelnost obdobně, například v kontextu prevence (Baig et al. 2017) či jako vystavení nějakému riziku, jako jsou například depresivní symptomy (Marchand et al. 2016) či diabetes (Liu et al. 2015).

Koncept zranitelnosti užívají i výzkumníci a výzkumnice, kteří se ve svých studiích zaměřují na prostředí zdravotní péče a její poskytování. Ačkoliv některé studie přesahují do oblasti biomedicíny a veřejného zdraví, spojuje je právě užití tohoto konceptu. Opět téměř všechny texty užívaly termíny zranitelnost a zranitelný jako přívlastek, skrze něj různí autoři popisují situaci jedinců narážejících na různé bariéry a nerovné zacházení v prostředí zdravotní péče (např. Cooper-Patrick et al. 1999; Bostick et al. 2006; Migge and Gilmartin 2011; Stan 2015). Vždy se však jednalo o členy jedné ze zranitelných skupin, jako jsou etnické a rasové minority (Bostick et al. 2006; Trani et al. 2010; Migge and Gilmartin 2011) či lidé ve stáří (Williams, Haskard and DiMatteo 2007; Cooley 2015).

### 3.3.1 Prezentace zranitelné populace ve výzkumech týkající se zdravotní péče

Nejčastější překážky a těžkosti, jež zranitelní (obzvláště členové etnických a rasových minorit) zažívají a na něž autoři upozorňují, se týkají především kulturních odlišností. Jako hlavní překážku v přístupu k péči pak hodnotí komunikační bariéry (Ashton et al. 2003; Derose, Escarce and Lurie 2007; Migge and Gilmartin 2011). Podle výzkumníků ovlivňují nejen komunikaci jako takovou, ale i úspěšnost léčby a pacientovu spokojenost, jež následně podmiňuje budování vztahu mezi poskytovatelem péče a pacientem (Ashton et al. 2003). Z těchto dílčích zjištění vyplývá, že neznalost úředního jazyka zvyšuje náročnost dalších překážek a nesází, které uvalují jedince do stále zranitelnější pozice. Nízká úroveň jazykové kompetence, způsobující nepochopení mezi zdravotníky a pacientem, tak bezpochyby snižuje pacientovu autonomii (Bostick et al. 2006: 1330) a omezuje jeho schopnost samostatně vyhledávat a získávat informace o svém zdraví (Adanu and Johnson 2009).

Další zásadní zjištění přináší například Holmes (2012), podle nějž odlišné kulturní a socioekonomické pozadí pacientů výrazně ovlivňuje porozumění nemoci či její prožívání. To je mnohými autory zdůvodňováno odlišným vysvětlujícím modelem. Vysvětlující model nemoci (*explanatory model of sickness*) zdůrazňuje, že pacient zaujímá specifickou perspektivu, osvojuje si vlastní porozumění příčině a prognóze nemoci, má specifická očekávání a manifestuje různé vzorce chování (Kleinman, Eisenberg and Good 1978). Perspektivy lékaře a pacienta jsou proto nutně odlišné (Ashton et al. 2003). Tento odlišný vysvětlující model lze též zvažovat jako specifickou bariéru v interakci se zdravotnickým personálem.

Co se týče stárnoucí populace, Williams s kolegy označují za hlavní překážku také komunikační bariéru, která však nespočívá v neznalosti úředního jazyka, ale v nedostatku empatické a efektivní komunikace, která je jinak zásadní součástí léčby (Williams, Haskard and DiMatteo 2007).

Citovaní autoři na základě rešerše mnoha výzkumů shrnují potenciální problémy, které mohou seniory potkat a ovlivnit tak jejich komunikaci se zdravotníky i jejich zranitelnost. Autoři upozornili na řadu faktorů, které se podílejí na formování a prohloubení zranitelnosti seniorů v prostředí zdravotní péče, například ztrátu sociálních kontaktů, vyloučení z trhu práce, změny v rodinné struktuře, ovdovělost, smrt přátel, vyšší příjmů, zhoršené zdraví, postižení či ztrátu mobility (Williams, Haskard and DiMatteo 2007: 454–455).

Mnohé studie upozorňují na finanční a strukturální nesnáze, které znesnadňují jedincům přístup ke zdravotní péči a její přijímání – to je opět ustavuje do zranitelnější pozice. Jedná se zejména o vyšší příjmů, finančně nákladnou léčbu a absenci zdravotního pojištění (Rogers 1997; Bostick et al. 2006; Holmes 2012). Někteří jedinci si s nízkými příjmy nemohou dovolit vhodné léky či druh léčby, který vyžaduje jejich zdravotní stav, a někdy se na úkor vlastního zdraví rozhodnou zdravotní péči nevyhledat či odmítnout (např. Migge and Gilmartin 2011). Situace se týká převážně cizinců, kteří mají omezený nárok na zdravotní pojištění a v případě potřeby zdravotní péče odjíždějí zpět do své původní země (Migge and Gilmartin 2011: 1145; Stan 2015: 348). To jednoznačně odkazuje k překážkám pevně ukotveným ve strukturách společnosti. Některé studie (např. Cooper-Patrick et al. 1999; Holmes 2012; Stan 2015; Cooley 2015) explicitně zmiňují, že určitá legislativní opatření, organizační nastavení systému zdravotní péče a jednotlivých zdravotnických zařízení, ale i stereotypy a předsudky činí jedince zranitelnými a znesnadňují jejich situaci v prostředí zdravotní péče (Pařížková, Hrešanová a Glajchová 2018).

Werner a Malterud (2005) se zabývali skupinou žen, které trpěly chronickou bolestí a jež označovali za zranitelné, nikoliv však kvůli ženskému genderu. Ve své studii identifikovali tzv. prostor zranitelnosti (*space of vulnerability*), v němž se ocitají ženy pacientky v rámci interakce s lékaři, a argumentují, že příčinou zranitelnosti je jejich nevysvětlitelná

chronická bolest a nedůvěra, odmítání a ignorance ze strany lékařů. Ta je však podpořena vlivem genderu, a to z důvodu stereotypního vnímání ze strany lékařů, kteří nevysvětlitelnou bolest žen interpretují jako hysterii a módní diagnózu (Werner and Malterud 2005: 45). Autoři Nordström a Wangmo (2017) se taktéž zaměřili na interakci mezi zdravotnickým personálem a skupinou pacientů a pacientek, jimiž byli lidé ve stáří. Na základě svých zjištění zdůrazňují, že zranitelnými nejsou jen tito pacienti a pacientky, ale i zdravotnický personál. Ten je vystaven náročným pracovním podmínkám a situacím, které v nich vyvolávají pocit nejistoty a ambivalence vztahující se ke stárnoucím pacientům a pacientkám. Ve svém výzkumu prováděli polostrukturované rozhovory s ošetřovatelským personálem a došli k závěru, že vztah mezi pacienty ve stáří a zdravotnickým personálem je charakteristický tzv. vzájemnou zranitelností (*mutual vulnerability*), která je způsobena celou řadou interaktivně vyvstávajících aspektů, jako jsou odmítavý či hrubý přístup pacientů, nedostatek času, tlak na výkon v rámci organizace či nedostatek personálu (Nordström and Wangmo 2017: 10). Zranitelnost tudíž nespočívá pouze na straně pacientů jako reprezentantů zranitelné skupiny, ale i na straně jiných členů společnosti – v tomto kontextu zdravotníků (srov. Glajchová 2016).

### **3.4 Zranitelnost v antropologii ve vztahu k zdraví**

V antropologii najdeme některé studie a publikace, které užívají koncept zranitelnosti. Jedna z prvních výzkumnic, která jej užila, byla Ruth Behar (1997). Ve své publikaci *The Vulnerable Observer* popisuje svůj výzkum na Kubě a zaměřuje se na pozici antropoložky a zranitelnost její pozice. Podle Behar se antropologové a antropoložky musí neustále zapojovat do vyjednávání s lidmi, které studují, a také se od nich distancovat. Tvrdí, že dělat dobrý terénní výzkum vyžaduje schopnost vytvářet smysluplné a empatické vazby s informátory a psát dobrou etnografii vyžaduje schopnost opustit toto pole za účelem psaní, analýzy a kritiky. Podle ní by tedy antropologie měla být kritická, věrohodná a psaná způsobem, který



činí antropologa či antropoložku zranitelným (Behar 1997: 1-33). Zranitelnost, o níž hovoří, tak spočívá v pozici antropologa či antropoložky, který pozoruje v daném terénu a zároveň je hluboce emočně vztažen do výzkumného pole s ohledem na osobní zkušenost, která se protíná s profesní zkušeností.

Ačkoliv antropologové a antropoložky nepoužívají koncept zranitelnosti, zabývají se jinými aspekty, které s ním úzce souvisejí, jako je újma, utrpení, pohroma, atd. Například antropoložka Veena Das (2007) studovala násilí na ženách po politické události v Indii v roce 1947. Koncept zranitelnosti ve své etnografii užívá pro popis jak žen, které byly vystaveny riziku znásilnění a různých forem násilí, ale i mužů, jelikož všichni členové státu Indie se ocitli v pozici, kdy neměli kontrolu nad přežitím a byli vystaveni masovému násilí (Das 2007: 66-137).

Dále je koncept zranitelnosti užíván v medicínské antropologii v souvislosti s koncepty *strukturální násilí* (např. Farmer 2004) a *strukturální zranitelnost* (např. Holmes 2011; Quesada, Hart and Bourgois 2011; Duke 2011). Pro Farmera (2004) jsou zranitelní obyvatelé Haiti, kteří jsou náchylní k infekčním chorobám a vystaveni chudobě a sociální nerovnostem, které mají výrazný negativní dopad na jejich zdraví. Farmer však zdůrazňuje, že tyto sociální nerovnosti jsou důsledkem institucionalizovaných forem násilí, tzv. strukturálního násilí. Co však považuje za stěžejní, a proto o Haitanech a Haitankách hovoří jako o zranitelných, že tyto formy násilí ztělesňují a z toho důvodu omezují jejich jednání (Farmer 2004: 315).

Ostatní badatelé a badatelky se zaměřovali na migranty a migrantky, kteří tvoří skupinu farmářských pracovníků v USA a jejichž pozice jsou různě hierarchizovány na základě rasy, etnicity a druhu práce (Holmes 2011; Duke 2011). Podle výzkumníků tato pracovní hierarchie produkuje zranitelnost v důsledku utrpení a strádání, které souvisí s rozdílnými požadavky, tlaky a tělesnými praktikami v dané práci. Výzkumníci odmítají

koncept strukturálního násilí, který se podle nich nezaměřuje na makrostruktury produkující zranitelnost (Holmes 2011: 426), ale vysvětlují situaci pracovních migrantů a migrantek prostřednictvím konceptu strukturální zranitelnost. Podle Dukeho (2011) je strukturální zranitelnost ustavována skrze prostorové, časové a ideologické nastavení farem, uvnitř nichž jsou farmáři migranti/farmářky migrantky geograficky a sociálně izolovaní a vystaveni vykořisťujícím pracovním podmínkám. Ideologie těchto farem je založena na jakési „domáckosti“, přičemž migranti a migrantky jsou marginalizováni právě z důvodu jejich jinakosti. Jinak řečeno, „nativní pracovníci tvoří hegemonickou koncepci práci, hodnoty a osobnosti“ (Duke 2011: 411).

S ohledem na můj výzkumný záměr považuji za nejpřínosnější práci antropoložky Marciy C. Inhorn (2018). Ve své studii se věnuje situaci arabské a černošské populaci žijící v Detroitu, ve Spojených státech amerických, v jejich reprodukční fázi života. Členové těchto dvou komunit jsou podle Inhorn vystaveni diskriminaci, chudobě a dalším různým formám zranitelnosti, jako je přístup ke zdravotní péči či k finančně nákladné asistované reprodukci. Konkrétně se zaměřovala na neplodné páry mající zkušenost se reprodukčními centry a systémem zdravotní péče. Zranitelnost těchto neplodných párů pak popisuje jako tzv. reprodukční exil, vyjadřující neochotu arabských párů vrátit se zpět do válčící země s rozbitým zdravotním systémem, ale taktéž jejich nemožnost získat přístup ke službám umělého oplodnění v Americe, které jsou jinak běžně dostupné. Podle ní jsou arabští uprchlíci a uprchlice strukturálně zranitelní (Inhorn 2018: 37) a uchyluje se ke konceptualizaci Bourgoise a jeho kolegů (2017). Ti definují strukturální zranitelnost jako „pozicionalitu marginalizovaného jedince ve společnosti, v níž je vystaven mnoha překrývajícím se a vzájemně se posilujícím mocenským hierarchiím“ (Bourgeois et al. 2017: 300). Autoři vyzdvihují přínos tohoto konceptu

jakožto hodnotícího nástroje a navrhuje jeho implementaci do medicínského vzdělání.

Ostatní antropologické studie užívající koncept zranitelnosti se vztahují k oblasti výzkumu disaster studies (např. Vaughn 2013; Oliver-Smith 2013; Faas 2016). Jedná se spíše o oblast aplikované antropologie a jednotliví autoři se snaží koncept zranitelnosti z teoretické roviny aplikovat do praxe a zároveň kritizují dosavadní užití konceptu. Například Faas argumentuje, že zranitelnost je převážně užívána jako kumulativní indikátor nerovného rozložení populací v blízkosti environmentálních a technologických nebezpečí a odkazuje zároveň k individuální či skupinové schopnosti předvídat rizika a soupeřit s nimi, či jim odolávat a zotavovat se z nich. To podle Faase vyvolává celou řadu kritických úvah – například, že označením skupiny jedinců jako zranitelných zbavíme tyto jedince agency a pohlížíme na ně jako na „trpící subjekty“ neschopné jednat (Faas 2016: 22-23). Faas, ale i například Oliver-Smith, zdůrazňují, že by se koncept zranitelnosti měl užívat stále jako analytický nástroj a neměnit jej v politický nástroj. Kritizují snahu politik, které opomíjí reálné potřeby zranitelných lidí a nevytváří nástroje pro předpovídání rizik (Oliver-Smith 2013: 280-281; Faas 2016: 24; srov. Vaughn 2013).

### **3.5 Vymezení mého pojetí konceptu zranitelnosti z intersekcionalní perspektivy**

Výše citované studie poukazují na význam a důležitost konceptu zranitelnosti, jenž je úzce spjat se znevýhodněnou pozicí jedinců a váže se na různé dimenze nerovností, které spolu interagují. Z toho důvodu v mé práci přistupuji k vymezení konceptu zranitelnosti z pohledu intersekcionalního přístupu, díky němuž lze rozkrýt jednotlivé dimenze nerovnosti a lépe porozumět zkušenosti zranitelnosti.

Termín intersekcionalita vymezila jako první feministka Kimberlé Crenshaw mezi 80. a 90. lety 20. století (Crenshaw 1989). Intersekcionalita se zabývá „studiem vztahů mezi mnoha dimenzemi a modalitami

sociálních vztahů a formování subjektu“ (McCall 2005: 1771). Jinými slovy, intersekcionalita je teoretický rámec, který předpokládá, že se různé sociální kategorie protínají, interagují, a vytváří systémy útlaku, které vzájemně dávají vznik nerovnostem (Viruell-Fuentes, Miranda and Abdulrahim 2012). Intersekcionalita „zdůrazňuje mnohovrstevnatost, flexibilitu a kontextuální proměnlivost sociálních identit a prolínání sociálních struktur“ (Kolářová 2018: 17).

Co se týče oblasti zdraví, Giritli-Nygren a Olofsson (2014) argumentují, že intersekcionalní přístup je hojně užíván ve výzkumech od roku 2000, avšak zejména v oblasti zdravotních rizik, s nimiž je zacházeno jako s pevně danými kategoriemi. Studií v oblasti zdraví, které pracovaly s konceptem zranitelnosti a studovaly jej z perspektivy intersekcionalního přístupu, je poskromnu. Jedná se zejména o epidemiologické studie, které analyzují interakci faktorů implikující rizikové sexuální chování a výskyt HIV (např. Collins, von Unger and Armbrister 2008; Sutherland 2016). Koncept zranitelnosti je tak prismaticem intersekcionality studován pouze v souvislosti s infekcí HIV a stále pojmán jako náchylnost vůči újmě a horšímu zdravotnímu stavu.

V mé práci se uchyluji k vymezení konceptu zranitelnosti působení jednoho či více vzájemně se protínajících situačních, kontextových a osobnostních faktorů. Z intersekcionalní perspektivy lze takto pojmáný koncept zranitelnosti užít jako analytický nástroj, prostřednictvím něhož je možné odhalit různé dimenze nerovností. Užití tohoto analytického nástroje navíc umožní odhalit individualitu, která je popírána stereotypní kategorizací na základě pevně dané kategorie. Z těchto důvodů považuji koncept zranitelnosti za zajímavý a přínosný pro antropologické badání a obohacující perspektivu kritické medicínské antropologie.

## **4. Metodologie výzkumu**

Pro porozumění zkušenosti zranitelnosti pacientů a pacientek a interakcím se zdravotnickým personálem jsem zvolila etnografii jakožto výzkumnou strategii.<sup>15</sup> Ačkoliv kořeny etnografie odkazují ke studiu společností, v současnosti je etnografie chápána jako studium sociálních interakcí, chování a vnímání objevující se uvnitř skupin, organizací či komunit. Hlavním cílem etnografie je prostřednictvím detailního pozorování a rozhovorů poskytnout hlubší vhled do názorů a jednání lidí v daném místě či prostředí (Reeves, Kuper and Hodges 2008: 512). Během etnografického výzkumu se „výzkumník musí stát studentem a jeho vypravěči se naopak musí stát učiteli“ (Spradley 1980: 4). To umožní výzkumníkovi odhalit skryté principy jiného života či jiné kultury. Tato výzkumná strategie jednoznačně koresponduje s mým výzkumným záměrem, jímž je porozumět názorům, postojům a zkušenostem zdravotnického personálu ve vztahu ke zranitelným pacientům a pacientkám, porozumět zkušenosti zranitelnosti a získat hlubší vhled do medicínské kultury.

### **4.1 Výzkumné pole a užití metody výzkumu**

V mém výzkumu jsem se zaměřovala na interakce mezi zdravotnickým personálem a dvěma skupinami pacientů a pacientek. Z toho důvodu jsem prováděla výzkum ve dvou odlišných kontextech systému zdravotní péče, jejichž výběr byl ovlivněn mým zájmem – zranitelnou skupinou pacientů.

#### **4.1.1 Oddělení dlouhodobé péče**

Jako jeden z hlavních faktorů způsobující zranitelnost je věk a jsou to právě jedinci ve vyšším věku, kteří jsou považováni za nejzranitelnější skupinu populace (Eide et al. 2013) a jsou tak i klasifikováni v bioetických směrnících (srov. Hurst 2008). Příčinou této kategorizace je narůstající

---

<sup>15</sup> Pojem zdravotnický personál užívám v textu pro jednodušší čtení a označuji tím zdravotníky a zdravotnice, jimiž jsou v kontextu mého výzkumu zdravotní sestry, porodní asistentky, dětské sestry, lékaři a lékařky, ošetřovatelky, ošetřovatelé a sanitáři.

míra závislosti, nesoběstačnosti, pokles fyzické zdatnosti či například ztráta sociálních a ekonomických zdrojů (Rogers 1997). Osoby ve vyšším věku, stárnoucí členové a členky společnosti mohou vykazovat známky zranitelnosti či *křehkosti*. Křehkost je pojem užívaný v geriatrické medicíně, představující pokles zdraví z důvodu stárnutí a náchylnost k nepříznivému zdravotnímu stavu a kumulaci onemocnění (Kalvach a Holmerová 2008; Lacas and Rockwood 2012). Na druhou stranu je zavádějící takto automatizovaně kategorizovat stárnoucí populaci – řada z nich jsou aktivními, soběstačnými, nezávislymi a fyzicky i zdravotně zdatnými (srov. Hasmanová Marhánková 2010). Přesto, ocitají-li se v prostředí institucionální péče, lze předpokládat, že zdraví či situace těchto jedinců vyžaduje péči a pomoc s jejich soběstačností.

Pro první výzkum jsem zvolila oddělení následné dlouhodobé péče, jenž je typické zejména péčí o pacienty a pacientky vyžadující čtyřicetihodinovou péči denně. Toto oddělení bylo součástí menší okresní nemocnice v českém městě přibližně o 12 tisících obyvatel. Na oddělení následné dlouhodobé péče byli hospitalizovaní pacienti a pacientky převážně ve věku 60 let a více. Během mého pobytu se stalo, že zde byl hospitalizovaný jeden pacient a jedna pacientka mladšího věku, a to z důvodu doléčení. Převážná část pacientů a pacientek však byla vyššího věku, tzv. stařeckého věku (Haškovcová 2010). Zde jsem prováděla zúčastněné pozorování, a to po dobu půl roku téměř každý den v pracovním týdnu od června do prosince roku 2016. Během zúčastněného pozorování jsem si vedla terénní poznámky, které obsahovaly popis prostředí, vše, co jsem během pozorování viděla a slyšela, a stejně tak mé myšlenky a reflexi týkající se dění v terénu. Během pobytu se však jednalo o pouhé zkratkovité poznámky a symboly, které jsem poté, v co nejkratší době, upřesnila, abych neopomněla žádný důležitý aspekt z pozorování. Vedle toho jsem si vedla také terénní deník, do něhož jsem detailně zapisovala zkušenosti z terénu a vše, co se týkalo vstupu do terénu a

pobytu v něm. Dále jsem realizovala deset neformálních rozhovorů s ošetrovatelským personálem a šest etnografických hloubkových rozhovorů s lékaři a lékařkami, které jsem oslovila během mého pobytu na oddělení.<sup>16</sup>

Co se týče oslovení zdravotníků a zdravotnic, kteří mi poskytli rozhovor, narážela jsem na problém nedostatku času, tudíž jsem musela čekat několik dní, než si na mě například některý lékař či lékařka našla „chvilku času“. Jejich kontaktování naopak bylo poměrně snadné, jelikož jsem byla denně v jejich blízkosti, všichni personál věděl o mé pozici a znal můj výzkumný záměr – pokud ne, danému zdravotníkovi či zdravotnici jsem přiblížila záměr mého výzkumu a pobytu na oddělení. Neformální rozhovory jsem provedla na daném oddělení, když se naskytla volná chvíle a na základě souhlasu daného zdravotníka či zdravotnice. Hloubkové rozhovory s lékaři a lékařkami, kteří přicházeli na oddělení pouze na vizitu a v nutných případech, jsem uskutečnila mimo oddělení na lékařských pokojích a opět vždy se souhlasem konkrétního zdravotníka či zdravotnice.

#### **4.1.2 Oddělení gynekologicko-porodnické**

Moji snahou je komplexněji pohlédnout do situace zranitelných osob v medicínském prostředí a do perspektiv zdravotnického personálu – to mě vedlo k zahrnutí druhé skupiny tzv. zranitelných, jimiž jsou cizinky v období těhotenství a porodu. Migraci lze vymezit jako „prostorové přemísťování osob přes libovolné hranice, spojené se změnou bydliště“ (Linhart et al.

---

<sup>16</sup> Ošetrovatelský personál, který byl na oddělení denně přítomen, se skládal ze všeobecných sester, zdravotnických asistentek, ošetrovatelek, ošetrovatelů a sanitářů. Rozdíl mezi ošetřovatelem a sanitářem je takový, že sanitář je pomocný zdravotnický pracovník a provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče, nebo základní ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem všeobecné sestry. Ošetřovatel je nižší zdravotnický pracovník, pracuje pod odborným dohledem všeobecné sestry a podílí se na poskytování základní ošetrovatelské péče a specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu. Rozdíl je i v požadavcích na vzdělání, kdy ošetřovatel získává odbornou způsobilost k výkonu povolání zpravidla absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel nebo tříletého studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole v oboru ošetrovatel (§ 36, Zákon č. 96/2004 Sb.). Sanitář získává odbornou způsobilost k výkonu povolání absolvováním pouze akreditovaného kvalifikačního kurzu podle pracovního zařazení (§ 42, Zákon č. 96/2004 Sb.).

1996: 627), proces přizpůsobování či jako tranzici (Collins, Zimmerman and Howard 2011: 4), přičemž migrace je považována jako jeden z nejvýznamnějších determinantů zranitelnosti (Rogers 1997; Derose, Escarce and Lurie 2007). Zranitelnost cizinek je však v procesu přemísťování komplexnější, jelikož velká část žen je v reprodukčním období. Mnohdy tak zažívají *tranzici dvojitou*, kdy se v kontextu cílové země stávají cizinkou a zároveň matkou (Liamputtong 2006). Právě v období těhotenství a porodu cizinky mohou zažívat první kontakt s majoritní společností a vstup do systému zdravotní péče, jenž může skýtat celou řadu nesnází a překážek institucionální a sociokulturní povahy. Vhodná zdravotní péče je však zásadní v tomto období - výrazně ovlivňuje zkušenost žen s těhotenstvím a porodem, jejich zdraví a zdraví novorozence.

Z tohoto důvodu jsem pro mé druhé výzkumné pole zvolila oddělení gynekologicko-porodnické, umístěné ve zdravotnickém zařízení v jednom krajském městě.<sup>17</sup> Konkrétněji, provedla jsem etnografický výzkum tohoto oddělení, které je však komplexnější ve svém složení v porovnání s oddělením následné dlouhodobé péče. Gynekologicko-porodnické oddělení zahrnovalo prenatální ambulance a poradny, porodní sál, novorozenecké oddělení a tzv. šestinedělí. Výzkum jsem realizovala na celém oddělení včetně těchto dílčích stanic. Prováděla jsem hloubkové rozhovory, nezúčastněné pozorování a rozhovory formální. Jelikož jsem se v tomto výzkumném poli nemohla pohybovat zcela svobodně, rozhodla jsem se podpořit validitu dat provedením několika hloubkových rozhovorů se zdravotnickým personálem z gynekologicko-porodnického oddělení jiných zařízení perinatální péče. Tím, že jsem rozšířila můj výběr o jiná zdravotnická zařízení, tedy o zařízení zpravidla z jiného okresu či kraje,

---

<sup>17</sup> Záměrně jsem cílila na zařízení v krajských městech s předpokladem, že tato města obývá větší počet cizinců a cizinek z důvodu bohatší nabídky pracovních a studijních příležitostí. Tento fakt potvrzují nejen data Českého statistického úřadu (ČSÚ 2019b), ale taktéž zdravotníci a zdravotnice v momentě kontaktování či v průběhu rozhovoru.



jsem získala komplexnější vhled do perspektivy zdravotníků a zdravotnic a možnost porovnání jednotlivých vyprávění, které se však v tématech a mnoha klíčových momentech nelišily. V období od června roku 2017 do května roku 2018 jsem provedla celkem 35 hloubkových rozhovorů z 9 zařízení. Mými informátory a informátorkami byli lékaři, lékařky a především porodní asistentky a dětské sestry, které jsou v intenzivním kontaktu se ženami v rámci daného oddělení. Z celkového počtu jsem uskutečnila 8 rozhovorů s lékaři, 1 rozhovor s lékařkou, 7 rozhovorů s dětskými sestrami a 19 rozhovorů s porodními asistentkami.

Co se týče oslovování zdravotníků a zdravotnic uvnitř konkrétního oddělení, kde jsem prováděla výzkum, nejprve jsem se obrátila na primáře a vrchní sestru daného oddělení, jimž jsem představil můj výzkumný záměr. Tento krok jsem však mohla učinit až po uzavření smlouvy o spolupráci se zdravotnickou institucí. Primář a vrchní sestra mi na základě mého oslovení doporučili některého člena či členku jejich zdravotnického týmu, který/á by mi mohl/a poskytnout rozhovor a sdílet své zkušenosti. Dané zdravotníky a zdravotnice jsem poté oslovila s žádostí o participaci na výzkumu a provedení rozhovoru. Další informátory a informátorky jsem vybírala metodou sněhové koule (Hendl 2005), a to v rámci jedné instituce, i mimo ni. Kritérium, k němuž jsem přihlížela při výběru, bylo pouze jedno a to takové, že zdravotník či zdravotnice měl zkušenosti s péčí o cizinky. Neopomíjela jsem však ani délku praxe, která se nabízí jako zásadní pro získání zkušeností, avšak žádný z mých informátorů a informátorek neměl praxi kratší 5 let. Tuto dobu považuji za relevantní s ohledem na zvyšující se počet cizinců a cizinek v České republice. Konkrétní počet takových zkušeností však nelze kvantifikovat s ohledem na jejich četnost a délku medicínské praxe.<sup>18</sup>

Veškeré rozhovory jsem prováděla se zdravotníky a zdravotnicemi vždy s jejich souhlasem a po předchozí domluvě, během níž jsme si

---

<sup>18</sup> Pojem medicínská praxe užívám pro označení jak lékařské, tak ošetrovatelské praxe.

upřesnili čas a místo naší schůzky, které jsem ponechávala na jejich volbě. Téměř všichni mí informátoři a informátorky preferovali provést rozhovor v daném zdravotnickém zařízení, a to převážně na lékařském či sesterském pokoji. Výjimkou pak byl rozhovor provedený v čekárně pro rodičky, kde v danou chvíli nikdo nebyl. Délka trvání rozhovorů se odvíjela od podmínek, které během něho nastaly – některý rozhovor musel být předčasně ukončen, během jiného jsme se naopak několikrát vraceli k tématu z důvodu přerušení. Nicméně průměrná délka všech rozhovorů činí zhruba hodinu a půl. Co se týče záznamu rozhovorů, převážně všichni odmítli jeho nahrávání na diktafon a z toho důvodu jsem si dělala krátké stručné poznámky a klíčová slova, které jsem v co nejkratší možné době rozepsala a následně přepsala v ucelený rozhovor. Všechny rozhovory, včetně těch nahrávaných, jsem téměř doslovně přepsala. Mimo to jsem prováděla nezúčastněná pozorování, během nichž jsem si dělala opět krátké poznámky týkající se aktuálního dění a chování zdravotnického personálu či žen. Dále jsem prováděla neformální rozhovory, a to většinou při volném pohybu uvnitř oddělení a vždy s oslovením a představením mé osoby jakožto výzkumnice.

#### **4.1.3 K analýze dat**

Veškerá data, informace, zjištění, terénní poznámky a terénní deník jsem podrobila analýze, přičemž data z jednoho kontextu jsem analyzovala odděleně od druhého kontextu. Analýzu etnografických dat jsem prováděla v průběhu sběru dat tak, jak je pro etnografický výzkum typické (Hendl 2005: 238). Data jsem analyzovala prostřednictvím tzv. tematické analýzy, která je široce užívanou kvalitativní analytickou metodou a velmi oblíbená v oblasti sociálně-zdravotních věd (Braun et al. 2019). Její výhodou je přístupnost a flexibilita a poskytuje bohatý a detailní vhled do zkoumané skupiny a celkové problematiky (Braun and Clarke 2014).

S ohledem na výzkumné téma jsem zvolila indukční způsob analýzy, jelikož tematická analýza umožňuje identifikaci témat a vzorců i

deduktivním způsobem (Braun et al. 2019), která se ve svých aspektech podobá metodě zakotvené teorie (*grounded theory method*) (Charmaz 2006). Jelikož jsem se ve svém výzkumu zaměřovala na specifickou populaci – zranitelné skupiny pacientů a pacientek – využila jsem pouze první fázi metody zakotvené teorie (tzv. otevřené kódování). Postupovala jsem tedy tak, že jsem důkladně, pomalu a opakovaně pročítala veškerý textový materiál, včetně terénního deníku, a všímala jsem si kritických míst (srov. Hendl 2005). Na základě položené otázky jsem kódovala buď celý odstavec, nebo slovo po slovu. Mým cílem bylo postupně tematicky rozkrýt text. Jednotlivé kódy tudíž zachycovaly významy přikládání (zdravotníky a zdravotnicemi) zkušenostem s pacienty a pacientkami a jejich vztahu s nimi. Kódovány byly i přídavná jména či vlastnosti, nikoliv pouze podstatná jména. Často jsem užívala „in vivo“ kódy – pojmenování, která užíval zdravotnický personál. Za pomoci této analýzy jsem postupně odhalila objevující se a opakující se témata a podtémata, která se objevovaly v datech, a nacházela vztahy mezi nimi. Jelikož jsem prováděla analýzu odděleně s ohledem na výzkumné pole, časová následnost analýz přispěla k mému rozhodnutí pokračovat v analýze dat v textové podobě bez použití softwaru. I přes oddělenou analýzu však lze identifikovat shodná či podobná témata a podtémata a jejich průniky vztahující se k interakci mezi zdravotnickým personálem a tzv. zranitelnými pacienty a pacientkami.

## **4.2 Pozice ve výzkumném poli a etika výzkumu**

Můj vstup do prvního výzkumného pole vyžadoval souhlas ze strany vedení, ale taktéž souhlas vrchní a následně staniční sestry. Vstoupit jsem však mohla až po uzavření písemné smlouvy s vedením dané nemocnice o provedení výzkumného šetření. V dané smlouvě jsem se zavázala chránit soukromí a práva pacientů, pacientek a veškerého zdravotnického personálu, včetně anonymizace dané instituce. Má zúčastněná pozice tedy spočívala v asistenci ergoterapeutky, jíž jsem byla nápomocí v různých

činnostech a úkolech, které jsou každodenní náplní každého ergoterapeuta. Ergoterapeutka Iva se stala moji klíčovou informátorkou, která mě seznámila s výzkumným terénem, v průběhu pozorování mě upozorňovala na různé stěžejní situace v interakci s pacienty a pacientkami a vždy mi vysvětlila vše, co pro mě bylo nové a nejasné. Díky této asistenci jsem měla možnost stát se téměř rovnocennou členkou ošetrovatelského týmu. Být členkou týmu přispělo k mé zúčastněné a kompletní participaci (Spradley 1980), a to i přesto, že jsem zdravotnický personál seznámila s mým výzkumem a jeho záměrem. Ocitla jsem se v roli zúčastněné pozorovatelky. Mohla jsem být součástí různých aktivit a nahlédnout do každodenního chodu tohoto oddělení, stejně tak do perspektiv zdravotníků a zdravotnic a interakcí mezi nimi a pacienty či pacientkami.

Vstup do druhého terénu taktéž vyžadoval souhlas ze strany vedení nemocnice a uzavření písemné smlouvy o spolupráci a provedení výzkumného šetření. Vyjednávání ohledně provedení terénního výzkumu na oddělení gynekologicko-porodnickém bylo zdlouhavější s ohledem na velikost a strukturu daného zařízení. V momentě, kdy byla smlouva podepsaná všemi smluvními stranami, jsem se mohla volně pohybovat po zdravotnickém zařízení, oslovovat jednotlivé zdravotníky a zdravotnice a informovat je o mém výzkumu s žádostí o účast. Volný pohyb se však vztahoval pouze na veřejné prostory, tedy chodby, čekárny, prostory před ambulancemi a veškerá místa, která vylučovala moji přítomnost na vyšetřovnách v době ošetřování pacientky, sálech a pokojích. Anonymizace všech zúčastněných včetně instituce je i v rámci tohoto výzkumného pole samozřejmostí, stejně jako závazek chránit soukromí a práva pacientek a zdravotnického personálu. Ačkoliv jsem se tedy pohybovala po oddělení, má pozorování byla omezena prostorem, v němž jsem se mohla vyskytovat. Má pozice nebyla zúčastněná. Nebyla jsem součástí zdravotnického týmu, ale pozorovala jsem veškeré dění a oslovovala dané osoby jakožto výzkumnice.

Co se týče etiky výzkumu, realizace v obou kontextech probíhala na základě souhlasu s účastí na výzkumném projektu a všichni účastníci a účastnice byli seznámeni s tématem a cílem výzkumu a jejich formou účasti. Jejich souhlas či nesouhlas byl zpravidla podmíněn doložením kopie uzavřené smlouvy mezi mnou a daným zařízením – to dle mého přispělo k získání důvěry a ochoty participovat na výzkumu. Od všech účastníků a účastnic jsem získala informovaný souhlas v ústní podobě. Za účelem anonymizace, s prioritou zajistit ochranu a soukromí všech zúčastněných, jsou veškerá uvedená jména v textu smyšlená a informace, jako věk či funkce na oddělení, nejsou záměrně uvedeny. Zároveň neuvádím ani bližší informace o daných zdravotnických zařízeních ani městech, v nichž se nacházejí, aby nedošlo k identifikaci daných oddělení či případně i zúčastněných. Z důvodu anonymizace neuvádím například ani konkrétní datum u jednotlivých výroků, které by mohlo napomáhat k identifikaci. Data byla anonymizována již v rámci analýzy a jsou uchována s cílem zabránit jakémukoliv zneužití informací a neetickému zacházení.

## 5. Stáří v prostředí zdravotní (geriatrické) péče

Formování vztahu a podoba interakcí mezi zdravotnickým personálem, pacienty a pacientkami je jedno ze stěžejních témat sociologie zdraví a nemoci a taktéž medicínské antropologie, které zastává výsadní postavení ve výzkumu již od 50. let 20. století. Toto téma se stává palčivějším právě v otázce interakce se zranitelnými skupinami pacientů a pacientek, jež mohou skýtat celou řadu překážek a stěžejních situací jak pro personál, tak pro samotné pacienty a pacientky.

V případě seniorů a seniorek se podoba interakcí výrazně liší a může během ní vyvstat mnoho obtížných momentů s ohledem na zdravotní stav. Podle Williamse a jeho kolegů (2007) jsou pacienti a pacientky ve stáří zranitelní, jelikož se setkávají s celou řadou změn (např. ztráta sociálních kontaktů, pokles mobility, osamělost, změny v rodinné struktuře, nízký příjem, aj.) a zároveň mohou narážet na nedostatek pocíťované empatie ze strany zdravotnického personálu a špatnou komunikaci mezi nimi, což negativně dopadá na zdraví jedinců. Tito autoři však tvrdí, že efektivní komunikace mezi lékařem či lékařkou a pacientem či pacientkou, empatie, důvěra a psychosociální podpora vyvíjí tzv. terapeutický vztah, jenž pozitivně ovlivňuje zdravotní výsledky stárnoucích pacientů a pacientek. Jsou si však vědomi obtížnosti v otázce budování takového vztahu s ohledem na sociální bariéry a překážky (Williams, Haskard and DiMatteo 2007: 458).

V této kapitole přiblížím, jak se personál vymezuje vůči pacientům a pacientkám (seniorům a seniorkám) a jak jsou ustavovány kategorie charakterizující interakci a vztah mezi nimi. V další části této kapitoly poskytnu přehled jednotlivých faktorů, které vyvstaly z analýzy mých dat a jenž se podílejí na zranitelnosti pacientů a pacientek, či ji přímo determinují.

## **5.1 Kategorizace seniorů a senierek z pohledu zdravotnického personálu**

V momentě, kdy byla stvrzena smlouva o provedení výzkumného šetření mým podpisem a podpisem vedení nemocnice, jsem získala svolení vstoupit na oddělení a začít své výzkumné bádání. Ještě před prvotním vstupem do terénu, na oddělení dlouhodobé péče, jsem měla schůzku s vrchní sestrou, která mi sdělila několik organizačních informací a poslala mě do skladu, kde jsem si vyzvedla nemocniční oblečení. Vrchní sestra mi poskytla prostor k převléknutí a poté jsme se spolu vydaly na oddělení, již jako člen ošetrovatelského týmu, čemuž odpovídal i můj oděv. Společně jsme se vydaly na oddělení, které bylo umístěno až v nejnižším patře budovy, v suterénu. Vešly jsme na oddělení s cílem vyhledat ergoterapeutku Janu, která mě měla mít, dá se říci, „na starosti“. První dojem, který jsem měla při procházení oddělením, byl zmatek a chaos – spousta pobíhajících zdravotnic a zdravotníků, kteří v podstatě neustále přecházeli z jednoho pokoje do druhého. Po krátkém čase, kdy vrchní sestra postupně nahlížela do každého pokoje s neustálým voláním „Jano?“, jsme ergoterapeutku našly v jednom pokoji, kde se věnovala pacientovi. Vrchní sestra mě představila, seznámily jsme se a následně se stala moji klíčovou informátorkou. Ergoterapeutka, jako jediná na této pozici, mi ihned začala vysvětlovat veškeré dění na oddělení, co je účelem její práce a jak probíhají její každodenní činnosti. Provedla mě celým oddělením, seznámila mě s jednotlivými zdravotníky a zdravotnicemi a poté jsme se věnovaly pacientům a pacientkám, tedy seniorům a seniorkám.

### **5.1.1 „Spolupracující“ a „nespolupracující“**

Během úvodního představení mi ergoterapeutka vysvětlovala, jaké činnosti a aktivity probíhají na oddělení, jak probíhá komunikace s pacienty a s pacientkami a zdůrazňovala, které činnosti a aktivity lze provádět s pacienty či pacientkami, kteří jsou aktivní a spolupracují a kteří nikoliv.

„Tady v tomto prostoru děláme skupinky s pacienty. To je takové sezení ve skupině, které tu probíhá každý den, od pondělí do pátku. Vždycky na každou tu skupinku vymyslím nějakou činnost, kterou děláme. Nebo si jen povídáme. (...) Ale účastní se jich pouze ti pacienti, kteří spolupracují.“  
(Poznámky z terénního deníku, rozhovor s ergoterapeutkou)

Další z pravidelných činností ergoterapeutky, kromě organizace skupinek, spočívala v provádění kognitivních testů s nově hospitalizovanými pacienty a pacientkami. Ergoterapeutka mi představila průběh tohoto testování a následně jej prakticky ukázala v kontaktu s pacientem či pacientkou. Ještě než ergoterapeutka provedla test, došla konkrétního pacienta či pacientku pozdravit a oznámit, že „přijdeme s takovým malým testíkem“. Již tento první kontakt, těsně před samotným provedením testu, byl prvním impulsem pro vyhodnocení schopnosti spolupráce a na základě toho mě informovala o tom, který z přítomných spolupracuje, kterého pacienta či pacientku „otestujeme“, a který/á naopak nespolečně pracuje a „necháme ho/ji být“.

Na ty pacienty a pacientky, kteří nespolečně pracují, jsem nebyla upozorněna pouze já, ale i ostatní členové zdravotnického personálu. Ti si danou informaci o pacientovi či pacientce navzájem sdělovali s tím, aby věděli, od koho z nich lze očekávat zpětnou vazbu. Když jsme se například s ergoterapeutkou vydaly za jednu pacientku, kterou jsme chtěly podrobit testu, upozornila mě, že pacientka nespolečně pracuje.

„Tak teď půjdeme za paní Hlaváčkovou. Ale ona není spolupracující, bude to obtížnější, nemluví s námi. Ale uvidíme, co zvládneme. Kdyžtak to (pozn. provedení testu) necháme být.“ (Terénní poznámky, rozhovor na ošetřovně)

Během zúčastněného pozorování jsem odhalila, že zdravotnický personál označuje pacienty a pacientky za „spolupracující“, pokud jsou v komunikaci s nimi spíše aktivní, účastní se různých aktivit a jejich kognitivní zdatnost (měřená v testech) je převážně lepší. Tito pacienti a pacientky spolu často interagovali, trávili spolu čas během dne, scházeli se



v prostorách vestibulu a povídali si o různých tématech a životních příbězích. Tento prostor byl taktéž určen pro skupinky konané ergoterapeutkou, kterých se zpravidla „spolupracující“ účastnili a do daných aktivit se zapojovali velmi aktivně a s nadšením. Společně během mého pobytu v terénu jsme s ergoterapeutkou organizovaly aktivity, jako kreslení, malování, tvarování z modelíny, pletení, tvoření z papíru a jiné kreativní činnosti, různé hry a diskusní kroužky. Během aktivizačních činností pacienti a pacientky udržují nejen sociální kontakt mezi sebou, ale činnosti jsou zároveň zaměřené na posilování paměti, motoriky a smyslových funkcí. „Spolupracující“ jsou pak podle zdravotnického personálu také ti, kteří souhlasí s léčebným postupem, doporučeními ze strany personálu a dodržují rehabilitační aktivity.

„Nespolupracující“ pacienti a pacientky jsou dle personálu pasivní, nechťejí se účastnit různých aktivit, odmítají komunikovat a nenásledují pokyny a doporučení ze strany zdravotnického personálu. Jejich neschopnost spolupráce se může týkat terapeutických aktivit a činností v rámci ergoterapie, ale i aktivit vztahujících se k péči a rehabilitaci. Právě rehabilitace, dle slov jedné ze zdravotních sester, je zásadní pro zachování a zlepšení fyzické mobility:

„Musí se hejbat. Musí chodit, nebo dělat alespoň malé krůčky. Jakmile přestanou, nesnaží se a nespolupracují, tak je to horší a horší a už se z té postele nezvednou.“ (Rozhovor se z.s. Kateřinou)

Ergoterapeutka, ale i ostatní z řad zdravotních sester, tvrdila, že mnohdy daný pacient nebo pacientka „pouze nemá náladu, je smutný/á, nebo prostě jen nemá svůj den“, a proto odmítá jakoukoliv formu spolupráce a kontakt s ostatními.

Možná ne/spolupráce vyvstává nejen z pacientova či pacientčina přístupu, ale je významně determinována kognitivní zdatností a celkovým zdravotním stavem daného seniora či seniorky. Vliv kognitivní zdatnosti a zdravotního stavu na schopnost spolupráce ilustruje například má první

zkušenost s testováním, která pro mě jakožto výzkumnici nebyla zcela jednoduchá. Opět jsme šly společně s ergoterapeutkou „otestovat“ nově hospitalizovaného pacienta, pana Nového, o němž mi sdělila, že trpí Alzheimerovou chorobou. Tentokrát jsem byla vyzvána, abych test provedla sama s tím, že ergoterapeutka bude přítomna vedle mě a v případě nějakých potíží či nesnází do testování vstoupí. I přesto, že jsem byla informována o pacientově chorobě, nevěděla jsem, jakou reakci na moje tázání lze očekávat. To ilustruje následující úryvek z mých terénních poznámek, který zároveň poukazuje na významný vliv zdraví a duševní pohody (well-being) na sníženou schopnost spolupráce a pasivní přístup.

„Pozdravila jsem pacienta, zeptala se ho, zda je ochoten odpovědět mi na pár otázek a začala jsem se ptát. Po první otázce následovalo ticho. Zeptala jsem se podruhé, ale pacient opět mlčel a upřeně na mě hleděl. V tu chvíli mi to bylo nepříjemné, nevěděla jsem, co dělat. Ergoterapeutka, přítomná po mé pravici, poznamenala, ať pokračuji jinou otázkou. Zeptala jsem se na jinou otázku, ale pacient stále upřeně zíral a mlčel. Zeptala jsem se dotyčného pacienta, že pokud nechce odpovídat, můžeme skončit. Najednou řekl: „ne, já chci, ptejte se“. Opět jsem se dotázala na jinou otázku, ale reakce byla totožná s předchozími. Nevěděla jsem, jak bych měla v tuto chvíli já správně reagovat. Pohlédla jsem na ergoterapeutku a ta navrhla, abychom s pacientem udělali test s hodinami, kdy pacient zakresluje ručičky. Pacient souhlasil. Podala jsem mu desku s testem a tužku, aby mohl zakreslit hodinové ručičky. I přes jeho souhlas opět upřeně hleděl chvíli na desku a chvíli na mě. Po chvílce jsme usoudily, že to nemá cenu a chtěly jsme si vzít desky zpět a odejít. Pán však trval na tom, že úkol splní. Bohužel však ani tentokrát nebyl schopen nic zakreslit, jen zíral. Po mnoha pokusech vzít si desky zpět jsme testování vzdaly a odešly bez nich. Po odchodu z pokoje mi ergoterapeutka sdělila, že takovéto chování je časté v případě Alzheimerovy choroby a že dotyčný pán je v pokročilé fázi této choroby.“ (Terénní poznámky, provádění kognitivního testu)

Jiným příkladem provázanosti zdravotního stavu a možné spolupráce je například opět testování s pacientkami, u nichž bylo taktéž stěžejní, jaké

reakce lze od nich očekávat a jak vůbec zareagovat v roli výzkumnice a zároveň členky ošetrovatelského týmu. Ergoterapeutka mi jednoho dne ráno oznámila, že „máme čtyři nové pacienty a je třeba udělat dotazník“. Jako první jsme provedly test s paní Holou. Vydaly jsme se za ní, zaťukaly na dveře od pokoje, vešly do pokoje, pozdravily jsme a směřovaly k paní Holé. Paní Holá byla na pokoji spolu s další pacientkou, s níž jsem měla možnost seznámit se o den dříve. Spustila jsem: „Dobrý den, paní Holá. Vy jste dnes přišla k nám, jste tu nová. Mohu s Vámi udělat takový test, kdy se zeptám na pár otázek?“ Ještě než jsem dostala odpověď od paní Holé, pacientka ležící vedle mi ihned sdělila, že paní špatně mluví. V tu chvíli se paní Holá odhodlala promluvit, ale opravdu velmi špatně mluvila. Vydávala jen chrčící hluboký zvuk a musela jsem se soustředit, abych zaznamenala, co mi chce vůbec sdělit. Ergoterapeutka pokývla, abych pokračovala. Ačkoliv to bylo velmi náročné, zcela jistě jak pro pacientku, tak i pro mě, paní Holá zodpověděla veškeré otázky a neměla žádný problém s pamětí, reakcemi a jednáním. Po skončení testu jsme se vydaly za další pacientkou, paní Blahutovou, jejíž zdravotní stav byl výrazně horší. Na kladené otázky neznala odpověď. Nevěděla, jaký je rok, jaký je měsíc a den a neustále opakovala: „Já to mám pomotaný. Je, to jsem netušila, že jsme tak blbá. Mám to úplně vygumovaný.“ Několikrát tuto větu zopakovala a nevěděla jsem, jakými slovy zareagovat. Ergoterapeutka v tu chvíli důrazně řekla: „To se nic neděje, paní Blahutová, to se stává.“ (Terénní poznámky, provádění kognitivního testu)

Ne/schopnost spolupráce výrazně vstupovala do interakcí mezi pacienty, pacientkami a zdravotnickým personálem a ovlivňovala podobu toho, jako probíhá komunikace a jednání mezi nimi. Ačkoliv se na první pohled může zdát, že se nejedná o nic neobvyklého, zdravotníci a zdravotnice, nikoliv pouze ergoterapeutka, na základě této schopnosti kategorizovali všechny pacienty a pacientky na „spolupracující“ a „nespolupracující“. Tato kategorizace utváří jakýsi kategorizační princip –

zařazení daného pacienta mezi „spolupracující“ či „nespolupracující“ je určující pro personál v otázce, jak s pacientem či s pacientkou mluvit, zda se s ním/ní lze dorozumět, zda očekávat aktivní přístup či naopak odmítnutí a zda ho/ji lze zapojit do různých terapeutických aktivit a rehabilitace.

### **5.1.2 „Dementní“ a „nedementní“**

Ačkoliv kategorizace na „ne/spolupracující“ byla zásadní pro zdravotnický personál, usnadňující přístup k pacientům a pacientkám a péči o ně, v průběhu zúčastněného pozorování jsem si všimla, že zdravotnický personál kategorizuje pacienty a pacientky také na „dementní“ a „nedementní“. Rozlišují pacienty a pacientky na kognitivně schopné a méně schopné. Tuto kategorizaci užívají zdravotníci a zdravotnice nejen podle výsledku testu, který měří úroveň kognitivních funkcí, ale taktéž na základě každodenního kontaktu s nimi, jenž nepřináší vždy jednoduché momenty. To ilustruje například výrok jedné z ošetřovatelek, která hovořila na chodbě s jednou zdravotní sestrou o pacientce:

„Já už nemůžu, to je pořád dokola. Ona je dementní. Pořád bezdůvodně ječí, huláká. Ona řekne au, aniž by na ní někdo šáhnul.“ (Terénní poznámky, setkání na chodbě)

Ergoterapeutka často během mého pobytu zdůrazňovala, že „někdo je na tom kognitivně lépe a někdo hůře“. Zdravotnický personál se uchýlil k této kategorizaci především, když pacient či pacientka měl/a problémy s pamětí, orientací, myšlením a vyjadřováním, přičemž tyto problémy ovlivnily, až znemožnily, vzájemnou komunikaci a taktéž spolupráci. Často pak personál vyzdvihoval stavy zmatenosti těchto „dementních“ pacientů a pacientek, které jim znesnadňují péči o ně. I já, jakožto pomocnice ergoterapeutky, jsem zažívala nesnáze v kontaktu s pacienty či pacientkami, kteří byli kognitivně méně zdatní:

„Přišla jsem (ráno) a hned na to jsem šla testovat jednu pacientku, paní Šťastnou. Zaklepala jsem, vkročila do pokoje, ale paní pospávala a nereagovala na můj pozdrav. Tak jsem přišla o deset minut déle a akorát

se převracela na bok, byla vzhůru. Pozdravila jsem ji, řekla ji, proč za ní jdu a po jejím souhlasu (pozn.: přikývnutím) jsem začala s testováním. Paní Šťastná ale na otázky často neznala odpověď, nebo odpověděla nesmysl. Pokračovala jsem dál. (...) Byla nemluvná, spíše duchem nepřítomná.“ (Terénní poznámky, provádění kognitivního testu)

Ke vzájemné komunikaci a porozumění nedocházelo velmi často z důvodu, že pacient či pacientka nerozuměl/a různým pokynům ze strany personálu a informacím, které podávají. Výjimkou nejsou ani doporučení týkající se léčby a dodržování léčebného režimu, které podle se vztahovaly k přímé péči, včetně hygieny, a manipulaci s daným pacientem či pacientkou.

„No a s těmi dementními pacienty je to obtížnější. Potřebujete, aby se otočili na bok, a neotočí se. Říkám „posadte se“ a nereagují. Prostě tomu nerozumí, co jim říkáme.“ (Rozhovor s lékařkou Kateřinou)

Ne/schopnost vzájemné komunikace, porozumění a schopnost reagovat na povely zdravotnického personálu vyvstala jako zásadní v případě obou kategorizací. Přesto ale nelze říct, že by tyto kategorizace byly totožné a trvalé. Podle zdravotníků a zdravotnic je péče o dementní a kognitivně méně schopné pacienty a pacientky mnohem náročnější a spolupráce mezi nimi je výrazně horší, obzvláště jedná-li se o starší pacienty (srov. Sýkorová 2007). Nicméně pacient či pacientka označen/a za „nespolupracující/ho“ nemusí být považován také za „dementní/ho“. Vždy záleží, podle slov ergoterapeutky, na úrovni poklesu kognitivních schopností a na tom, jak je „zrovna ten den pacient či pacientka naladěná“. Sama uváděla příklady, kdy někteří „dementní“ pacienti a pacientky „mají svůj den, dá se s nimi něco dělat“ a zapojí se do různých aktivit, avšak nebývá to často. Pokles kognitivních schopností tak spíše snižuje schopnost spolupráce mezi pacienty, pacientkami a zdravotnickým personálem, avšak nevyklučuje ji.

## **5.2 Zranitelnost seniorů a senierek ve vztahu ke zdravotnickému personálu**

Na základě mého zúčastněného pozorování se pacienti a pacientky (senioři a seniorky) na oddělení dlouhodobé péče ocitají ve zranitelné pozici. Jak ukazují zjištění týkající se kategorizace, jejich zkušenost zranitelnosti je formována ne/schopností spolupráce a vzájemné komunikace, jelikož významně ovlivňuje podobu vztahu mezi nimi a personálem. Zkušenost každého z nich je však odlišná a podmíněna dalšími faktory, jako je například kognitivní zdraví, zdravotní stav, nesoběstačnost, gender a další.

### **5.2.1 Věk a kognitivní zdraví**

Jedním z hlavních faktorů je bezpochyby věk. Věk jakožto determinant zranitelnosti užívají bioetické směrnice, které klasifikují stárnoucí jedince jako zranitelnou skupinu populace. Vysoký věk, respektive stáří, s sebou přináší změny jak po tělesné, tak i po psychické stránce. S rostoucím věkem dochází obecně ke zhoršování kognitivních schopností, přičemž značná část pacientů a pacientek na oddělení dlouhodobé péče byla ve věku 75 let a více (srov. Sýkorová 2007). Tito pacienti či pacientky hůře vnímají okolí, trpí například depresemi a jsou pasivní. Činností ergoterapeutky je právě podporovat, upevňovat a rozvíjet psychiku pacientů a pacientek. Skrze různé činnosti a techniky cílí na posilování fyzických funkcí a kognitivních schopností.

Kognitivní zdatnost se ukázala být velmi důležitá nejen v otázce spolupráce pacientů a pacientek, i v rámci každodenní péče. Pacienti a pacientky méně kognitivně schopní byli spíše pasivními, nespolupracujícími a odmítajícími. Přesto, jak jsem vypožorovala, se zdravotnický personál v kontaktu s nimi snaží o jejich zapojení a spolupráci. Jedny z nejčastějších situací, kdy personál doslova přesvědčoval pacienty a pacientky, se vztahovaly právě k aktivitám a terapeutickým činnostem, které organizovala ergoterapeutka:

„Doprovázela jsem ergoterapeutku, která se rozhodla přemluvit jednu pacientku, paní Zlámalovou, které bylo 83 let. Přišly jsme k té dané pacientce, která hned, jak nás viděla, řekla „Nezlobte se, dneska ne! Není, mně není dobře a je mi hrozná zima!“. Pokračovala stále se slovy „Ne!“. Na to ergoterapeutka: „Ale paní Zlámalová, já vám dám deku a bude dobře, jen pojdte, přeci nebudete pořád jen ležet celý den“. Po několika minutách paní Zlámalová nakonec souhlasila a ergoterapeutka spolu se sanitářem dostali paní do křesla.“ (Terénní poznámky, příprava setkání)

Přesvědčovací strategie nepoužívala pouze ergoterapeutka, ale i ostatní členové zdravotnického týmu – nejčastěji sanitáři, ošetřovatelky a rehabilitační sestry – kteří například přesvědčovali pacienta či pacientku ke cvičení, chození či k „pouhé“ pomoci k manipulaci.

„(...) tak se snažte. Kdo vám pomůže doma, když tam budete sama. Nikdo vás tam nezvedne a neodnese do koupelny. Tak pojdte, hurá do toho.“ (Terénní poznámky, asistence)

Přesvědčování ze strany personálu jsem také několikrát zaznamenala před nebo během skupinových setkání a aktivit. Například sanitářka Klára, která byla přítomna na skupince zaměřené na rukodělné práce, přesvědčovala odmítající pacientku slovy: „Ale paní Malá, neodmlouvejte a vezměte tu pastelku do ruky. Jen kreslete. Pročpak by to nešlo. Šup, malujte.“ (Terénní poznámky, skupinové setkání) Tento přístup pacientku opravdu přesvědčil v tom, že má pracovat. Vzala pastelku do ruky a začala malovat. Sanitářka mi poté řekla: „tak se na ně (pozn.: na pacienty a pacientky) musí, protože by nejraději nic nedělali, jsou líní. Ale to by vedlo k tomu, že by akorát zakrněli a pak už by nebyli schopni vůbec ničeho.“

Ne vždy ale byly tyto snahy úspěšné a mnohdy, obzvláště v případech trvalých potíží, zdravotnický personál snahu o zapojení, aktivitu a spolupráci „vzdával“. Tato skutečnost občas vyplývala z neformálních rozhovorů se zdravotními sestrami, ošetřovatelkami a sanitáři, ale i z mého pozorování. Například, než se začala konat setkání zacílená na terapii,

pravidelně každý den jsme spolu s ergoterapeutkou a sanitáři zvali pacienty a pacientky, aby se daného setkání či aktivity účastnili. Když jsme procházeli chodbou a vcházeli do jednotlivých pokojů, sanitář nebo ergoterapeutka odmítli některého z pacientů či pacientek oslovit a ignorovali jej se slovy, že se „trvale odmítají do aktivit zapojit“. Trvalé odmítání vede k redukci až absenci snahy ze strany zdravotníků a zdravotnic, či dokonce k ignoraci trvale nespolupracujících a pasivních seniorů a senierek, čímž je výrazně prohlubována jejich zranitelnost. Zároveň, ignorací a přehlížením dochází ke znevážení lidské důstojnosti (Svobodová a Šimek 2006, 497). Jedna z lékařek dokonce během rozhovoru o „dementních“ pacientech a pacientkách zdůraznila zranitelnost těchto jedinců:

„Dementní pacienti jsou pasivní, je jim to jedno. (...) Je to rehabilitace versus dlouhodobá péče – jako aktivní versus pasivní. Těm pasivním není indikována rehabilitace, nic se s nimi nedělá. Oni třeba mají na víc, ale nechtějí. A těm pak není indikována třeba rehabilitace, protože to nechtějí, odmítají, nebo prostě nemůžou. Takže se s nima nic nedělá.“ (Rozhovor s lékařkou Annou)

Zkušenost zranitelnosti méně kognitivně zdatných spočívá navíc v jejich neschopnosti rozhodovat se a v krátkodobé paměti. Právě „zapomínání“, jak například lékař Petr zdůrazňoval, ztěžuje vzájemnou komunikaci a vede k tomu, že zdravotnický personál musí mnohdy jednu informaci několikrát opakovat, jelikož už ji konkrétní pacient nebo pacientka zapomněl/a.

„Musíte se o každé informaci ujišťovat, že jí pacient rozumí. Neustále opakovat. Pořád se ujišťovat. Je to stejný jako s dětma. (...) Dokola se ptát, opakovat, a problém je taky se souhlasu. V tu chvíli (pozn.: pacient/ka) podepíše, ale za den třeba nic neví. Je to těžký s nima spolupracovat a komunikovat.“ (Rozhovor s lékařem Petrem)

Nebo:



„Tak takový lidi, u nichž se objevují nějaké příznaky demence, jsou méně autonomní. Že se jim to vysvětlí a oni to po nějaký době zapomenou. A jako znova se jim to musí vysvětlovat. Tak to je něco jiného, než když jsou starší a úplně všechno chápají, ale jenom třeba blbě slyší, nebo se blbě pohybují. Tak ti to chápají. Ti jsou lepší na spolupráci. Těm dementním se to může stokrát opakovat a vysvětlovat, a stejně neví, nechápou, proč tu leží, co dělat, a tak.“ (Rozhovor s lékařem Martinem)

Jak ilustrují výpovědi lékařů, méně kognitivně zdatní pacienti či pacientky pravděpodobně hůře chápou to, co jim lékař sdělí, zapomínají a jejich autonomie je výrazně oslabena či absentuje (srov. Toader, Damir and Toader 2013). Lékař Martin zároveň odlišuje ty chápající od nechápajících a je si vědom, že některý pacient či pacientka nemusí zrovna rozumět informaci z důvodu špatné srozumitelnosti či nedoslýchavosti, přičemž tvrdí, že snížená mobilita a nedoslýchavost ještě neznamena, že je pacient či pacientka „nespolupracující“. Lékař Petr naopak naráží na problém informovaného souhlasu – ten je pacienty a pacientkami podepsán, ale mnohdy nerozumí jeho obsahu nebo vůbec skutečnosti, co a proč podepisují. Zhoršené kognitivní zdraví jednoznačně ovlivňuje ne/schopnost spolupráce a komunikace a podmiňuje zranitelnost pacientů a pacientek. Ta však není univerzální, ale liší se s ohledem na situaci, jak dokládají úryvky a zkušenosti personálu. Lze konstatovat, že kognitivně méně zdatní jsou navíc vystaveni riziku snížené autonomie, nevědomosti a neinformovanosti, které výrazně prohlubuje jejich zranitelnost.

### **5.2.2 Zdravotní stav a ne/soběstačnost**

Jiný faktor, který ovlivňuje ne/schopnost spolupráce pacientů a pacientek, může být zdravotní stav a nesoběstačnost. Jak ilustruje úryvek z rozhovoru s lékařkou Annou, někteří „prostě nemohou“. Některým pacientům a pacientkám zhoršený zdravotní stav a klesající soběstačnost nedovoluje být aktivním ve smyslu pohybové aktivity, kognitivní zdatnosti a komunikace. I ergoterapeutka upozornila, že na oddělení „jsou i tací pacienti, kteří tuto možnost odmítají, nebo to jejich stav nedovoluje“. Za

těmi pak dochází na pokoj a snaží se je alespoň na chvíli povzbudit a popovídat si a uspokojit jejich psychické potřeby:

„(...) chodím za nimi na pokoj a snažím se je rozveselit, popovídat si s nimi, nebo se jim chvíli věnovat nějakou aktivitou. Aby to neměli pořád stejný a trochu je povzbudit, protože jsou v podstatě pořád na lůžku. Ale bohužel není moc času za každým chodit individuálně.“ (Terénní poznámky, rozhovor s ergoterapeutkou)

Během mého pobytu na oddělení ale takových chvil nebylo mnoho, jak v rozhovoru zdůraznila i sama ergoterapeutka. K individuálním návštěvám si pravidelně vyhrazovala určitý časový úsek v jednom dni během týdne. V důsledku zhoršeného zdraví a chronicity nemoci jsou pacienti a pacientky odkázáni na lůžko, mnohdy imobilní nebo závislí na různých přístrojích, které jim sice „ulevují“ od bolesti, ale zároveň jim nedovolují lůžko opustit. Například jedna z pacientek byla absolutně závislá na dýchacím přístroji a v momentě, kdy byla bez něj, se jí opět zhoršilo dýchání, začala se dusit a musela být opětovně připojena na přístroj. Nicméně některé základní fyziologické potřeby vyžadují opustit lůžko a tedy i přístroj. Vypozorovala jsem v kontaktu s pacientkou, že tyto momenty „mimo lůžko“ v ní vyvolaly obavy z dalšího odpojení, kdy se jí opět přitíží. Minimalizovala snahu jakékoliv příležitosti, například vycházky ven s rodinou, ale i potřebnou hygienu a rehabilitaci či cvičení s cílem zachovat její mobilitu.

Se zhoršujícím zdravím stoupá nesoběstačnost pacientů a pacientek, kteří jsou pasivní a zcela závislí na péči poskytované ze strany zdravotnického personálu – tj. na „základní péči“, která se vztahuje především na uspokojení fyziologických potřeb. Jedná se zejména o příjem potravy a tekutin, osobní hygienu včetně intimní hygieny a polohování.

„Ti, co již nejsou schopni spolupracovat, s nimi se nedá nic dělat. Je jim poskytnuta základní péče, což je nakrmit, přebalit, umýt, otočit.“ (Terénní deník, rozhovor s ergoterapeutkou)

Zhoršený zdravotní stav a nesoběstačnost významně snižují schopnost spolupráce a dle slov ergoterapeutky „se s nimi už nic dělat nedá“. Je jim poskytnuta „základní péče“, přesto sama dále v rozhovoru zdůrazňuje, že by jim měla být poskytnuta i tzv. péče bazální či bazální stimulace. Cílem tohoto druhu péče je podpořit vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka, tedy seniora či seniorky, a zachovat jeho soběstačnost (Friedlová 2007; Machálková et al. 2017). Právě s tímto cílem se ergoterapeutka snaží navštěvovat nesoběstačné a imobilní pacienty a pacientky a věnovat se jim individuálně.

S některými se však „už nedá nic dělat“, jak ilustruje příklad jedné pacientky, která zde v době mého terénního výzkumu byla již šest let, avšak v kómatu. Pacientčin mozek již šestým rokem nepracuje a postupně přestávaly fungovat jednotlivá centra, která řídí hybnost těla. Tato pacientka ležela zkroucená, nereagovala, nekomunikovala – byla pouze „ležícím tělem“, o které personál pečoval.

To, do jaké míry jsou pacienti a pacientky závislí na zdravotnickém personálu a obzvláště na ergoterapeutce, která se snaží vyplnit ty „prázdné chvíle“ mezi rutinní péčí, bylo nejvíce zřejmé v době, kdy ergoterapeutka na oddělení nebyla přítomna z důvodu čerpání dovolené. Několikrát jsem zaslechla ze strany pacientů či pacientek: „Jak to, že tu není? Jak je to možný?“. Jedna z pacientek dokonce zklamaně řekla, že se na ní ergoterapeutka vykašlala, protože jí měla pomoci a měla s danou pacientkou cvičit. Jiné projevy této závislosti byly také patrné, když některý z pacientů či pacientek zvonil s cílem přivolat pomoc, jenže v tu konkrétní chvíli nikdo z personálu nemohl ihned přiběhnout. Tato závislost tak uvaluje pacienty a pacientky do zranitelné situace v momentě, kdy zdravotníci a zdravotnice nejsou přítomni, „na dosah ruky“.

Péče o pacienty a pacientky, kteří trpí zhoršeným zdravotním stavem, sníženými kognitivními schopnostmi či jsou nesoběstační, je mnohonásobně náročnější než o pacienty a pacientky, kteří jsou aktivní, soběstační, či spolupracující. Jak bylo patrné nejen z mého pozorování, ale i z neformálních rozhovorů se zdravotnickým personálem, péče o trvale pasivní a nesoběstačné pacienty a pacientky vyžaduje nejen více času, ale i více trpělivosti, síly, a tedy i personálu. Nesoběstačnost a závislost určuje možnosti ne/schopnosti spolupráce a podmiňuje zranitelnost pacientů a pacientek, z nichž se stávají „polehávající těla“ odkázaná na pomoc druhých. Jejich zranitelnost je však navíc prohlubována v důsledku dalších faktorů, které vyvstávají z organizačního nastavení daného zařízení (viz podrobněji kapitola 5.2.5). Přesto zdůrazňuji, že ne všichni hospitalizovaní na oddělení dlouhodobé péči byli nesoběstačnými a kognitivně méně zdatnými, ale jednalo se spíše o převážnou část. Nicméně kapacita tohoto oddělení čítá padesát pět lůžek (z toho pět sociálních lůžek) a byla téměř naplněna, až na dvě až tři prázdná lůžka.

### **5.2.3 Sociální kontakty**

Další faktor ovlivňující ne/schopnost spolupráce a zranitelnost seniorů a seniorek hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče, který vyvstal z mé analýzy, jsem nazvala sociální kontakty. Během mého pozorování jsem si všimla, že právě sociální kontakty jsou pro pacienty a pacientky velmi důležité s ohledem na prožívání jejich každodennosti uvnitř institucionalizovaného prostředí. Ihned od začátku mého pobytu na oddělení jsem byla součástí skupinových diskusí a přítomna během různých aktivit, během nichž pacienti a pacientky vyjadřovali obrovské nadšení z toho, že mají možnost popovídat si, zavzpomínat, vyprávět o rodině a sdílet své příběhy a zkušenosti. Někteří doslova zářili a v diskusi byli velmi aktivní. Někdy mi připadalo, jako by se předháněli, kdo co řekne dříve, než ten druhý. „Děkuji, děkuji vám sestřičky“, zaznívalo z úst pacientů a pacientek, kteří velmi často vyjadřovali vděk za to, že se mohli zúčastnit

setkání, aktivit či za návštěvu v pokoji, a to i v případě, že na setkání byli zváni, přemlouváni, ale účast odmítli. Dokonce, když jsem prováděla kognitivní testy, buď sama, nebo s ergoterapeutkou, někteří z nich mi/nám děkovali po jeho skončení i přesto, že test pro ně nebyl příjemný a lehký. To výstižně ilustrují mé poznámky z terénního deníku:

„Na kladené otázky neznala odpověď. Pořád opakovala, že to má pomotaný a že netušila, že je tak blbá, nebo že to má vygumovaný. To několikrát opakovala a hleděla mi do očí. (...) Poté jsme se chystaly k odchodu, paní na mě hleděla a děkovala. Chytla jsem jí za ruku a řekla jí „mějte se krásně, na shledanou“. Stiskla mi ruku se slovy „děkuju moc, děkuju“. Její stisk a slova zněla tak upřímně, jako kdyby byla vděčná za to, že jsme za ní přišly a ptaly se jí na otázky, které pro ni, zdálo se, byly až nepříjemné, jelikož na ně neznala odpověď a říkala nám zklamaně, že netušila, že je tak blbá.“  
(Terénní deník, provádění kognitivního testu)

Stisk ruky a poděkování ze strany pacientů a pacientek jsem zažívala i v ostatních situacích, jakmile přišla zdravotní sestra, ošetřovatelka, sanitář, lékař, kdokoliv, a jen si po dobu krátké chvíle popovídali s pacientem či pacientkou, zajímali se o jeho/její aktuální pocit a naslouchali mu/jí. Nadšení, radost, vděk, úsměv, potřásání rukou tak doprovázelo téměř veškerý kontakt. Výjimku tvoří pacienti a pacientky se zhoršeným zdravotním stavem, který způsobil jejich nekomunikativnost a apatii.

Naslouchání a povídání si hrálo navíc významnou roli pro pacienty a pacientky v otázce hodnocení sympatií zdravotnického personálu. Například jedna z pacientek, paní Rubášová, vypověděla o zdravotní sestře: „Ta je zlá. Nesympatická a zlá!“ Po jejím výroku se ještě rozpovídala o negativní zkušenosti s danou zdravotní sestrou, která zapříčinila její pocit zlosti vůči ní. Jiná pacientka, paní Bláhová, naopak hovořila o jednom z lékařů, který prošel kolem nás během skupinové diskuse, slovy:

„To je můj kluk, ten je tak hodný. Vždy, když se mnou mluví, kouká mi do očí a poslouchá mě. Toho si moc vážím (...).“ (Terénní poznámky, skupinová diskuse)

To, jak vystupuje lékař, lékařka, či zdravotník a zdravotnice se jeví jako velmi důležité pro pacienty a pacientky – zda je sympatický/á, hodný/á, vstřícný/á. Naopak, pokud pacienti a pacientky pocítují, že jim personál nenaslouchá, nevnímá je a nepovídá si s nimi, dotyční to vysvětlují tak, že se jedná o člena či členku zdravotnického personálu, který/á je „nesympatický/á“, „rázný/á“, „tvrdý/á“, anebo že je dotyčný zdravotník či zdravotnice pracovníčně vytížený/á. Například pacientka, paní Vejvodová, prohlásila o lékařce: „Ta si nás moc nevšímá, nepovídá si. Jenom přijde, koukne do papírů, a odejde. Taková docela i nesympatická.“ Jednotlivé výpovědi pacientů a pacientek odkazují k jejich očekávání od zdravotnického personálu a zároveň upozorňují na důležitost komunikační reciprocity v interakci mezi nimi (srov. Roter and Hall 2006; Read 2007). Z hlediska komunikačních aspektů lze hovořit o zkušenosti zranitelnosti pacientů a pacientek v momentě, kdy nejsou naplněna jejich očekávání vztahující se k lidskému přístupu a emoční podpoře a tehdy, není-li osoby či dostatek času (v případě zdravotníků a zdravotnic) pro naslouchání a konverzaci. Tato zkušenost se navíc významně prohlubuje s ohledem na stupeň závislosti daného pacienta či pacientky.

#### **5.2.4 Vzpomínání a „vymístění“**

Skupinové diskuse probíhaly vždy na nějaké téma, které se často v průběhu měnilo. Pacienti a pacientky hovořili například o tom, jaké jídlo mají rádi, co by si uvařili, navzájem se doplňovali ve výčtu surovin a postupu při vaření určitého pokrmu, či například kam chodili do školy, co dělávali rádi, a tak podobně.

„Když jsem byla malá, chodila jsem na borůvky, teď už ne, teď bych se ohla a padla.“ (Terénní poznámky, skupinová diskuse)

Nebo:

„Já chci domů, já se tak těším domů. Na kapučíno. Na to se těším, to mám moc ráda.“ (Terénní poznámky, skupinová diskuse)

Během všech setkání, ať diskusních nebo rukodělných, pacienti a pacientky vzpomínali na různé věci a události, která se udály v době, kdy byli soběstační či mladí. Často vzpomínali na domov a vyjadřovali stesk po něm. Jedna z pacientek, paní Malá, dokonce měla slzy v očích, když hovořila o své milované kočičce, kterou už několik týdnů neviděla a „čeká na ní doma“.

Vzpomínání lze považovat za další faktor ovlivňující zranitelnost pacientů a pacientek, který představuje odloučení od domova a pobyt v cizím, institucionalizovaném prostředí. Podle Sýkorové (2008, 211) senioři a seniorky „obrací své vzpomínky k místu, odkud odešli, a silněji se váží k mládí a mladé dospělosti“. Sýkorová ve své studii hovoří o tzv. vymístění, kdy senioři a seniorky přicházejí o své důvěrně známé prostředí či věci, které činí jejich život smysluplným. Vymístění ve stáří, které je zpravidla nedobrovolné a často nevratné, pak může způsobit nepříznivé dopady pro identitu seniorů a seniorek a pro jejich životní pohodu (*well-being*). To podporuje častý argument ze strany zdravotnického personálu: „Jsou tu, protože nemají kam jít!“. Tento svůj výrok vysvětlovali tím, že mnoho pacientů a pacientek nemá v rodině nikoho, kdo by o něj mohl pečovat v domácím prostředí. Pobyt na tomto oddělení je pak často vysvětlován, že daný pacient či pacientka čeká na uvolnění místa v domově seniorů. Nicméně dle slov personálu k takovému uvolnění dochází někdy až v řádu měsíců.

Nemusí se však vždy jednat o nesoběstačné pacienty či pacientky – jeden ze soběstačných a kognitivně zdatných pacientů, pan Král, například na moji otázku „Jak se Vám daří?“ sdělil, že dobře, ale že už zítra odchází do domova důchodců. Tento pacient pobýval na oddělení čtyři týdny, a to i přesto, že byl soběstačný a bydlel v domě. V rozhovoru však zmínil: „doma jsem byl sám, bez manželky, ta umřela. Už jsem nechtěl být doma.“

Navíc odkazoval na pomoc svých dcer, které mu vyjednaly pobyt na oddělení, ale i v domově důchodců. Pan Král pravděpodobně dobrovolně zvolil pobyt na oddělení dlouhodobé péče, zřejmě z důvodu, aby se vyhnul samotě a vzpomínkám na manželku. Pan Král tvořil výjimku mezi ostatními, kteří se na oddělení neocitli dobrovolně.

Někteří se naopak mohou potýkat s odmítnutím ze strany rodinných členů, kteří nemají zájem pečovat o daného seniora či seniorku. Nedostatek sociálních kontaktů, chybějící podpora rodiny, absence rodinných vazeb a potřeba institucionální péče přispívají k pocitované izolaci a mohou způsobit smutek, depresi a odmítající přístup (Kalvach a Holmerová 2008; Kalvach et al. 2011). Pocitovaná samota a izolace se může podílet na formování ne/schopnosti spolupráce a komunikace a jednoznačně uvaluje pacienty a pacientky do zranitelné pozice.

### **5.2.5 Organizační nastavení**

Již zmíněné faktory, které podmiňují ne/schopnost spolupráce a zkušenost zranitelnosti, často bývají provázané s organizačním nastavením. To se týká především nedostatku personálu, času a různých pravidel a zvyklostí, které zasahují do poskytované péče. Jak ergoterapeutka, tak i ostatní členové zdravotnického personálu velmi často zdůrazňovali, až denně, že nemají dostatek času věnovat se všem pacientům a pacientkám.

„Měla by jim (pozn.: pacientům) být poskytnuta tzv. bazální péče, na tu ale není čas. Není čas na to věnovat se každému pacientovi, to prostě nejde. (...) a je nás tady fakt málo.“ (Terénní deník, rozhovor s ergoterapeutkou)

Například ergoterapeutka v návaznosti na povídání si o poskytované péči zdůraznila, že na péči, která zohledňuje individuální potřeby pacientů a pacientek, není čas a ani dostatek personálu. Tudíž není možné přistupovat k pacientům a pacientkám nad rámec základní péče a věnovat se jim tak, jak jejich zdravotní stav vyžaduje.



Vyčerpání, vytížení, přesčasy – tato negativně konotovaná slova zaznívala z úst zdravotnického personálu v rámci oddělení téměř denně. I během mého pozorování jsem velice často zaznamenala, jak je personál vytížen.

„Zdravotníci a zdravotnice neustále poletují ze strany na stranu, nestíhají být na každém pokoji ihned, jakmile pacient či pacientka potřebují. Zazvoní a musí čekat.“ (Terénní poznámky, pozorování)

Pacienti a pacientky mnohdy museli čekat dlouhé chvíle, než někdo z personálu měl čas, mohl přijít a uspokojit přání nebo potřebu daného pacienta či pacientky. Jednalo se zejména o polohování, doprovod a položení do postele, odvoz na toaletu a do koupelny, a jiné. V souvislosti s tím se dá říct, že čím je pacient či pacientka závislejší, tím pravděpodobněji pociťuje vytíženost a nedostatek personálu a tím je zranitelnější. Organizační nastavení se promítá do zkušenosti pacientů a pacientek, nezřídka kdy musejí trpělivě vyčkávat a spoléhat, že jim „někdo“ pomůže.

### **5.2.6 Socioekonomický status**

Socioekonomický status (SES) vyjadřuje pozici jedince nebo skupiny jedinců ve struktuře společnosti, tedy v sociální stratifikaci. Hauser s kolektivem (1996: 1-2) tvrdí, že „socioekonomický status může být určen dosaženým vzděláním, zaměstnaneckým postavením, sociální třídou, příjmem, bohatstvím nebo hmotným majetkem“. Jak upozorňuje v českém prostředí například Kreidl s Hoškovou (2008: 133), ve výzkumné praxi je socioekonomický status odvozován především od charakteristik zaměstnání a měřen skrze zaměstnanecké postavení daného jedince či skupiny lidí. Co se týče mého pobytu na oddělení dlouhodobé péče, neznala jsem žádnou konkrétní informaci o pacientech a pacientkách, která by se týkala jejich vzdělání, zaměstnání před odchodem do důchodu a celkově jejich pozice ve společnosti, jíž zaujímali během života. Dá se říci, že pobyt na daném oddělení v nemocničním zařízení, které vykazuje

známky totální instituce, „oklešťuje sociální status“ jedinců (Keller 1996: 130). Z této perspektivy jsou pacienti a pacientky objekty, o které jsou opečovávané ze strany zdravotnického personálu. Nicméně během mého pozorování jsem byla svědkem dvou situací, kde socioekonomický status vyvstával jako determinant vstupující do podoby interakcí a zároveň také jako možný determinant zranitelnosti.

První situace se týkala pacienta, pana Nováka, který byl na pokoji s ještě s jedním pacientem, panem Svobodou. S oběma pacienty jsem prováděla kognitivní test, přičemž danou situaci ilustrují mé poznámky z terénního deníku:

„Prvně jsem začala s testováním u pana Svobody, který byl velmi upovídaný a kognitivně zdatný. Na veškeré otázky znal správnou odpověď a často směřoval k diskusi o něčem jiném. Poměrně dlouho jsem se tedy věnovala panu Svobodovi. Po skončení našeho rozhovoru jsem se přemístila k panu Novákovi. Přistoupila jsem, nahnula jsem se k němu a ucítila nepříjemný zápach. Tomu jsem však nevěnovala pozornost. Začala jsem s dotazováním, avšak pan Novák nereagoval. Opět jsem se zeptala a zase neodpověděl. Bylo mi to podezřelé, jelikož během dotazování a rozhovoru s panem Svobodou naslouchal a často vyslovil nějakou poznámku na téma, o němž jsme hovořili. Opět jsem se zeptala na danou otázku a najednou pan Novák zareagoval tak, že si ze mě a z vyslovené otázky dělal srandu. Snažila jsem se to ignorovat a pokračovala jsem v dotazování. (...) Po skončení testu jsem vyšla na chodbu a jedna ze zdravotních sester mi řekla, že pan Novák je bezdomovec a jestli jsem ten zápach z něho zvládla.“  
(Terénní deník, provádění kognitivního testu)

Po skončení testování mě personál začal upozorňovat, že daný pacient je „bezdomovec a že cíleně dělá, že je hluchý a utahuje si z nás“. Během mého pobytu jsem se poté několikrát setkala s názory a přístupem ze strany zdravotnického personálu, jenž se vyznačoval určitým odstupem a odporem. Stále vyzdvihovali jeho „jinakost“ v podobě bezdomoveckého

statusu a podle nich „je tady, protože je mu tu fajn – je v teple, má kde spát, dostane najíst a ještě o něj pečujeme“.

Druhá situace ilustruje setkání s pacientkou, paní Holou. Paní Holá byla po mrtvici a velice těžce nesla tento fakt, který jí doslova připravil o hlasivky. Vydávala pouze nesrozumitelný zvuk a bylo jí těžce rozumět. Vždy, když jsem řekla „paní Holá, nezlobte se, ale já Vám nerozumím“, rozčílila se. Často zdůrazňovala, že „celý život učila, že učila na vysoké škole, a dokonce v němčině, v Berlíně“. I podle ergoterapeutky se paní Holá těžko smířovala se svým zdravotním stavem:

„Pro tak chytrou inteligentní paní je to hrozný. Kdokoliv jinej, míň inteligentní, například ženská, co krmí krávy, to přijme lépe, bude to brát jinak.“ (Rozhovor s ergoterapeutkou)

I přesto, že úroveň vzdělání a prestiž zaměstnání nebylo o pacientech a pacientkách známo, je možné považovat socioekonomický status jako možný faktor formující ne/schopnost spolupráce a komunikace a ovlivňující zkušenost zranitelnosti pacientů a pacientek. V jednom případě lze hovořit o přístupu personálu vůči pacientovi, který není hodnotově neutrální, ale spíše vykazuje prvky opovržení, odmítnutí a stigmatizace. Naopak druhý případ ilustruje zkušenost, kdy úroveň vzdělání a sociální status může ovlivnit prožívání nemoci, pacientův či pacientčin přístup a činit je/jí zranitelnějším v prostředí institucionální péče.

### **5.2.7 Zachování intimity**

Za poměrně diskutabilní téma lze označit zachování intimity – jedné ze základních komponent lidské důstojnosti (Petrovicová a Trešlová 2016). Poskytovat základní péči a ošetřit pacienta či pacientku bez odhalení intimních partií je nemyslitelné. Nicméně nemělo by docházet k ponechání obnažených pacientů a pacientek během různých úkonů, jelikož takto dochází k poškození jejich důstojnosti (Svobodová a Šimek 2006).

Během mého pobytu jsem se častokrát ocitla v situacích, kdy jsem si všimla, jak zdravotnický personál zachází s intimitou pacientů. Několikrát jsem prošla okolo pokojů, které byly otevřené, a několikrát jsem byla svědkem situace, kdy pacient byl odhalený v přítomnosti jiných lidí, kteří by však svědkem býti neměli. Na druhou stranu, jak tvrdí i Petrovicová a Trešlová na základě svých zjištění, reálná praxe s sebou nese různé překážky, které brání v možnosti zajištění intimity. Na konkrétním oddělení, kde jsem prováděla pozorování, bylo velmi obtížné provádět různé činnosti spjaté s péčí takovým způsobem, aby nebyla odkryta žádná intimní partie těla pacientů a pacientek. Například velká část pacientů a pacientek byla oděna v „andělíčku“. „Andělíček“ je nemocniční košile, která se zavazuje vzadu na tři uzlíky, tudíž při manipulaci s pacienty a pacientkami kdekoliv, ať na nemocničním pokoji, na chodbách či ve vestibulu, docházelo k částečnému odkrytí intimní části těla.

Vypozorovala jsem, že překážkou, která znemožňuje zajistit intimitu pacientů, je i fakt, že na pokoji je více pacientů či pacientek a celkově nedostatek intimního prostoru v jejich okolí, nebo jsou na pokoji přítomné i jiné osoby, například návštěva (srov. Petrovicová a Trešlová 2016). Téměř denně, když jsem procházela oddělením, byly otevřené dveře pokoje, v němž zdravotnický personál pečoval o pacienta nebo pacientku. Nejednou jsem pak byla svědkem, že ergoterapeutka šla a našťvaně „práskla“ s těmito dveřmi se slovy „a nezavrou a nezavrou“. Usoudila jsem z tohoto jednání, že samotné ergoterapeutce vadí otevřená dveře, ale ostatní zdravotnický personál takto nečiní.

„Už i ta ztráta intimity, je tu člověk do půl těla nebo úplně nahatej a nemůže s tím prakticky nic dělat. A mnohdy ani neřekne to, co ho ve skutečnosti opravdu trápí, stydí se, a tak. A málokdy jde zajistit to, že je na to soukromí. A správně by to mělo bejt. Měl by správně u toho bejt jenom ten pacient a jenom ten lékař, a nikdo jinej. Aby měl soukromí, a to v dnešní době taky není možný. Nelze nikoho ošetřovat bez svědka. To nejde.“ (Rozhovor s lékařem Petrem)

Dokonce lékař Petr v rozhovoru vyzdvihl ztrátu intimity jako problém, který se však netýká jen pacientů a pacientek na oddělení dlouhodobé péče, ale všech, kteří se ocitnou v této roli. Nedostatečné zajištění intimity je však o to pravděpodobnější a téměř na „denním pořádku“ v případě seniorů a seniorek, kteří jsou závislí a mnohdy nesoběstační. Petrovicová s Trešlovou na základě svých zjištění navíc poukazují na odlišné vnímání a interpretaci nahoty z perspektivy personálu a pacientů či pacientek a na skutečnost, že samotné narušení vztahu mezi personálem a pacientem či pacientkou může vést k nezajištění intimity (Petrovicová a Trešlová 2016: 21). Ztrátu intimity interpretují spíše jako determinant zranitelnosti pacienta či pacientky na oddělení dlouhodobé péče, jehož/jejíž tělo je odhalováno a soukromí ne zcela chráněno.

### **5.2.8 Infantilizace stáří a symbolická diskriminace**

Atributy seniorů a seniorek, jako je závislost, bezstarostnost a bezmocnost, navíc úzce souvisí s infantilizací stáří, jejíž projevy, jak jsem si všimla, v některých případech doprovázely úkony spjaté s péčí. Infantilizaci stáří lze vysvětlovat jako „přesvědčení, že stárnutí je svým způsobem návrat do dětství se všemi jeho stereotypně mu připisovanými atributy: bezstarostností, ale i naivitou a se závislostí na druhých“ (Sedláková a Vidovičová 2005: 38). Jednoduše řečeno, infantilizace představuje jaké si rovnítko mezi seniorem/seniorkou a dítětem užívané v projevu či způsob, jakým se mluví s malými dětmi. Toto rovnítko bylo užíváno zejména v otázce vzájemné komunikace:

„To je to samý jako s dětma. Pořádně se hlavně ujišťovat dokola, že tomu rozumí. (...) ale dost často se stane, že to prostě ani nejde. Že se musí jednat bez ohledu na to, co si ten pacient myslí. (...) a pak je ten pacient úplně mimo svoje rozhodování.“ (Rozhovor s lékařem Petrem)

Úryvek z výpovědi lékaře poukazuje na propojení závislosti, snížené autonomie a infantilizace, přičemž zároveň dodává, že tato situace, kdy

pacient nebo pacientka není schopen se rozhodnout, se týká zejména těch kognitivně méně zdatných.

Jinou úroveň infantilizace jsem také zaznamenala v rámci rukodělných aktivit a skupinových setkání, kdy ergoterapeutka vysvětlovala, jaké aktivity se budou konat a proč:

„Děláme různé aktivity, které pacienti zvládají. Například malují, tvarují z modelíny, pletou, nebo staví kostky, nějakou stavebnici a tak. Jako s dětmi. Dělám s nimi tyhle blbinky, protože to jsou takový infantilní věci, a oni to zvládají a baví je to.“ (Terénní poznámky, rozhovor s ergoterapeutkou)

Ačkoliv je infantilizace spojována se zhoršenými kognitivními schopnostmi a celkovým zdravotním stavem, jedná se o přesvědčení, které je ponižující, dehonestuje stáří jako takové a činí ze seniorů a senierek neplnohodnotné členy a členky společnosti (srov. Sedláková a Vidovičová 2005).

### **5.2.9 Gender a „profesionální“ ageismus**

Další faktor, jenž ovlivňuje a formuje zranitelnost hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé péče, je gender. Během mého pozorování jsem si všimla, že ženy jsou mnohem více komunikativní než muži. Pacientky, v porovnání s muži, byly vřelejší, více vyjadřovaly emoce a také vděčnost za jakýkoliv kontakt a pozornost ze strany personálu, který projevil zájem o komunikaci a o naslouchání (srov. Roter and Hall 2006). Větší komunikativnost žen, pacientek, se projevovala i v jejich větším zájmu účastnit se různých aktivit, činností a setkání v rámci oddělení. Těchto aktivit a činností se účastnili i muži, avšak zpravidla se jednalo pouze o jednoho, někdy dva, muže a ženy vždy převažovaly (srov. Hasmanová Marhánková 2010: 226). Mnohdy účast mužů zcela absentovala, čehož jsem si všimla nejen já, ale i ergoterapeutka.

Mužští pacienti, ať spolupracující či nespolupracující, obvykle odmítali účast, přičemž její odmítnutí zdůvodňovali jednoduchou frází: „Nechce se

mi.“ Nebo velice často uváděli, že jsou unavení a nemají náladu. Jejich odmítání bylo neústupné, avšak zdálo se, že muži se spíše aktivitám a činnostem vyhýbají, a z to z důvodu, že je vnímali jako ženské a spojovali je s ženskými činnostmi obecně. To vystihuje například rázné odmítnutí pacienta, pana Pavlíka, který se v době mého pobytu na oddělení neúčastnil aktivity ani jednou:

„Já nikam nejdu. Povídat si o vaření. Taková blbost.“ (Terénní poznámky, příprava skupinového setkání)

Pan Pavlík byl ale z těch pacientů, který vyjadřoval vděk a velmi rád si povídal, například o historii, zeměpise, a to dlouhé chvíle. Přesto možnost popovídat si ve skupině s ostatními razantně zamítal.

Nízká či absentující účast mužů a jejich odmítání a postoje k aktivitám přimělo ergoterapeutku vytvořit specifickou skupinovou aktivitu obzvláště pro muže. Bylo jím setkání, při němž muži hráli karty, nejčastěji mariáš. Tuto skupinovou aktivitu ergoterapeutka organizovala dvakrát týdně a muži o ni projevovali značný zájem. Jejich účast činila zpravidla pět a více mužů, kteří byli nadšení a několik dní dopředu se ptali, zda „si zase dáme karty“. Gender a genderová orientace aktivit a činností se jednoznačně podílí na ne/schopnosti spolupráce a podmiňuje aktivitu pacientů a pacientek.

Gender se pak promítá i do komunikačního stylu zdravotnického personálu, kdy především ošetřovatelé, sanitáři a ošetřovatelky užívají specifický způsob oslovování pacientů a pacientek. Pokud oslovovali mužské pacientky, užívali převážně jejich příjmení, jako například „pane Novák“. Když však oslovovali ženské pacientky, často se na ně obraceli s oslovením „babi“. Ačkoliv pacientky na toto oslovení zpravidla nijak zvlášť nereagovaly, výjimkou byla kognitivně zdatná pacientka, paní Vejvodová, která se vůči takovému oslovení ohradila. Sama pacientka mi o této zkušenosti vyprávěla:

„Já jsem tady taky měla konflikt. Sanitář přišel do pokoje a řekl „tak co babi, jdeme?“. A to se mně hodně dotklo, já nejsem žádná jeho babi! Tak jsem

mu to řekla „hele, nejsem žádná vaše babi, takhle mi nemáte co říkat.“  
(Terénní deník, skupinová diskuse)

Podle slov paní Vejvodové se jí poté ošetřovatel omluvil a od té doby jí neoslovil. Vidovičová (2005) tento komunikační styl, respektive přepisování různých jmen a oslovení starším pacientům a pacientkám, vysvětluje skrze „profesionální“ ageismus.<sup>19</sup> Oslovit pacientku „babi“ bez příbuzenského vztahu lze označit za určitý projev ageistického chování, třebaže v subtilní formě. Gender lze zvažovat jako další faktor, jenž vstupuje do ne/schopnosti vzájemné spolupráce a komunikace, a činí některé z hospitalizovaných zranitelnými.

---

<sup>19</sup> „Profesionální“ ageismus „vzniká následkem selektivního vnímání u profesionálů generalizujících patologické projevy, se kterými se setkávají ve své praxi, na stárnutí obecně“ (Vidovičová 2005: 10). „Profesionální“ ageismus má často podobu tzv. nového ageismu, jenž označuje užívání „dobře míněných, ochranných postojů vůči seniorům a seniorkám, které je staví do pasivní a submisivní role“ (Vidovičová 2005: 6).



## **6. Cizost v prostředí zdravotní (perinatální) péče**

V této části textu se zaměřuji na interpretaci zjištění z výzkumu v prostředí perinatální péče, tedy na oddělení gynekologicko-porodnickém. S ohledem na výzkumnou otázku, a tedy druhou skupinu zranitelných pacientek – cizinek, užívám pojem cizost, který symbolizuje pozici žen nejen na území české společnosti, ale také v prostředí zdravotní péče a ve vztahu ke zdravotnickému personálu. Řada výzkumníků a výzkumnic upozorňují na sociální a kulturní vlivy, které vstupují do interakce mezi zdravotnickým personálem a cizinkami a formují zkušenosti cizinek se systémem zdravotní péče a jejich možné znevýhodnění (např. Balaam et al. 2013; Hoban and Liamputtong 2013; Higginbottom et al. 2014). Jedná se zejména o faktory, jako je neznalost úředního jazyka, odlišné kulturní hodnoty a normy a neznalost systému, které vedou k neporozumění a negativně dopadají na komunikaci a formování vztahu mezi cizinkami a personálem (Robertson 2015).

V první kapitole této části se pokouším přiblížit, jak se personál vztahuje k cizinkám, skrze jaké významy pohlíží na cizinky jakožto příjemkyně péče a jak je ustavována kategorizace cizinek v kontextu každodenní medicínské praxe. Specifičnost uvedených kategorizací přitom tkví v určité posloupnosti – tedy jak detailněji personál vyprávěl o svých zkušenostech, objevilo se nové třídící kritérium, čemuž odpovídají jednotlivé podkapitoly. Druhá část textu představuje zásadní faktory, vyvstávající z analýzy dat, jenž tvoří určité překážky a potíže zasahující do interakcí mezi cizinkami a zdravotnickým personálem a způsobují zranitelnost cizinek v prostředí perinatální péče. Jinak řečeno, moji snahou je rozkrýt a poskytnout přehled možných determinantů zranitelnosti, jíž zažívají cizinky v kontaktu se zdravotním systémem.

### **6.1 Cizost a kategorizace žen z pohledu zdravotnického personálu**

Moje výzkumné bádání na oddělení gynekologicko-porodnické probíhalo zcela odlišným způsobem v porovnání s prvním výzkumným kontextem.

Nejprve jsem oslovila vedení několika zařízení perinatální péče, avšak zpočátku jsem se setkávala spíše s odmítnutím či nezájmem, které vedlo k oddálení započetí samotného výzkumu.<sup>20</sup> Po delší době jsem získala zpětnou vazbu ze strany vedení dané nemocnice a po několika schůzkách jsme vyjednávali uzavření smlouvy o spolupráci, které bylo taktéž časově zdouhavé. Díky tomuto procesu jsem však obdržela mnoho doporučení na jiná zařízení či konkrétní zdravotníky a zdravotnice, které jsem následně využila v rámci kontaktování za účelem provedení individuálních rozhovorů mimo oddělení smluvního zdravotnického zařízení.

I zde, na gynekologicko-porodnickém oddělení, jsem mohla vstoupit až po uzavření kontraktu, který legitimizoval můj pobyt na oddělení. Nejprve, ještě před samotným vstupem, jsem navštívila vrchní sestru, abych získala i její ústní svolení s mojí přítomností na oddělení a realizací šetření. Vrchní sestra si nejprve pečlivě prostudovala kopii smlouvy a následně souhlasila. Kopii smlouvy jsem měla stále při sobě, jelikož jsem byla upozorněna na její zásadní význam pro kontakt se zdravotníky a zdravotnicemi – stala se jakousi mojí „vstupenkou“ opravňující vstoupit na oddělení a realizovat výzkum.

Ani první vstup však nebyl zcela jednoduchý. Ihned po schůzce s vrchní sestrou jsem se vydala na oddělení šestinedělí. Zazvonila jsem a čekala na odezvu. Vzápětí se z reproduktoru vedle zvonku ozval ženský hlas s otázkou „Prosím?“. Představila jsem se a požádala jsem, zda mohu hovořit se staniční sestrou. V tu chvíli hlas ztichl a daná zdravotnice odzvonila dveře – to pro mě bylo známkou, že mohu vstoupit. Na druhém konci chodby tohoto oddělení stála jedna ze zdravotnic a nahlas mi sdělila, abych chvíli počkala. Zhruba po deseti minutách přišla staniční sestra a pozvala mě do své kanceláře, kde jsem se jí představila a sdělila důvod mé přítomnosti. V tento první den mi však sdělila, že jsou velice

---

<sup>20</sup> Téma perinatální péče a cizinek, které jsou příjemkyněmi péče, je velmi citlivé a obzvláště téma porodů jako takové, které vzbuzuje kontroverze v české společnosti a rozděluje společnost na dva tábory – jeden je „pro“ domácí porody, druhý „proti“.

zaneprázdnění, že mají plnou kapacitu a „nikdo na mě nemá čas“. Domluvily jsme se na další den a pokračovala jsem na porodní sál, kde jsem se taktéž pouze představila s tím, že personál má „plné boxy a rodí tři ženy najednou“.

Prvotní zkušenosti a momenty byly pro mě stěžejní právě z důvodu, že personál zpočátku odmítal se mnou hovořit na dané téma, avšak to nebránilo mému pobytu a pozorování. Přesto jsem si po několika takových setkáních s odmítnutím, mohu-li tak soudit, získala důvěru a zdravotnice na oddělení mě už znaly a z dálky vítaly. Hovořím o ženách zdravotnicích, jelikož se jednalo převážně o porodní asistentky a dětské sestry, které zde byly pravidelně přítomné.<sup>21</sup>

### **6.1.1 „Cizinky“ a „migrantky“**

V rámci prvního kontaktu se zdravotníky a zdravotnicemi jsem vysvětlovala můj výzkumný záměr a explicitně hovořila o mém zájmu „porozumět jejich zkušenostem se ženami, které se nenarodily na území České republiky (dále jen ČR) a přijímají zde péči v období těhotenství, porodu a po porodu“. Ještě než konkrétní zdravotník či zdravotnice souhlasil/a s rozhovorem, můj zájem vzbuzoval určité znejistění až nepochopení ohledně toho, „na koho se vůbec ptám a co chci vlastně slyšet“.

„A co chcete jako slyšet? Myslíte jako cizinky? Cizinky se tady samozřejmě objevují, ale nerozumím, co chcete vědět? Je to jedno, jestli je to žena z Český republiky nebo ne. Ta péče je stejná.“ (Rozhovor s p.a. Alenou, porodní sál)

Porodní asistentka Alena nebyla jedinou, která se chtěla ujistit, na koho se ptám, kdo je tou ženou a jaký druh informace od ní očekávám. Už od prvních momentů vstupu na oddělení jsem pocítila určitou opatrnost ze strany personálu v tom, jaké informace chci znát a naopak, jaké informace

---

<sup>21</sup> Co se týče mužů zdravotníků na oddělení gynekologicko-porodnickém, jednalo se o lékaře se specializací gynekologie a porodnictví. Na porodní a novorozenecké oddělení však většinou docházeli pouze v určitých časech, a proto četnost setkávání se s nimi byla výrazně nižší.

mi mohou poskytnout. Neustále jsem tudíž upozorňovala na skutečnost, že nepožaduji žádné osobní a důvěrné informace, ani jména či podrobnosti týkající se konkrétních žen, ale pouze, jaké jsou jejich zkušenosti s ohledem na komunikaci a vztah mezi nimi, jaké jsou jejich zkušenosti s poskytovanou péčí a případně na jaké potíže narážejí. „A na koho se ptáte?“ – opakující se dotaz ze strany zdravotníků a zdravotnic jasně poukazuje na jejich požadavek jasné informace o původu žen a určitou potřebu jejich „zaškatulkování“. To výstižně ilustruje například úryvek z rozhovoru s lékařem Bedřichem:

„A koho tím jako myslíte? No tak jako otázkou je, kdo je to, jakou národnost jako máte na mysli. Protože tady máme ty naše cizinky, které tady normálně žijou, pracují. A pak jsou takové ty černošky a jiné národnosti, co migrují. Ale ty tu nemáme. (...) My tady ty zubožené človíčky s batohem na zádech nemáme.“ (Rozhovor s lékařem Bedřichem)

Lékař, s nímž jsem prováděla rozhovor, reagoval na moji otázku tím, že ihned vyzdvihl původ, tedy národnost žen, a skutečnost, že jsou „cizinky, které tady normálně žijou a pracují“. Ty kontrastoval s ženami „jiných národností“, přičemž odkazoval k těm ženám, které migrují „s batohem na zádech“. Podle něj takových žen je v české společnosti málo, jelikož se nejedná o ty ženy, s nimiž se zdravotníci a zdravotnice setkávají denně. Podobně reagoval i lékař Antonín:

„Nemáme tu typického běžence s baťůžkem. Máme tady jako, občas přijde nějaký bohatý Rus, občas chudý Ukrajinec, nebo nějaký Vietnamec. (...) No anebo pak ty Arabové, ty arabský státy, že sem potom taky občas přijde nějaký zakuklenej.“ (Rozhovor s lékařem Antonínem)

Země původu žen se ukázala jako zásadním kritériem, podle něhož zdravotníci a zdravotnice pohlíželi na ženy. Například porodní asistentka Jana ihned na začátku rozhovoru, dá se říci, zpochybnila můj dotaz z důvodu určité absence těchto žen:

„No jako podívejte se, nevím, co chcete ode mě slyšet, protože my tady moc těch žen nemáme. Ty Arabky, Afričanky a tak, to je opravdu nárazový, málokdy.“ (Rozhovor s p.a. Janou, porodní sál, oddělení šestinedělí)

Porodní asistentka takto reagovala, ačkoliv jsem se jí zeptala na zkušenosti s ženami, které se nenarodily na území ČR. Z toho důvodu jsem se porodní asistentky opět zeptala a upřesnila, že mě zajímají její veškeré zkušenosti se ženami pocházejících z jiných států, tedy například s Vietnamkami, Polkami, Němkami, a jinými.<sup>22</sup> Porodní asistentka na to dodala: „Jo takhle. Tak to je jasné, ty ženy tady rodí, poměrně pravidelně. To je běžný.“

Na základě prvotních reakcí ze strany zdravotnického personálu a jejich potřeby objasnění země původu jsem odhalila jistou kategorizaci žen, přičemž první kategorie označuje „naše cizinky“. Tuto kategorii zdravotníci a zdravotnice užívali pro označení cizinek, které jsou tu „běžně“, žijí již několik let na území ČR, a to i s rodinami. Jako zásadní se také jeví fakt, že se jedná o ženy, které jsou zde zaměstnané. Dle toho, jak zdravotnický personál pohlížel na cizinky, lze říci, že jsou jím považovány za členky naší (většinové) společnosti, jak dokládá toto kontradiktorní spojení – „naše cizinky“. Tato kategorie se týkala zejména Vietnamek, Ukrajinek, Rusek či Rumunek. Přivlastňovací zájmeno „naše“ pak bylo užíváno s větším důrazem v případě slovenských žen. To ilustruje například výpověď porodní asistentky Marie či Alžběty:

„A myslíte jako i Slovenky? Tak ty jsou naše, že jo. Ty já za cizinky nepovažuji.“ (Rozhovor s p.a. Marií, porodní sál)

„No tak já bych řekla, že nejčastěji je to Ukrajina. Ruská národnost. Pak Vietnamky samozřejmě, Číňanky se tu vyskytnou, čas od času Arabky. A pakliže za cizinu považujete i Slovenky, tak Slovenky. Což já za cizinky nepovažuji.“ (Rozhovor s p.a. Alžbětou, oddělení šestinedělí)

---

<sup>22</sup> Personál často zmiňoval, že nerozlišuje mezi Japonkami, Vietnamkami a Číňankami, ale užívá jednotné označení pro všechny ženy těchto národností, a to Vietnamky.

Ženy pocházející ze Slovenské republiky dokonce nejsou zdravotníky a zdravotnicemi považovány za cizinky, naopak jejich zařazení mezi cizinky vzbuzovalo pochybení. V pohlížení zdravotnického personálu se tudíž Slovenky jeví jako velmi blízké, a to především z důvodu sdílené kultury a politické a historické zkušenosti (srov. Kozlíková a Seidlová 2003; Dickins 2009).

Ty ženy, považované za „cizinky“, pak personál odlišoval od „migrantek“. Kategorie „migrantek“ označuje ženy nenarozené v ČR, které pocházely zpravidla ze zemí Blízkého východu a Afriky a s nimiž se zdravotnický personál neseťkává často v rámci každodenní medicínské praxe, jako s „cizinkami“. „Ty migrující“ jsou pak odlišovány s ohledem na odlišnou kulturu, obzvláště arabskou a islámskou, a jednotlivé symboly, které se vážou k těmto kulturám a jsou spíše negativně konotovány.

Tato kategorizace jasně znázorňuje, koho zdravotnický personál považuje za „cizinku“ a kdo je pro něj „běžnou“ součástí každodenní medicínské praxe. Zároveň členění na „cizinky“ a „migrantky“ odhaluje pozitivnější postoje zdravotníků a zdravotnic k ženám nenarozených v Čechách, které pocházejí ze země pro ně geograficky blízké či/a z „podobného“ kulturního prostředí. Vedle toho navíc zdůrazňují aktivní účast na trhu práce, která přispívá k pozitivnějšímu obrazu žen. Tento postoj stvrzují i výsledky kvantitativních sociologických šetření provedených jak v českém prostředí, tak i na mezinárodní úrovni (Leontiyeva a Vávra 2009). Za výjimku lze označit Vietnamky, u nichž však vyzdvihují délku pobytu a jejich přizpůsobení většinové společnosti.

### **6.1.2 „Fajn“ a „poslušné“ pacientky**

Ačkoliv má prvotní otázka vyvolávala určité pochyby o mém zájmu a nepochopení, po objasnění se téměř vždy zdravotníci a zdravotnice rozpovídali o svých zkušenostech s cizinkami.<sup>23</sup> V opačném případě mě

---

<sup>23</sup> Zde se již nedržím prvotní kategorizace zdravotníků a zdravotnic, ale hovořím tak o všech ženách jiné národnosti.

odkázali na jiného zdravotníka či zdravotnici, který měl být na dané téma sdílnější a s více zkušenostmi. Co se týče průběhu rozhovorů, probíhaly téměř identicky – nejprve začínaly výčtem národností žen, s kterými se na daném oddělení zdravotníci a zdravotnice setkávají, jak například ukazují výpovědi uvedené výše. Následně většina ze zdravotnického personálu reflektovala své zkušenosti s cizinkami, které byly ale překvapivě pozitivně rámované – pacientky byly hodnoceny jako „bezproblémové“ a „fajn“.

„Tak my s nima nemáme žádný problém a ta péče je stejná. Tak ty cizinky, co tu máme, to jsou fajn pacientky. S nima není žádný problém.“ (Rozhovor s p.a. Terezou, porodní sál)

Podle porodní asistentky Terezy je péče poskytovaná cizinkám „stejná“, tudíž skutečnost, že je příjemkyní žena jiné národnosti, nevidí jako důvod pro poskytování péče odlišné. Tereza nebyla jedinou – častokrát jsem zažila, že první výrok o zkušenostech směřoval k argumentu „péče je stejná“. Tuto tendenci lze interpretovat jako obhajobu rovného a spravedlivého přístupu k cizincům a cizinkám jakožto pacientům a pacientkám, jak deklaruje Listina základních práv a svobod. Ta zavazuje jednotlivé zdravotníky a zdravotnice, aby poskytovaná péče byla dostupná a stejná.

Mimo to porodní asistentka Tereza vypověděla, že cizinky jsou „fajn“ pacientky, s nimiž nejsou žádné problémy. Stejného názoru byli i ostatní, především porodní asistentky, kteří se v hodnocení zkušeností s cizinkami uchylují k diskursu tzv. „fajn“ pacientek.

„Zkušenosti s cizinkami? Dobré. Tak ty jsou fajn (...).“ (Rozhovor s p.a. Marií, porodní sál)

Ačkoliv tyto výpovědi o „fajn“ pacientkách mohou evokovat určitý ideál vztahu mezi zdravotnickým personálem a cizinkami, detailní analýza odhalila, v čem spočívá tento pozitivní obraz bezproblémových žen. Cizinky a zkušenosti s nimi jsou hodnoceny jako fajn a neproblematické, jelikož cizinky, dle personálu, nemívají žádné „hloupé“ požadavky a nároky

vztahující se k poskytované péči a „nechají se sebou dělat to, co (pozn.: zdravotníci a zdravotnice) potřebují“. Porodní asistentka Marcela navíc zdůrazňuje, že cizinky si „nic nediktují“, přičemž tato charakteristika jednoznačně poukazuje na jejich nízkou či absentující autonomii a submisivní pozici v prostředí zdravotní péče.

Diskurs „fajn pacientek“ je charakterizován nejen absencí požadavků, ale také pasivitou a „poslušností“. Právě tato vlastnost – „poslušnost“ – se ve výpovědích objevovala velice často v souvislosti s cizinkami, které nemají tendenci být aktivní a komunikační partnerkou vztahu se zdravotníky a zdravotnicemi, ale zároveň jsou pohlíženy jako spolupracující. Pasivita a spolupráce je však jednoznačně v rozporu - výpovědi zdravotníků a obzvláště zdravotnic naznačují, že schopnost spolupráce je zásadní, avšak z jejich perspektivy je ideální ve formě neklást požadavky a následovat, respektive "nechat se sebou dělat přesně to, co potřebují".

„Tak jako ty cizinky, ty jsou fajn, ony si nic nediktují. Ačkoliv třeba vůbec nerozumí, což je taky problém, ale pokud spolupracují, tak ten porod probíhá hladce.“ (Rozhovor s p.a. Markétou, porodní sál)

O spolupráci hovořila i porodní asistentka Markéta, která přesto, že vnímala jazykovou bariéru jako problém, zdůrazňovala, že „si nic nediktují a nejsou s nimi problémy“. Pozitivní obraz s sebou nese i určitou míru mlčenlivosti, jelikož převážná část cizinek neumí úřední jazyk, tedy český jazyk, nebo disponuje pouze základní slovní výbavou. Z toho důvodu verbalizovat jakýkoliv požadavek či se svěřit se svými pocity může být pro tyto ženy výrazně obtížnější až nemožné (Robertson 2015). „Poslušnost“ žen navíc přispívá k tomu, že zdravotnický personál pociťuje důvěru ze strany cizinek.

Zajímavým zjištěním je mimo jiné terminologie užívaná zdravotníky a zdravotnicemi, kteří nenazývají ženy v prostředí zdravotní (perinatální) péče „klientkami“, ale ženy jsou stále velice často označovány jako



„pacientky“ (srov. Hrešanová 2008). To poukazuje na přetrvávání asymetrického vztahu mezi zdravotnickým personálem a příjemci/příjemkyněmi péče, a zároveň na nedostatečné implementace partnerského vztahu či jeho odmítnutí, a to i přes významný vliv tržních principů, které ustavují partnerský vztah a aktivní roli pacientů a pacientek jako žádoucí imperativ (Pollock 2005).

### **6.1.3 „Potížištky“ a „nespolupracující“**

Schopnost spolupráce vyvstala jako zásadní determinant pro hodnocení cizinek ve vztahu ke zdravotnickému personálu. To souvisí i s další kategorií žen, které byly často kladeny do protikladu s „fajn“ pacientkami. Zatímco za „fajn“ a „poslušné“ pacientky byly považovány cizinky, v případě „potížištek“ zdravotnický personál hovořil především o českých ženách jakožto „nové cizí národnosti“. Pro tuto kategorii žen („potížištek“) zdravotnický personál užíval během svých vyprávění i jiná označení, jako například „bio matky“, „naturální ženy“, „tragické ženy“, či „alternativky“:

„My bychom mohly zařadit jako cizí národnost alternativní ženy. (...) S těma se nedá dorozumět, s těmi alternativkami. Ty jsou děsivý.“ (Rozhovor s p.a. Janou, porodní sál, oddělení šestinedělí)

Jedná se o ženy, naopak převážně Češky, které přicházejí s požadavky a různými nároky týkající se poskytované péče a které jsou „nedůvěřivé“. Porodní asistentka Jana konstatovala, že „alternativky“ tvoří cizí národnost, jelikož se s nimi není možné dorozumět a jejich přístup je diktující, „tvrdý“ a nepříjemný. Podle ní tyto ženy přicházejí, ani nepozdraví a rovnou vůči personálu vysloví „nic nebudete dělat, bude to podle mě“. Například porodní asistentka Blanka zdůrazňovala, že nepříznivý přístup žen ke zdravotnickému personálu a užití jejich porodního plánu, kterému údajně ani nerozumí, „absolutně podrazí důvěru“ a negativně dopadá na formování vztahu mezi nimi.

„Největší problém jsou Češky a jejich porodní plány. (...) Stejně to mají ale stažené z internetu a nerozumí tomu. Navíc jsou tyto ženy agresivní a

většinou, když už přicházejí, jsou agresivní, nepříjemné a hned je problém – vytasí porodní plán a tím absolutně podrazí důvěru a od té doby se ten vztah špatně navazuje, někdy se nenaváže vůbec.“ (Rozhovor s p.a. Blankou, porodní sál)

Podle zdravotnického personálu je nedůvěra žen manifestována především prostřednictvím porodního plánu, který je velmi často užíván ze strany českých žen a považován za „výhradu Češek“. Podobně hovořil i lékař Josef, který kontrastoval své zkušenosti s cizinkami a Češkami a taktéž spatřoval porodní plán jako bariéru v navázání důvěrného a efektivního vztahu mezi ním (či ostatním personálem) a danou ženou. Zároveň si klade otázku, jak může být nějaké vyšetření ženami považované za „zbytečné“.

„Nechají se sebou dělat, co chtějí. Jsou slušné, poslouchají, jsou oddané. Oproti „těm našim hvězdám“. Ty přijdou a mají sestavený porodní plán. Jo ty naše Češky, přijdou s vytvořeným porodním plánem a v něm mají „předejít zbytečnému vyšetřování“. Sakra, co to je, zbytečně někoho vyšetřovat? Jo, to už je tak prostě záměrně dělaný, záměrně staví překážku mezi ně a zdravotníky, lékaře. Jak může někdo někoho zbytečně vyšetřovat? A co to jako má bejt? To prostě z jejich strany evokuje nedůvěru. Mají dvoustránkový porodní plán a několik bodů – „nepřeji si být zbytečně vyšetřována.“ (Rozhovor s lékařem Josefem)

Podobně hovořil i lékař Martin: „Porodní plán, to je tragédie“. Podle Martina musí zdravotnický personál zbystřit pozornost vůči těmto ženám, jelikož je nenechají dělat svoji práci. Porodní plán je opakovaně vnímán jako projev nedůvěry a zpochybnění. Porodní asistentka Markéta dokonce řekla: „To prostě poznáte. Hned v ten první moment, jak (pozn.: žena „potíživka“) otevře dveře, poznáte, že už a priori nedůvěřuje.“ Právě přístup žen, jenž je charakterizován skrze agresivitu, nepříjemnost, nedůvěru a špatnou komunikaci, podle zdravotníků a zdravotnic nejen znemožňuje navázání vztahu a spolupráce, ale taktéž dochází ke zpochybnění medicínské praxe. To ilustruje úryvek z rozhovoru s porodní

asistentkou Viktorií, která toto zpochybnění klade do souvislosti nejen s „hloupými“ požadavky, ale taktéž s dylami, s nimiž mnohé „alternativní“ ženy přicházejí:<sup>24</sup>

„Největší problém jsou alternativní ženy a jejich hloupé požadavky. To se prostě nesmí jít proti té ženě. Navíc ony jsou hodně ovlivňovány dylami – ty je ovlivňují a ženy v důsledku nemají svůj mozek. Duly přicházejí s tím, že jim něco podsouváme (pozn.: ženám), a že jim chceme ublížit.“ (Rozhovor s p.a. Viktorií, porodní sál)

České ženy jsou vnímány jako „největší problém“, jelikož přicházejí s pochybnostmi o procedurách a postupech zdravotnického personálu. Komunikace s nimi je více problematická a iniciuje celou řadu dopadů. Nejedná se pouze o narušení vztahu mezi danou ženou a personálem, ale zároveň, pokud žena nespolupracuje, není možné se „naladit“ či „navázat“, což negativně ovlivňuje průběh porodu a celkovou péči jako takovou. O tom hovoří například porodní asistentka Blanka, která vyzdvihuje komplikovanost porodu podmíněnou tím, že není možné „naladit se na tu ženu“, jelikož žena nekomunikuje, nesouhlasí s personálem a „má to od začátku komplikovaný“. Stejně zkušenost s Češkami reflektovala i porodní asistentka Kateřina:

„Ta schopnost spolupráce je zásadní. Když ty ženy alternativky nespolupracují, nekomunikují, ten porod neprobíhá hladce, protože nejsme napojení. Je to vše o komunikaci a napojení se mezi mnou a tou ženou. A to se můžete napojit, i když si nerozumíte, i když je tam jazyková bariéra.“ (Rozhovor s p.a. Kateřinou, porodní sál)

Zejména porodní asistentky uváděly, že s těmito ženami je zapotřebí „pracovat na důvěře“, a to tak, že ženy musí přesvědčit, všem jim opakovaně vysvětlit a zdůraznit možná rizika a získat si jejich důvěru. Přesto však mnohdy neuspějí.

---

<sup>24</sup> Dula je speciálně vyškolená žena, která doprovází těhotnou ženu v období těhotenství, porodu a po porodu a poskytuje jí především psychickou a fyzickou oporu. Dula není zdravotnicí, nemá příslušné vzdělání jako porodní asistentka. Zdroj: [www.duly.cz](http://www.duly.cz).

Tento negativní obraz českých žen odkazuje k určitému kontrastu k ženám „poslušným“ (cizinkám). Tyto „neposlušné“ ženy jsou navíc podle slov personálu „zpykané servisem“ s požadavky, které kladou důraz na minimalizaci či absenci medicínských intervencí. Ty však zdravotníci a zdravotnice interpretují jako „nesoulad“ s každodenní medicínskou praxí a ohrožující život jak ženy, tak dítěte. „Sobecký“ a nezodpovědný přístup žen ale nereflektuje možná rizika a nebezpečí, jak výstižně ilustruje úryvek z rozhovoru s porodní asistentkou Alenou.

„Vycházím se všemi. I ty přírodní obdivuji, že dokážou trpět. Ale nesmí to ohrozit dítě a jí. (...) Obzvláště ženy ortodoxní, odmítající. Když si trvají na svém, často je rodí císařem. Jakmile jsou ochotny spolupracovat, riziko se snižuje.“ (Rozhovor s p.a. Alenou, porodní sál)

Nicméně spolupráce nebyla problematická pouze v případě českých žen, ale i v případě některých cizinek. Ty však nebyly označovány jako „potížistky“, ale personál vyzdvihoval zejména jejich neschopnost spolupráce a obtížné „napojení“ v souvislosti s různými determinanty této neschopnosti, které zároveň činily cizinky zranitelnými ve vztahu ke zdravotnickému personálu a uvnitř systému zdravotní péče jako takového. Přesto z perspektivy personálu převládal názor, jenž ilustrují tyto výstižné výroky: „Zlatá Vietnamka, která nemluví.“ Nebo: „To je lepší cizinka než Češka.“ Cizinky podle personálu totiž „ničím nepřekvapí“ a péče o ně je vnímána jako snazší a ne tolik náročná jako v případě „alternativek“.

Nutné je však zmínit i to, že obraz českých žen není taktéž jednotný. Ačkoliv personál v rozhovorech vyzdvihoval Češky, s nimiž zažívá problémy, některé porodní asistentky poznamenaly, že v rámci své praxe zažívají i české ženy „neproblematické“ a „bez porodního plánu“, s nimiž se lze bez obtíží „napojit“. Ty však byly zmíněny pouze okrajově.

## **6.2 Zranitelnost cizinek ve vztahu ke zdravotnickému personálu**

Zranitelnost cizinek je velice komplexní a ani v jejich případě nelze hovořit o jediném determinantu. I přesto, že cizinky byly zpočátku hodnoceny jako

„fajn“, v pokračování každého rozhovoru zdravotníci a zdravotnice blíže specifikovali své zkušenosti a naráželi na jednotlivé okolnosti, díky nimž jsem měla možnost získat hlubší vhled a porozumění těmto zkušenostem. Tyto okolnosti představovaly určité nesnáze a překážky v rámci poskytované péče cizinkám a v důsledku ovlivňovaly jejich schopnost spolupráce a komunikace, která je, jak se ukázalo, pro zdravotnický personál zásadní. Zdánlivě ideální obraz „fajn“ a „poslušných“ žen získal nový rozměr, jenž s sebou přinášel různá znevýhodnění uvalující cizinky do zranitelné situace. Z analýzy vyvstalo několik takových faktorů, které však nepůsobily odděleně, ale některé se vzájemně propojovaly. V následující části textu představuji tyto dílčí faktory a popisuji, jak ovlivňují ne/schopnost spolupráce cizinek a jakým způsobem formují jejich zkušenost zranitelnosti.<sup>25</sup>

### **6.2.1 Jazykové bariéry**

S ohledem na odlišnou národnost žen není překvapující, že jako nejvýznamnější a nejproblematičtější faktor, který vstupuje do interakcí mezi zdravotnickým personálem a cizinkami, je jazyková bariéra (Balaam et al. 2013). Téměř všichni, s nimiž jsem provedla rozhovor, se shodovali, že převážná část cizinek se nedomluví v českém jazyce a některé ovládají pouze základní slova. Ačkoliv neznalost úředního jazyka vnímali jako „problém“, nemožnost domluvit se nebyla vnímána jednotně.

Zdravotníci a zdravotnice považovali neznalost jazyka za zásadní potíže, avšak zároveň dodávali, že jej nepotřebují a že se „vždycky nějak domluví“.

„Nějaký slovo znají, tím dají najevo, že chtějí něco na bolest. Vždycky se nějak domluvíme. Vždycky to nějak dopadne. (...) A většinou oni ten postup toho porodu znají a vědí, co mají očekávat. Takže těma gestikulacemi

---

<sup>25</sup> Zaměřuji se zde výhradně na zranitelnost cizinek, ačkoliv nepopírám, že lze pojednávat i o zranitelné pozici samotných českých žen, a to obzvláště z důvodu jejich určité typizace.

postačí ta nějaká neverbální komunikace, ale komfort to není ani pro jednu stranu.“ (Rozhovor s p.a. Barborou, porodní sál)

Podle porodní asistentky Barbory je neznalost jazyka velmi častá, nikoliv nepřekonatelná překážka. Během porodu totiž, dle jejích slov, není zapotřebí komunikovat verbálně, ale jako dostačující prostředek komunikace považuje neverbální způsob. Porodní asistentka zároveň zdůvodnila nedůležitost verbální komunikace tím, že „porod je z velkého dílu fyziologická záležitost, tudíž ženy přirozeně ví, jak probíhá, co mají očekávat a jak porod bude probíhat.

„Vždycky se rukama nohama domluvíme“ – s takovým tvrzením jsem se setkávala velice často a převážně na porodním oddělení. To poukazuje na zásadní význam gest jako unikátního prostředku komunikace. Pro zdravotnický personál se jevílo jako důležitější, aby jim cizinka důvěřovala, byla „vstřícná“ a následovala je, nežli verbální sdělení. To například ilustruje výrok porodní asistentky Kláry pojednávající o spolupráci a jazykové bariéře: „Lepší cesta je důvěřovat.“

Na druhou stranu, i když je v okamžiku porodu verbální komunikace vnímána jako ne tolik důležitá, jazykové bariéry přinášejí v mnohém úskalí a nesnáze. Například porodní asistentka Viktorie reflektuje jazykové bariéry jako příčinu stresu jak pro cizinku, tak pro ní, jelikož nedokáže ženě sdělit to, co by chtěla.

„A všechno se nám prodlužuje, všechno je náročný a komplikovaný. Je to voprůz pro každou z nás. (...) už i pro mě je to stres. Je to náročnější, nepohodlný a neumím to té ženě vysvětlit tak, jako když mluvím s tou Češkou. (...) Vy v tu chvíli uděláte tu práci, co považujete, jako že nějak jí to přehrajete gestikulacemi, co teda udělat, ale pro ní to taky musí být náročnější, co se stresu týče a tohohle všeho co se týče.“ (Rozhovor s p.a. Viktorií, porodní sál)

Porodní asistentka Markéta taktéž hovořila o tom, jak zásadní dopad může mít jazyková bariéra na průběh porodu a upozorňuje na význam spolupráce, která je limitovaná právě z důvodu absence znalosti jazyka:

„Paní nerozumí. Já se snažím rukama nohama. Protože ona fakt nerozumí, buď je to jenom přes toho tlumočníka, anebo mi všechno odkejvá, i když mi vůbec nerozumí. Takže s těmi Nguyen se špatně, špatně dorozumí. Ony akorát „bolí“, „au“, to rozumí, to umí, ale jinak nerozumí ničemu. Řeknu zatlačit, netlačit, prodýchat, ničemu. Já jí říkám „půjďte za mnou“ a ona udělá „takhle“ (pozn.: gesto, že neví, nerozumí) a zase ne. To člověk musí opravdu předvést to, co po nich chce. Nebo že jí беру věci, že jí odvádím na ten sál, tak to teprve pochopí. Málokdy mají někoho s sebou u porodu (...) Nezažila jsem nikdy Nguyen, že by rozuměla, dělala by, co já bych potřebovala a ve většině případu to končí akutním císařským řezem, anebo větším porodním poraněním, protože je to nespolupráce. (...) a nerodí hezky.“ (Rozhovor s p.a. Markétou, porodní sál)

Nejen porodní asistentka Markéta, ale i ostatní z personálu zdůraznili, že mnohdy musejí některá sdělení doslova přehrávat za pomoci gest a předvést tak, aby jim žena porozuměla. Markéta vyzdvihovala především jazykovou bariéru v kontaktu s Vietnamkami, které jsou opakovaně hodnoceny jako nejčastější národnostní skupinou, o níž zdravotnický personál pečuje na gynekologicko-porodnickém oddělení. Ty nazývá „Nguyen“ a jsou pro ní specifické zejména z důvodu, že se potýkají s výraznou jazykovou bariérou a častokrát vůbec nerozumí ani základním pokynům. Absolutní neznalost jazyka, obzvláště v případě nepřítomnosti tlumočníka, přitom vyúsťuje v ne příliš hladký průběh porodu v podobě poranění či chirurgické operace.

Ačkoliv neznalost úředního jazyka není v některých situacích považována za bariéru, detailnější analýza poukazuje na zranitelnou pozici cizinek, které nejsou srozuměny s tím, co se děje, jaký je průběh a s různými informacemi, které mohou být pro cizinky a ženy obecně zásadní právě v tak zásadním momentu, jako je porod. Cizinky nehovořící česky

pak dle slov porodních asistentek nejčastěji vše odkývnou a otázkou je, do jaké míry jsou pro cizinku srozumitelná přehrávaná gesta ze strany personálu. Ačkoliv jsem se v mém výzkumu nezaměřovala na perspektivu žen (cizinek), jazyková bariéra je nepochybně faktorem ovlivňujícím prožívání porodu a přijímané péče, k čemuž odkazuje i výrok porodní asistentky Alžběty: „Ženy, které neumí česky, jsou často hodně vyplašené z té jazykové bariéry.“ Neinformovanost cizinek zapřičiňuje, že „si vše tiše protrpí“, jak se shodovali jak porodní asistentky, tak lékaři a lékařka. Často dokonce byly označovány jako „tiché trpitelky“ Není lépe vystihujícího argumentu, než je následující odpověď na moji otázku z rozhovoru:

„A co když nastane nějaká komplikace, jak to té ženě sdělíte?“ (výzkumnice)

„Pokud je komplikace, ty ženy to nějak vycítí. Vycítí to a pochopí to! (...) že prostě ví, že to musí nějak přežít.“ (Rozhovor s p.a. Barborou, porodní sál)

### **6.2.2 Absence tlumočnicků a ochota**

Jazyk a jeho neznalost však nelze určit jako samostatný faktor znevýhodňující ženy v prostředí zdravotní péče. Samozřejmou reakcí na jazykovou bariéru se zdá být volba tlumočnicka či tlumočnice (Higginbottom et al. 2015). Nicméně ve skutečnosti tato volba není vždy možná, ba naopak spíše nepravděpodobná. Uvedené úryvky poukazují na skutečnost, že cizinky nehovořící českým jazykem nepřicházejí s tlumočnickem či tlumočnicí.

„Tlumočnicka? Kdepak by jsme ho vzali? Je to komunikace a dorozumíváme se rukama nohama, posunky a nějak to prostě pochopí.“ (Rozhovor s d.s. Martinou, novorozenecké oddělení)

Dětská sestra z novorozeneckého oddělení se dokonce až podivila nad moji otázkou, zda cizinky užívají tlumočnické služby, přičemž mít k dispozici (profesionálního) tlumočnicka či tlumočnici zní z výpovědí až jakýsi nadstandard, který však není dostupný. Přesto všechny porodní asistentky a dětské sestry byly názoru, že profesionální tlumočení by jim velice pomohlo, jelikož by „netrávily spoustu času vysvětlováním a



předváděním, co mají ženy dělat“, které beztak bývá mnohdy neúspěšné. Naopak, přítomnost tlumočnicka či tlumočnice, kterou zažívají výjimečně, přispívá k lepšímu porozumění (srov. Andrulis, Goodman and Pryor 2002).

„Ano, je to výjimečný (pozn.: tlumočnick). Tady jako počítají s tím, že personál hovoří. I když je to třeba lepší, než v minulosti. Už si třeba berou rodinný příslušníky, nebo svoje děti. Jo, matka neumí, ale dítě umí česky. A je to takový někdy hloupý, když je to její syn, dcera, je to čtrnáctiletý dítě a „tak řekněte mamince...“. Jo, jako je to lepší, ale těch cizinek je tu fakt hodně.“ (Rozhovor s p.a. Kateřinou, porodní sál)

Taktéž porodní asistentka Kateřina zhodnotila přítomnost tlumočnicka či tlumočnice jako výjimečnou událost a zároveň dodala, že spíše zažívá v této funkci rodinné příslušníky či příslušnice, kteří český jazyk ovládají více než daná cizinka (srov. Balaam et al. 2013). Může se jednat o manžela, partnera, děti či ostatní členy a členky rodiny, kteří doprovázejí ženu a snaží se zajistit její informovanost. Přítomnost rodinných členů a členek jsem zaznamenala i v rámci mého pozorování, kdy se v čekárnách objevovaly cizinky hovořící cizím jazykem a některé z nich přicházely v doprovodu partnera či jiné blízké osoby hovořící česky. Nutné je však zdůraznit, jak vyplývá i z rozhovorů, že se nejedná o pravidlo a některé cizinky se ocitají v prostředí zdravotní péče samy nebo s blízkou osobou, která taktéž neovládá český jazyk.

I takové situace, kdy profesionální tlumočnick či tlumočnice absentují a jeho roli zastupuje blízká osoba, nejsou vždy zdravotníky a zdravotnicemi vnímány jako ideální, obzvláště, je-li daná osoba „na telefonu“, nikoliv osobně přítomna. Tento způsob pak nejčastěji zažívají v případě Vietnamek, které mají velice část „někoho na telefonu“. Personál sice uvítá možnost přetlumočení některých informací, nicméně „musí si neustále předávat telefon od ucha k uchu“, a to je velmi náročné, obzvláště v době porodu. Nejčastěji je tlumočící blízkou osobou manžel či partner, avšak personál upozorňuje na to, že někteří muži špatně rozumí intimním

otázkám týkajících se těhotenství a porodu a/nebo „panikaří“ a tím nikterak neusnadňují ani komunikaci, ani spolupráci mezi personálem a cizinkou. Porodní asistentka Kateřina navíc poznamenala, že někdy cizinka přichází s dítětem, které tlumočí, avšak ani to nespatřuje jako ideální situaci z důvodu nízkého věku dítěte a s ohledem na intimní téma.

Nepřítomnost profesionální tlumočící osoby, která je velmi častá, lze vysvětlit obecným nedostatkem tlumočnicků a tlumočnic, či jejich finanční nákladností, jak například zdůrazňoval i zdravotnický personál v mých rozhovorech (srov. Davies and Bath 2001). Zdravotníci a zdravotnice upozorňovali, že „zajištění tlumočení není v jejich režii“ a je „na ženě, zda si tlumočnicka opatří“. V některých zařízeních se především porodní asistentky a dětské sestry obracely na členy a členky personálu, kteří jsou stejné národnosti jako žena.<sup>26</sup> Ani tato strategie však nebyla ideální s ohledem na skutečnost, že ne vždy je personál přítomen v okamžiku potřeby tlumočení, a zároveň s ohledem na sdělení osobních a intimních informací cizí osobě.

Hovořit o své intimitě s osobou blízkou či v příbuzenském vztahu taktéž nemusí být pro ženu jednoduché. Jak upozorňuje například Bischoff s kolegy (2013), i v případě volby rodiny zajišťující tlumočnickou funkci může dojít k dezinterpretaci s ohledem na strach ženy a její neochotu sdělit veškeré zásadní informace, které jsou pro ní citlivé, či s ohledem na omezenou znalost jazyka osoby. Je tedy nutné zvažovat nad tím, že cizinky mohou cíleně nevyhledávat tlumočnicka či tlumočnici, ať v důsledku již zažitých negativních zkušeností, nebo v důsledku strachu a jejich odmítnutí sdělit (cizí) osobě citlivé a intimní informace týkající se těhotenství a porodu. Přirozeně chtějí předejít situaci, v níž by se cítily trapně, v rozpacích a nepřírozeň (Phillimore 2016).

---

<sup>26</sup> Jsou-li v daném zařízení zaměstnání a v danou dobu přítomni. Převážně se jednalo o uklízečky a pomocný personál jiné národnosti než české, v některých případech i o lékaře a lékařky, kteří pocházeli z jiné země a ovládali více jazyků.

Otázka jazykových bariér a tlumočnicků či tlumočnic je však komplexnější. Například porodní asistentka Kateřina uvedla, že cizinky a cizinci obecně spoléhají na jazykovou vybavenost personálu a očekávají, že se domluví ve svém jazyce, a nikoliv, že po nich bude požadována komunikace v jazyce českém. Jak porodní asistentky, tak i dětské sestry a lékaři v průběhu rozhovoru naráželi na skutečnost, že mnohý personál neovládá jiný jazyk než nativní, či případně anglický – ani ten však není zárukou, že jej každý ze zdravotníků a zdravotnic ovládá, jak dále ve svém vyprávění poukázala dětská sestra Martina:

„Domluvíme se anglicky, to skoro vždy někdo umí, minimálně lékař. Ale ne naše holky, málokterá z personálu umí anglicky, a když jo, je to „basic“, základní slova. (...) To se například manžel jedné cizinky rozčiluje, že neumíme anglicky. No tak neumíme, není to naše povinnost, abychom zvládali cizí jazyk.“ (Rozhovor s d.s. Martinou, novorozenecké oddělení)

Zásadní není pouze jazyková zdatnost cizinek, ale i zdravotnického personálu. Dětská sestra Šárka v tomto ohledu zdůraznila, že někteří z personálu jsou mnohdy „neochotní a nechtějí mluvit cizím jazykem“ a jako řešení by uvítala možnosti odborných kurzů cizího jazyka či zahraniční výměnné pobyty. Neschopnost komunikace může být provázaná, či v některých případech dokonce zapříčiněná, i určitou mírou neochoty dorozumět se, která může vyvstat jak na straně personálu, tak na straně cizinek. Naopak ochota komunikovat, vstřícnost a laskavost může napomoci překračovat jazykovou bariéru a přispět k budování vztahu mezi personálem a cizinkou. V tomto ohledu zmiňují, že pouhé dvě zdravotnice z celkového počtu svých informátorů a informátorek hovořily o ochotě komunikovat a způsobu, jak překonat jazykovou bariéru. Dětská sestra Šárka z novorozeneckého oddělení řekla, že „bariéra se dá překročit, a to empatií, vcítěním se do ženy, vůlí“ a tím, že zdravotník či zdravotnice zapojí „ruce nohy“. Porodní asistentka Alžběta z oddělení šestinedělí zdůraznila, že „nejdůležitější je úsměv, protože úsměv bourá bariéry“. Poukazují na

význam neverbálních signálů a empatie, které hrají velice důležitou roli v interakcích a sílí právě v těch situacích, kde není sdílený jazyk a verbální komunikace selhává. O významu neverbální komunikace pojednává například Higginbottom s kolektivem (2015), kteří tvrdí, že neverbální signály a cizinkami pociťovaná empatie ze strany personálu zvyšuje důvěru a efektivitu poskytované péče.

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že přítomnost profesionálního tlumočnicka či tlumočnice má pozitivní dopad nejen pro cizinky, ale také pro personál, a naopak jeho absence způsobuje celou řadu znevýhodnění. Na to poukazují i některé studie, které zároveň vyzdvihují, že tlumočení pozitivně ovlivňuje zkušenosti žen v prostředí zdravotní péče a jejich celkovou spokojenost s péčí, která je jim poskytována (např. Andrulis, Goodman and Pryor 2002; Small et al. 2014). Naopak, absence tlumočnické osoby se nepochybně podílí na formování zranitelnosti cizinek, a to v mnoha ohledech. Cizinky setrvávají ve stavu neinformovanosti a neznalosti, kdy pravděpodobně obtížněji rozumí jednotlivým sdělením a pokynům ze strany personálu. To může umocňovat nedostatek času personálu (na neverbální komunikaci), kulturní podmíněnost jednotlivých gest, ale i například i osobnostní charakteristiky zdravotníků a zdravotnic (Roter and Hall 2006). Navíc může dojít k narušení intimity a soukromí cizinky, obzvláště v případě užití cizí tlumočnické osoby. Jak poznamenala dětská sestra z novorozeneckého: „Bylo by fajn najít nějaký kompromis ke komunikaci. Někoho, kdo pomůže.“

### **6.2.3 Neznalost systému a administrativa**

Jazyková bariéra se však navíc propojuje s dalšími faktory, které spolupůsobí a zasahují do interakcí mezi personálem a cizinkami. Ačkoliv absence verbální komunikace vyvstala jako zdánlivě neproblematická v období porodu, v jiných periodách však přinášela celou řadu nesnází, obtížných situací a dilemat. V této části představuji zásadní dílčí faktory, které vyplývají z nastavení našeho českého systému zdravotnictví a

z legislativy a které se promítají do zkušeností personálu s cizinkami v prostředí perinatální péče.

### **6.2.3.1 První kontakt a anamnéza**

Co se týče období před porodem, ženy přicházejí do prenatálních poraden zpravidla na základě doporučení svého gynekologa, a to z důvodu potřeby specializovaných a screeningových vyšetření, nebo až pár týdnů před porodem (v 36. týdnu), je-li těhotenství bez potíží. Zde vyvstala limitovaná schopnost domluvit se jako častá a vážná překážka, a to právě v momentech, kdy zdravotnický personál potřeboval stanovit termín vyšetření nebo získat od cizinek různé informace týkající se jejich zdravotního stavu, těhotenství a rodinné anamnézy. Takové situace nepochybně vyžadují verbální komunikaci a přesné údaje, které jsou velice důležité s ohledem na těhotenství a následující léčebné postupy. Podle porodní asistentky Magdy „tady je ta jazyková bariéra problém“, jelikož cizinky nerozumí a neví, na co se jich personál ptá, a „ani se nesnaží domluvit se“. Magda navíc poukazuje na ne/ochotu a snahu cizinek domluvit se českým jazykem. Na takové situace upozorňuje například i porodní asistentka Dana z prenatální poradny:

„Ony nerozumí (pozn.: cizinky). Odpovídají na něco jiného a neví, co po nich chceme. My jsme závislí na konkrétním datu a hodině vyšetření, ale domluvit si schůzku s cizinkou je velmi obtížné. Volají, ale nemůžeme se dopídit toho termínu. Objednáme je, ale ony přijdou v jiný den. (...) Jenže my potřebujeme dostat spoustu věcí, spoustu informací od té ženy, ale to je často nemožné. Nemůžeme to dostat, protože ony nerozumí. I když třeba Vietnamky se tváří, jako že rozumí, ale je to špatný. Obzvláště když nemají tlumočnicka. Nebo když sedí a řeknou jenom „English“. To je hrozný.“  
(Rozhovor s p.a. Danou, prenatální poradna)

Neznalost českého jazyka výrazně zasahuje do prvotní interakce mezi personálem a cizinkou a v některých případech dokonce ještě před tím, než daná cizinka navštíví konkrétní zdravotnické zařízení. Během

rozhovorů zdravotníci a zdravotnice často upozorňovali na odběr anamnézy a kompletaci zdravotní dokumentace jakožto „velký problém“, kdy se často musí spoléhat na objektivní nález, respektive „to, co vidí a na výsledky z laboratoře“. Anamnéza je však mnohem obsáhlejší a personál potřebuje znát také to, co z laboratoře objektivně nezjistí – zda a jaké léky žena užívá, zda v minulosti podstoupila nějakou operaci či nemoc, na co je alergická, a podobně. V případě nepřítomnosti tlumočnicka je tudíž anamnéza dané ženy nekompletní, načež nedostatek údajů může přinést určitá rizika pro průběh těhotenství. Porodní asistentka Ilona z prenatální poradny podotkla v rámci neformálního rozhovoru, že někdy cizinky přicházejí se svým mužem: „mluví za ně, ale v podstatě vůbec nerozumí, co po nich chceme a vůbec neví, na co se jich ptáme“. Ani přítomnost muže a jeho snaha o tlumočení se tedy nezdá být jako přínosným řešením.

Co se týče prvotní interakce, problematickou komunikaci mezi personálem a cizinkami jsem častokrát zažívala i v rámci mého pozorování. Jednalo se zejména o čekárnu před prenatální poradnou, v níž se ocitaly cizinky, dle mluveného jazyka, opravdu denně. Na jazykovou bariéru narážely ihned v první moment, který se zpravidla odehrává před dveřmi poradny, kdy ženy měly předat určité zdravotní dokumenty a sdělit účel své návštěvy a detailní informaci o svém těhotenství. Některé přicházely v doprovodu svého muže, kteří se snažili o tlumočení. Jiné cizinky přicházely v doprovodu své dcery nebo jiné ženy, která ovládala český jazyk alespoň na základní úrovni. Mohlo se jednat o matku nebo tchýni, která zajišťovala buď tlumočení, nebo podporu dané ženě. Ne každá cizinka však přicházela v doprovodu a přítomné zde byly i cizinky, které hovořily česky. Takovou informaci však nelze na základě pozorování tvrdit zcela jistě, jen pouhým úsudkem na základě jména, pomocí něhož zdravotnický personál zvoláním vyzval ženu ke vstupu do vyšetřovny.

### 6.2.3.2 Zdravotní pojištění

Jiným příkladem, jak ne/znalost systému v kombinaci s jazykovou bariérou vstupuje do interakce mezi personálem a cizinkami a dopadá na zkušenosti cizinek, je absence zdravotního pojištění. Situaci, kdy se cizinka ocitá v prostředí zdravotní péče nepojištěná, ilustruje vyprávění lékaře Josefa:

„Ano, ale máme s nima (pozn.: s cizinkami) problém. Máme problém v tom, že tam jsou určitý návykový stereotypy. My jsme především rodili Rumunku, která byla na cestě z Anglie s tím, že porodí doma. A porodila tady! Po cestě. Neuvěřitelnej tyjátr kolem porodu. Ale najednou problém – mají peníze, nemají peníze. Pojištěný nejsou. A já jsem si říkal, že musíme takovýhle věci někde řešit (...) Protože že třeba není pojištěná tady, ale byla v Anglii, jestli vůbec, to nevím. Ale tady je to otázka naše, takže to musíme řešit my. Takže vlastně porodili mimino, který nemá žádný papíry.“  
(Rozhovor s lékařem Václavem)

Absence zdravotního pojištění vyvstávala jako další významný problém pro zdravotnický personál, jak vyplývá i z úryvku z rozhovoru s lékařem Josefem. Ten zdůraznil, že jakmile nepojištěná žena rodí na území našeho státu, „je to naše otázka“ a tudíž se to dotýká našeho systému zdravotnictví. Ostatní, zejména porodní asistentky z prenatálního a porodního oddělení, taktéž spojovali absenci zdravotního pojištění v případě cizinek jako výskyt dalšího „problému“, který musí řešit a navíc je umocňován právě tím, že ženy nerozumí.

„A to je nejhorší, když nemluví a jsou nepojištěné. Posíláme je na administrativní oddělení, kde jsou i zaměstnanci, kteří ovládají jazyky. Takže ty ženy se tam většinou dorozumí. Tam je posíláme, tam složí zálohu a musí přinést papír, jako potvrzení, kde jsou jejich údaje. Ale ony přijdou zase bez toho papíru. Tak je tam zase posíláme a čekáme, než se vrátí. A ony jsou z toho vyplašené.“ (Rozhovor s p.a. Hanou, prenatální poradna)

Porodní asistentka Hana z prenatální poradny poukázala na komplikovanost vyšetření nepojištěné cizinky a zároveň na nadměrnou administrativu, která problematizuje práci zdravotníkům a zdravotnicím a ostatnímu personálu. Porodní asistentka zároveň dodala, že administrativa obecně může činit cizinky „vyplašenými“, jelikož jsou po nich neustále vyžadovány určité formuláře a dokumenty, které neznají a jimž nerozumí. Mnoho z těchto dokumentů musejí cizinky nejprve obdržet (častokrát v jiném úseku daného zařízení), vyplnit je a případně zaplatit finanční částku jakožto zálohu, aby mohly být vůbec ošetřené.

Neznalost jazyka, absence zdravotního pojištění a administrativa jsou spolu provázány a ustavují cizinky do znevýhodněné pozice, přičemž tato problematika se objevuje zejména v období před porodem. Nicméně urgentní péče je cizincům a cizinkám poskytnuta bez ohledu na absenci zdravotního pojištění, avšak zdravotnický personál se vůči tomu staví spíše kriticky a s pochybnostmi, jako například v případě porodní asistentky Kateřiny:

„Nevěděli jsme, jestli je (pozn.: cizinka) pojištěná nebo není? Má platit? To jsou pořád nějaký problémy. Hlavně ta kancelář (pozn.: pro úhrady péče) se večer zavře, v noci nefunguje a je to na nich, jestli tam půjdou nebo ne. Takže pak je to dlužné za péči a jsou to ztrátový peníze ti cizinci.“ (Rozhovor s p.a. Kateřinou, porodní sál)

Kateřina popisovala situaci, kdy přijímali cizinku k akutnímu porodu a byli si nejistí, zda je pojištěná, jelikož neměli žádné informace a dokumenty, které se běžně vyplňují v rámci prenatální péče a registrace k porodu. Tato „neviditelnost“ statutu pojištění navíc souvisí i s kontextem, přičemž v institucích většího rozsahu, jako jsou veřejné nemocnice, je „povědomí zdravotníků a zdravotnic o pacientech a pacientkách a jejich životní situaci minimalizováno“ (Armin 2019: 7). Naopak, jedná-li se například o soukromé ambulance, informace o zdravotním pojištění je zásadní a jakousi „vstupenkou“ k poskytnutí zdravotní péče. Jeden z lékařů, s nímž



jsem provedla rozhovor, působil v nemocnici a navíc provozoval vlastní soukromou ambulanci. Na téma zdravotního pojištění a jeho absence komparoval své zkušenosti v těchto prostředích:

„Když přichází nepojištěná cizinka, tak to je problém. Ale větší problém je to v nemocnici, protože já ji mohu odmítnout (pozn.: ve své praxi). Některé chodí nepojištěné, ale většinou tu péči platí. (...) Jakmile je to akutní věc, o pojištění se nezajímáme (pozn.: v nemocnici).“ (Rozhovor s lékařem Martinem)

Lékař Martin jasně naznačil, že v rámci své soukromé praxe cizinky raději rovnou odmítá, než „aby řešil problémy“ spojené s absencí zdravotního pojištění a „přišel tak o peníze“. S tím úzce souvisejí limity nastavené zdravotními pojišťovnami, které zřetelně pociťují právě lékaři a lékařky v soukromých zdravotnických zařízeních (Glajchová 2016). Tyto limity nejen, že ovlivňují množství poskytované péče, ale i jeho cenu. Veřejná zdravotnická zařízení vystávají jako „jediná“, kde se cizinky nesetkávají a priori s odmítnutím, obzvláště jedná-li se o akutní situaci. Takové zjištění však nelze zobecňovat. Někteří zdravotníci a zdravotnice v průběhu mého pobytu na oddělení hovořili o několika soukromých klinikách, které jsou naopak cizinkami vyhledávané, avšak s předpokladem, že jsou pojištěné nebo ihned péči uhradí.

Na základě těchto zjištění lze říci, že odlišná národnost podněcuje pochybnosti o pojištění, které jsou v důsledku stigmatizující. Cizinci a cizinky obecně jsou převážně vnímáni jako „neplatiči“ a „ztráta“ pro systém jako takový. I přesto, že řada zdravotnických zařízení disponuje specifickými odděleními či kanceláři pro úhradu za péči, personál pochybuje, že dojde k této úhradě ze strany cizinců a cizinek a systém tedy „přichází o peníze“.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Poslední údaje z roku 2017 ukazují, že „zdravotní péče poskytnutá cizincům si v roce 2017 vyžádala náklady v celkové výši 931,4 mil. Kč, z toho 63,4 % (590,4 mil. Kč) představovaly náklady na pacienty z EU. Nezaplacené pohledávky po lhůtě splatnosti za zdravotní péči

Některé studie dokonce tvrdí, že absence zdravotního pojištění je klíčovou bariérou v přístupu k péči a je úzce vázána na socioekonomický status (např. Adanu and Johnson 2009; Dzúrová, Winkler and Drbohlav; Pěničková 2014). Jak například zmínil lékař Josef, některé cizinky mnohdy ani neví, že nejsou pojištěné a fakt, že si mají pojištění zřídit samy. V tomto případě se podle něj jedná zejména o tzv. agenturní pracovnice, které jsou agenturou najímány. Od agentury dostávají mzdu za vykonanou práci, ale už za ně neodvádí sociální a zdravotní pojištění. Nízká informovanost a neznalost systému pak vede k tomu, že ženy pobývají na našem území „nevědomky“ nepojištěné a naráží na tuto bariéru až v momentě potřeby zdravotní péče. Na tento problém upozorňuje i Leontiyeva (2010) – podle ní právě neznalost českého jazyka a českého pracovního práva přináší velká rizika cizincům a cizinkám, kteří mohou být v rámci tzv. klientského systému zneužíváni.

Za zmínku stojí i povolení k trvalému pobytu, které, jak upozornil lékař Josef, umožňuje cizinkám podstoupit interrupci. Nemají-li toto povolení, nemohou uměle přerušit své těhotenství. Podle lékaře Josefa cizinky o tomto zákoně neví a bývají zaskočené, že jim zdravotnická zařízení interrupci zamítnou. Nicméně tento zákaz upravuje zákon z roku 1986 a otevírá diskutabilní téma v rámci celé společnosti.<sup>28</sup> Podle posledních diskusí by se tento zákaz neměl vztahovat na občanky Evropské unie, nicméně v praxi se cizinky mohou setkávat stále s odmítnutím ze strany zdravotnických zařízení.<sup>29</sup>

### **6.2.3.3 Informovaný souhlas**

Jako další zásadní faktor ustavující cizinky do zranitelné pozice, který vyvstal z mé analýzy, je informovaný souhlas. Institut informovaného

---

poskytnutou cizincům činily k 31. 12. 2017 celkem 28,1 mil. Kč, což představuje 3 % celkových nákladů za zdravotní péči o cizince“ (ÚZIS 2018a: 2).

<sup>28</sup> Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství.

<sup>29</sup> Na téma upozorňuje například Česká televize na svých webových stránkách: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1985656-lekari-a-urednici-se-neshodnou-zda-mohou-cizinky-v-ceske-republice-podstoupit>

souhlasu je ukotven v legislativě a v podstatě sděluje, že každý pacient či pacientka musí být informován/a a udělit souhlas s poskytovanou péčí či hospitalizací, a to v písemné podobě. Stvrzení tohoto souhlasu znamená, že daný pacient či pacientka je seznámen s léčebným postupem, s možnými riziky a s veškerými informacemi, které se týkají poskytované péče či případné hospitalizace. V případě nesouhlasu pacient či pacientka podepisuje tzv. negativní revers, tedy odmítnutí poskytované péče.

Tyto souhlasy se samozřejmě vztahují i na cizinky v prostředí perinatální péče, bez ohledu na skutečnost, zda jsou pojištěné či nikoliv. Tato písemná forma souhlasu však z rozhovorů se zdravotnickým personálem vyvstává jako stěžejní situace, jelikož cizinky neznají formuláře, nerozumí veškerému obsahu a neví, jak tyto formuláře vyplnit. Již v prenatální poradně cizinky obdrží veškeré informační dokumenty včetně souhlasů a zpravidla jsou vyzvány, aby si vše nechaly přeložit, vyplnily, podepsaly a přinesly zpět. Většina zdravotnických zařízení totiž distribuuje souhlasy, které nebývají v cizím jazyce, ale převážně pouze v českém. Některá zdravotnická zařízení ale podle výpovědí zdravotníků a zdravotnic poskytují souhlasy i v anglickém a vietnamském jazyce, avšak stále se jedná o malý počet takových zařízení a o pouhý jeden či dva jazyky, do něhož je souhlas přeložen. Podle porodních asistentek cizinky souhlasy „podepíšou, ale neví, co podepisují a nerozumí tomu“ – nejsou tedy informované. Ani personál však nereflektuje, že by překlad měl být na straně instituce.

Tato zautomatizovaná reakce cizinek může být vysvětlována jako projev důvěry ve zdravotníky a zdravotnice, nicméně personál toto jednání interpretuje spíše jako určitou nedisciplinovanost žen, které by měly vyhledat překladatele a nechat si veškeré dokumenty přeložit, neumí-li tak někdo z rodiny. To však může být pro cizinky finančně náročné, jako v případě tlumočnicka či tlumočnice, a z toho důvodu mohou volit jednodušší cestu – důvěřovat. Navíc tento postup „padá“, je-li porod

urgentní a cizinka do daného momentu nevladnla řadné dokumenty. V tomto pŕípadě cizinka podepisuje souhlasy taktěř v neinformovaném stavu, jelikoř „není čas něco vysvětlovat a musí se jednat“.

Nicméně informované souhlasy nejsou jediné písemné formuláře, které se dostanou cizinkám „do ruky“ a které musejí vyplnit. Prostupující administrativa dopadá i na situaci těsně před porodem, ale i po něm.

„A ony pŕijdou a ani se nesnaří mluvit řesky, aspoň něco. Vyřešit dokumenty, nemají, nesnaří se, nestarají se o to taky hodněkrát. Teď oddací listy, nemají to pŕeložený. (...) Ale cizinci třeba pŕijdou s rodným listem, který je napsaný v azbuce, já ho nedokážu pŕeložit. Takže oni by měli pŕijít s pŕeloženým oddacím listem, potvrzeným, z úřadu ověřeným, notářsky ověřený to musí být, protože to je doklad. A třeba konkrétně ruskej oddací list neobsahuje v pŕekladu, oni to tam nemají, že jméno pro dítě má takovou podobu v řenském a mužském tvaru. Ale řeský to má „-ová“.“  
(Rozhovor s p.a. Alenou, porodní sál)

Jedná se o další byrokratické kroky, které musejí cizinky podstupovat s ohledem na nastavení systému. Podle porodních asistentek, kterých se tyto situace nejvíce dotýkají, však cizinky pŕicházejí nepřipravené a s nepřeloženými původními dokumenty, které jsou zásadní v otázce hlášení o narození dítěte. Potenciální rodiče musejí pŕinést oddací list, prohlášení o jménu a pŕijmení dítěte a jiné dokumenty v závislosti na situaci, zda je otec znám, či nikoliv. Tyto dokumenty musejí být v řeském jazyce, aby mohli zdravotníci a zdravotnice pracovat s jednotlivými informacemi a podat řádost o vystavení rodného listu novorozence na matriční úřad. „To jsou zákonem dané kroky, které nesmíme pŕejít“, zdůrazňuje porodní asistentka Kateřina.

Tyto pŕíklady – odběr anamnézy, absence zdravotního pojištění, informovaný souhlas a matrika – ilustrují, jak neznalost našeho systému, mnohdy v kombinaci s neznalostí řeského jazyka, vstupuje do interakcí mezi zdravotnickým personálem a cizinkami. Personál hovoŕí o cizinkách

častokrát jako zdroj frustrace a spojuje s nimi výskyt problémů „narušující systém“, kdy se jednotlivé úkony spjaté s péčí a administrativou výrazně prodlužují a personálu ztěžují výkon jejich povolání. V tomto ohledu jsou cizinky velmi zranitelné, jelikož pro mnohé z nich nemusejí být postupy v naší zemi známé a srozumitelné s ohledem na nastavení v jejich zemi původu. Neinformované a neznalé se ocitají v systému, jehož jsou obětí, a zároveň jsou do určité míry stigmatizovány z důvodu jejich nedostatečné disciplinace, vnímané ne/ochoty domluvit se a „narušování“.

#### **6.2.4 Organizační nastavení**

Zmíněné faktory byly v rozhovorech umocňovány dalším, jenž nazývám organizační nastavení. Tím odkazuji zejména na nedostatek personálu v rámci oddělení gynekologicko-porodnického, který se promítá do zkušeností cizinek a jejich interakcí se zdravotnickým personálem. To, jakým způsobem nedostatek personálu dopadá na cizinky, bylo zřejmé z vyprávění o zkušenostech, které se týkaly porodu a období po něm, obzvláště v otázce kojení a poučení o bezpečnosti dítěte. Jednalo se přitom o porodní asistentky a dětské sestry, které jsou v intenzivním kontaktu s ženami během těchto period.

Nedostatek personálu je úzce vázán na čas, přičemž takové situace, které personál rámoval časem, jsou například zmiňované potíže s odběrem anamnézy, informovaným souhlasem a jinou administrativou. Časová dimenze však vstupuje i do samotného průběhu porodu, jak například poznamenala porodní asistentka Klára:

„Naopak v nemocnici je to samý stres, frmol a ty ženy jsou více ve stresu. Lékaři jsou sice profesionálové, zkušení, umí jazyky, ale nelze s těmi ženami mluvit intenzivně, protože nemají čas.“ (Rozhovor s p.a. Klárou, porodní sál)

Klára působila ve dvou zdravotnických (perinatálních) zařízeních, z toho jedno bylo soukromé, tudíž měla možnost porovnat své zkušenosti, o kterých vyprávěla. Podle ní cizinky preferují profesionální péči, s níž

spojují nemocnice, ale na druhou stranu jsou „tam“ více ve stresu, nejisté a neinformované, tedy i méně spokojené. Zdůraznila, že pokud zdravotníci a zdravotnice verbálně a intenzivně komunikují s cizinkami (a ženami obecně), cizinky jim více důvěřují a to je zásadní, jelikož „důvěra je gró celého porodu“. Na význam důvěry upozorňuje i Balaam a Thompson (2018) a tvrdí, že vztah mezi poskytovatelem či poskytovatelkou péče a zranitelnou ženou, který je postaven na vzájemné důvěře a porozumění, má výrazně pozitivní dopad na mateřství a rodičovství zranitelných žen.

Po porodu byla tato časová dimenze zřejmá v situaci tzv. poučení o bezpečnosti, kde opět dochází k prolnutí nedostatku času, personálu a jazykové bariéry. Poučení o bezpečnosti představuje rady poskytované dětskou sestrou o tom, jak se má žena starat o novorozence, jak o něj pečovat, jak jej držet, přebalovat, pokládat, kojit či krmit v případě umělé výživy a jak s novorozencem manipulovat tak, aby nedošlo k jakékoliv újmě. V případě, že cizinka nerozumí česky a není jazykový soulad mezi ní a personálem, není možné cizinku instruovat. Nicméně dětské sestry „nemohou dát miminko matce, která nerozumí, z bezpečnostního hlediska“.

Poučení o bezpečnosti je součástí vnitřních pravidel, která říkají, že zdravotnický personál je zodpovědný za matku a dítě v rámci institucionální péče a z toho důvodu zdravotnice poučení o bezpečnosti striktně dodržují. Jak tvrdí dětská sestra, pokud nelze cizinku poučit a nerozumí, není možné ji nechat s dítětem na pokoji. Pravděpodobnější je tato nemožnost poučení v případě prvorodiček, jak ilustruje výrok dětské sestry Martiny:

„Když žena neumí česky a nedorozumí se, nemá dítě na roomingu. I když třeba umí jen ty nejzákladnější fráze, co a jak. Nelze ženu poučit, vysvětlit jí co a jak, když chce domů, neví také jak to vysvětlit. Spoustu těch žen ví, co má dělat, ale když je to první porod, to ne. To je prostě problém.“  
(Rozhovor s d.s. Martinou, novorozenecké oddělení)

Martina připouští, že „spoustu žen“ ví, jak pečovat o novorozence, ale ne v případě prvního porodu. Nemožnost poučit cizinku se zdá pravděpodobnější v případě prvorodiček, které jsou vnímány jako „problém“ z důvodu jejich nezkušenosti „být matkou“.

A jakou má poučení o bezpečnosti souvislost s časem a nedostatkem personálu? Automatická reakce může být návrh tlumočící osoby, která přetlumočí veškeré instrukce dané ženě. Stejně jako v případě porodu, i zde jsou profesionální tlumočníci a tlumočnice výjimkou a nahrazuje je manžel či partner, ať osobně či na telefonu. I to však má svá rizika, o nichž hovoří dětská sestra Ivana:

„Češka nám zabere hodinu, cizinka 3 hodiny. Je to více času, více vysvětlování. (...) Ale jako kolikrát ty cizinky tu nejsou samy, většinou mají Čecha za manžela nebo to není Čech, ale umí trochu česky, nebo aspoň anglicky. Takže čekáte na toho otce, až přijde, pak mu to vysvětlujete, ten to vysvětluje tý ženě. Takže je to takový horší v tom, že úplně nevíme, jestli jí přeložil přesně to, co říkáme. Jestli si to jako nějak nezkracuje nebo jestli řekne to důležitý. (...) Ale to opravdu nejsou jenom základní věci – dítě, nakrmit, přebalit. To je hromada dalších informací a různý problémy. A to se fakt s těma partnerama blbě řeší. A někdy jako i ti doktoři pomůžou, kteří umí jazyky. Ale u toho poučení to nejde, když tady s nima strávíte hodinu na pokoji, tak ten doktor tady s váma nemůže bejt hodinu. Takže tak nějak, rychle stručně hlavně a aby toho co nejvíce pochopila.“ (Rozhovor s d.s. Ivanou, novorozenecké oddělení)

Dětská sestra Ivana hovořila o tlumočení prostřednictvím mužů a případně zdravotnického personálu. Ne každá cizinka však přichází v doprovodu s mužem a ne vždy je přítomný někdo ze zdravotnického personálu, kdo ovládá daný jazyk. V tomto případě, kdy nelze cizinky poučit, dětské sestry přinášejí miminko matce ke kojení a poté opět odnášejí do boxu. Přesto jsou cizinky mnohými vnímány jako „učelivé“ a „chápavé“ a mnohdy dokonce více, než ženy české. V rozporu s poučením o bezpečnosti je pak i časté tvrzení zdravotníků a zdravotnic:

„Já myslím, že ty matky se chovají, co se týče jich a dětí stejně všude na světě. V tom není žádnéj velkej rozdíl.“ (Rozhovor s p.a. Alžbětou, oddělení šestinedělí)

Mimo to, nedostatek personálu a času ovlivňuje i to, jak často mohou dětské sestry přinášet miminko mamince ke kojení na pokoj, který není uzpůsoben pro společný pobyt s dítětem. Ženy jsou závislé na personálu v otázce kontaktu se svým dítětem. Tato závislost je silnější tehdy, je-li žena po operačním zákroku nebo v případě cizinek, které jsou, dle mých zjištění z pozorování a rozhovorů, právě těmi, které obývají tyto pokoje.

Vliv organizačního nastavení na prožívání a pozici cizinek během postnatální periody je zřejmý. Cizinky jsou znevýhodněny jazykovou bariérou a musejí se přizpůsobit organizačním podmínkám, které ovlivňují možnost být s miminkem. Tento faktor jednoznačně formuje jejich zranitelnost, přičemž cizinky mohou pocítovat nedostatečný respekt, nevhodné jednání, nedostatečné množství poskytnutých informací a považovat péči za méně kvalitní či nekvalitní (např. Balaam et al. 2013; Small et al. 2014; Robertson 2015).

### **6.2.5 Podpora rodiny a komunita**

Jak je zřejmé z uvedených faktorů, pro ženy, které disponují statutem cizinky a zároveň se stávají matkou, je v této situaci klíčová přítomnost muže a/nebo širší rodiny. Řada studií (viz Pařízková, Hrešanová a Glajchová 2018) poukazuje na významný vliv podpory rodiny a přátel, která se projevuje i ve zkušenostech cizinek se zdravotní péčí a jejím zdravím. Na základě analýzy dat z mého pozorování a rozhovorů se ukázala být podpora rodiny a širšího příbuzenstva taktéž významná, a to v mnoha ohledech. Zdravotnický personál však často užíval pojem komunita, jímž však odkazoval k širší rodině a ostatním jedincům, kteří mají úzké sociální vazby s danou cizinkou.

Co se týče mého pozorování, jak již zaznělo, cizinky většinou nepřicházely samy a vždy v doprovodu blízké osoby, ať se jednalo o muže,



dítě, matku či tchýni. Blízké osoby s nimi čekaly dlouhé hodiny v čekárně, a buď jen doprovázely, anebo zajišťovaly tlumočení. Zdravotníci a zdravotnice stvrzovali skutečnost, že mnohé cizinky nepřicházejí samy, avšak, nutno zdůraznit, stále menší část cizinek přichází sama.

Tématu podpory rodiny se zdravotníci a zdravotnice dotýkali většinou dvou výrazných „komunit“, které v určitém ohledu kontrastují, jak ilustruje úryvek z rozhovoru s porodní asistentkou Alžbětou:

„Navíc, Vietnamská komunita bych řekla, že jsou velice takoví jako slušní. Za všechno děkují, co já mám zkušenost. (...) Že už tady mají v rodině někoho, nebo kamarádku, nebo prostě někoho... ale prostě to základní umí. Kdežto teda ty Arabky neumí nic a jsou s nimi větší problémy. (...) Akorát třeba u té arabské národnosti jsou oni zvyklí, že se ta rodina stará o dítě. A ona těch šest neděl má vlastně pro sebe, všichni ji opečovávají, takže ona v tom období je taková jako princezna. A myslím, že si to tak jako i umí užít tohleto období. (...) Tě ženě to myslím vyhovuje, že se to dítě pravidelně nosí, že se o něj někdo stará.“ (Rozhovor s p.a. Alžbětou, oddělení šestinedělí)

Komunita a výrazná podpora rodiny opakovaně zaznívala zejména v případě Vietnamek a Arabek, jejichž podpora však byla odlišná. Zatímco komunita v případě Vietnamky zajišťovala tlumočení a byla vnímána jako determinant ne/schopnosti hovořit českým jazykem a přizpůsobení se naší zemi, komunita arabská byla spojována spíše s potížemi, špatnou komunikací a absolutní neznalostí českého jazyka. V případě Arabek pak byla zdůrazňována „potřeba soukromí“ a zejména výrazná podpora rodiny, která byla pro zdravotnický personál překvapením a netypickou situací. Arabky jsou vnímány jako „princezny“, o něž je pečováno, což na druhou stranu může odkazovat k určité stereotypizaci a stigmatizaci těchto žen, které „nemluví, ale chovají se povýšeně“.

Méně často pak zazníval vliv komunity v případě romského etnika, přičemž jak lékaři, tak porodní asistentky a dětské sestry vnímali Romky

spíše jako „neukázněné“, avšak se znatelnou podporou rodiny, která přicházela na oddělení i ve větší skupině. Například podle porodní asistentky Magdy, když „přijde na návštěvu dvacet lidí, není to úplně ideální a jsou hluční“. Klára, s praxí ze soukromého a veřejného zdravotnického zařízení, v souvislosti s komunitou konstatovala: „Komunita je pevná, příbuzní tu sedí i celou noc. Přitom to všichni odsuzují, personál to ruší a často je to příčina sporu. Já to ale obdivuji, mě se to líbí. Stmelují se, protože se potřebují.“ Těhotenství, porod a péče o novorozence může nabývat odlišného kulturního významu a úzce souviset s podporou rodiny a širšího okolí, která je v dané období pro ženu důležitá. Ne vždy je však tato výrazná podpora v prostředí institucionální péče shledávána pozitivně. Přesto je nutné zdůraznit, jak výrazně pozitivní vliv má podpora rodiny na ženu, a naopak. Merry s kolektivem (2013) například tvrdí, že postrádají-li cizinky emocionální a instrumentální podporu své rodiny, zažívají různé zdravotní problémy, pociťují strach a úzkosti. Absence této podpory negativně ovlivňuje prožívání žen v období těhotenství, porodu a mateřství. S chybějící podporou je navíc spojován i výskyt postnatální deprese (např. Hoban and Liamputtong 2013).

### **6.2.6 Kulturní specifika**

Kulturně podmíněná jsou i další specifika, jenž mohou vyvstat v interakci mezi cizinkami a zdravotnickým personálem v prostředí institucionální péče. Lékařka Monika neshledávala žádná specifika, která by vstupovala do interakce mezi ní a cizinkami a podle ní „bychom věděli více, kdyby cizinky mluvily“. Analýza přesto odhalila některá specifika, která ač nemusí být zásadní pro personál, mohou být důležitá pro cizinky a jejich zkušenosti se zdravotní péčí.

#### **6.2.6.3 Stravovací návyky**

Za kulturní specifikum lze zcela jistě označit stravovací návyky, přičemž zdravotníci a zdravotnice hovořili o různých dietních opatřeních, které způsobují určité organizační obtíže, ale na druhou stranu je neshledávají

jako zásadní problém. Tato opatření vyzdvihovali jako specifikum v případě vietnamských a arabských žen a obzvláště u Vietnamek, které jsou podle personálu unikátní ve svých návycích v komparaci s ostatními, nejčastěji se vyskytovanými národnostmi v Čechách. Přesto lze spatřovat, podle slov personálu, určité přizpůsobení se naší kultuře, jak například podotkla porodní asistentka Alžběta:

„A ještě musejí ty vývary jejich, já jim říkám smažení hadi, samozřejmě nám to smrdí, že jo. Je to aromatický hodně no. Ale samozřejmě je to jejich jídlo. Ale to vůbec nehraje roli, že jo. Ale ony si jako docela zvykly na naší stravu, docela. To je zajímavý, že si objednávají si i knedlíky. Ale říkám, to jsou takový, jako že jedna paní knedlíky vím, že ne, to vím, že teďkom přinesli to jejich jídlo a měla to na pokoji a všichni zase odešli z pokoje, protože jim to zase nesedělo, že jo. Tak je to jako samozřejmý, jako my máme svoje knedlo zelo vepřo, že jo, oni mají zase ty smažený hady (smích).“ (Rozhovor s p.a. Alžbětou, oddělení šestinedělí)

Podle Alžběty odlišné stravovací návyky „nehrajou roli“, avšak, jak sama podotkla, může se stát, že tato odlišná strava, často přinášena rodinnými členy a členkami, nemusí vyhovovat okolním ženám, které s Vietnamkou sdílí pokoj. Jedna z porodních asistentek navíc podotkla, že někdy Vietnamky dávají společně na pokoj z toho důvodu, aby předešly takové situaci, kdy je strava pro ostatní ženy nepříjemná s ohledem na její vůni. Na druhou stranu ne všechny Vietnamky se striktně stravují dle svých kulturních návyků a zaznamenává, že některé jedí i „to naše knedlo zelo vepřo“. Alžběta nebyla jediná, která hovořila o jakémisi přizpůsobení se naší stravě v případě Vietnamek. Toto téma zaznělo opakovaně a mnohdy i s určitým negativem, jelikož přizpůsobení se naší stravě vede k tomu, podle zdravotníků a zdravotnic, že Vietnamky rodí děti s vyšší porodní váhou a větší délkou a porod jako takový je často komplikovaný.

### 6.2.6.2 Intimita, porod a kojení

Stravovací návyky u Arabek ale nebyly tak významné jako jejich tradice týkající se zahalení těla a odmítání mužského zdravotníka v případě vyšetření či porodu. V tom, že jsou Arabky zahalené při porodu, nevidí potíže, avšak ne vždy lze vyhovět jejich požadavku na ženu. Podle zdravotníků a zdravotnic se nejedná o neochotu ženě vyhovět, ale spíše o organizační natavení, kdy v danou chvíli neslouží žádná lékařka, ale muž porodník a/nebo pediatr. Podle výpovědí se jedná spíše o výjimečné situace, které však mohou způsobit trauma těmto ženám a silně dopadat na jejich zkušenosti s poskytovanou péčí.

Arabské ženy navíc byly spojovány ještě s odlišným prožíváním a významem porodu, jako i jiné národnosti. Podle porodních asistentek „Arabky hodně křičí“, což může opět odkazovat k jejich tradici, kdy jsou v zemi původu povzbuzovány při porodu ze strany blízkých osob, které stojí v kruhu kolem ní. Jiným příkladem, který zazněl, byla žena z Brazílie, která dle slov porodní asistentky Markéty „nechácala kontrakce a v hlavě měla, že to bolí“. Z důvodu nesprávné reakce na kontrakce tato žena musela podstoupit císařský řez, za který však, podle slov Markéty, byla šťastná.

Kulturně specifický byl i přístup některých cizinek ke kojení a jejich důraz na intimitu, jak poukazovaly některé dětské sestry a porodní asistentky. Podle nich jsou Vietnamky a Arabky více „stydlivé“, požadující soukromí a chránící intimitu těla. Například dětská sestra Šárka často zažívala, že Vietnamky a Arabky plácaly personál přes prsty v momentě, když jim někdo z personálu chtěl sáhnout na prso. Říká, že tyto ženy to „berou jako útok na soukromí“, jenže „s tím celá řada lidí nepočítá“. Důraz na intimitu byl v případě těchto dvou národností zdravotnicemi zmiňován častokrát, nicméně jejich očekávání o intimitě těchto cizinek může vést až ke vzniku určitého pravidla. Například porodní asistentka Veronika hovořila o intimitě arabských a vietnamských žen: „nechá váme je zavřený,

dodržujeme intimitu“. Podle ní jsou tyto ženy stydlivé a v prostředí zdravotnického zařízení „v šoku“, jelikož jsou zvyklé na domácí prostředí v období porodu. Respektuje jejich požadavek intimity a soukromí. Na druhou stranu tento přístup může v cizinkách vyvolat pocit ignorace a vnímat jednání personálu jako diskriminující (srov. Small et al. 2014).

Dětská sestra Šárka navíc zdůraznila i odlišný přístup Arabek ke kojení:

„Nejsou tak uplé na dítě, nechávají ho svým maminkám. Jen leží a ostatní se starají. Ani nechtějí kojit, ale Arabky mají už třeba pět, šest, sedm dětí, takže prostě nechtějí.“ (Rozhovor s d.s. Šárkou, novorozenecké oddělení)

Podle Šárky hraje velkou roli skutečnost, kolik dětí již daná cizinka má a to ovlivňuje, zda kojí či nikoliv. Stejně tak Vietnamky, „čím více dětí, tím méně času na kojení, není pro ně problém přejít na umělou výživu“, dodala Šárka.

### **6.2.6.3 Hygienické návyky**

Kulturní specifikum, které však z analýzy vyvstalo spíše jako výjimečné, jsou hygienické návyky cizinek. Jedna z porodních asistentek například zažila tradici žen z Číny, podle které se nemohly do šesti neděl po porodu vidět vodu. To vnímala jako velký problém a zpravidla tuto situaci s porodními asistentkami řešily tak, že „ženu zavlekly do sprchy“, jelikož časté sprchování je důležité jednak pro očistu těla, ale také přispívá k rychlejšímu hojení porodního poranění. Podobně tento odstup od hygienických zásad zmiňovaly zdravotnice ještě v případě Arabek, Romek a jiných asijských národností. Přesto však vždy dodávaly, že „už je to lepší“ a ženy se přizpůsobují našim standardům.

### **6.2.7 Prenatální péče**

Analýza mých dat mimo jiné odhaluje kulturní podmíněnost samotného přístupu k péči. Podle zdravotníků a zdravotnic je velice časté, že cizinky navštíví zdravotnické zařízení (včetně gynekologa či gynekoložky)

v období těhotenství a těsně před porodem například pouze jedenkrát, nebo dvakrát až třikrát. Na druhou stranu se nemusí vždy jednat pouze o cizinky, jak například zmínila porodní asistentka Magda:

„70% cizinek dochází, ale 1-2x během celého těhotenství. Ale to i Češky, to nelze paušalizovat pouze na cizinky. I některé Češky se najdou, které nechodí na kontroly. Obzvláště pokud ty cizinky nemají zdravotní pojištění, tak ta prenatální péče není.“ (Rozhovor s p.a. Magdou, oddělení šestinedělí a porodní sál)

Magda vyzdvihuje absenci zdravotního pojištění jako příčinu nevyhledání prenatální péče. Na stejný problém poukazují i některé studie (např. Andrulis, Goodman and Pryor 2002; Pěničková 2014), které spatřují v absenci zdravotního pojištění významnou bariéru v přístupu ke zdravotní péči, což spojují zejména se socioekonomickými bariérami. Zajímavé jsou však reakce některých porodních asistentek, které jsou v rozporu. Například porodní asistentka Dana z prenatální poradny vypověděla:

„Stává se, že přicházejí cizinky bez péče. Stává se to, ale pak se můžeme zbláznit. Jo, největší problém jsou finance. Ale když přijde taková pacientka, tak to je krize. Nastřádá se skluz a všichni kolem se rozčilují. (...) Je to nezodpovědný vůči dítěti. Netroufla bych si to.“ (Rozhovor s p.a. Dana, prenatální poradna)

Odkládání péče lze interpretovat jako kulturně specifické, ale taktéž jako vyústění nepříznivé socioekonomické situace, protože „ty ekonomicky zajištěné do poradny chodí“. Dana hodnotila odkládání péče negativně, jako „krizi“, která naruší systém a veškerý personál ihned musí „dohnat skluz“, který se vztahuje ke kompletaci zdravotní dokumentace, odběru anamnézy a provedení mnoha vyšetření. Odkládání péče vnímá jako „nezodpovědnost“ ze strany cizinek a nedisciplinovanost. Naopak porodní asistentka Veronika hovořila o tom, jak péči vyhledávají cizinky a české ženy, přičemž pozitivněji hodnotila spíše cizinky:

„K doktoru nechodí (pozn.: cizinky), nedělají z toho vědu. (...) S těma našema ženskejma je to strašný. Vymizela spontánnost. Cizinky chodí, až když mají problém. Jsou trošku alternativou, což vadí lékařům. (...) A naše ženské furt lezou k doktoru. Jsou přírodní (pozn.: cizinky), to může vadit tomu personálu.“ (Rozhovor s p.a. Veronikou, porodní sál)

Podle některých porodních asistentek cizinky k péči přistupují „přirozeně“ a vyhledávají jí tehdy, až jí potřebují. Opět cizinky komparují s českými ženami, které jsou „přepečlivělé“, absolvují spoustu kurzů, což je v důsledku „horší než lepší“. Přesto odkládání prenatální péče či její absenci zvažují negativně a pozitivně nahlížely pouze dvě porodní asistentky, které svůj názor zdůvodňovaly spontánností. Nevyhledání prenatální péče a její odkládání však může odkazovat opět ke kulturně podmíněnému významu porodu a zdravotní péče, kdy mnoho národností nenavštěvuje zdravotnická zařízení v období těhotenství, nebo pouze minimálně. V některých zemích dokonce probíhá porod v domácím prostředí, což jde a priori proti našemu systému, jenž požaduje porod v prostředí institucionální péče. Řada studií (např. Reitmanova and Gustafson 2008; Higginbottom et al. 2014) pojednává o pozdním vstupu do systému zdravotní péče v období těhotenství a o možných příčinách, jichž může být několik: jazyková bariéra, strach, negativní zkušenosti se zdravotní péčí, nedostatečná informovanost, nedostatek finančních prostředků, nechtěné těhotenství či odlišná očekávání. Jsou-li však cizinky odkládající péči vnímány jako nedisciplinované a „nezodpovědné“ ze strany personálu, ocitají se ve zranitelné pozici nesoucí stigma „nezodpovědných matek“.

### **6.2.8 Země původu a přístup žen k péči**

V této dílčí kapitole se pokusím shrnout, jak zdravotníci a zdravotnice vnímali cizinky s ohledem na jejich přístup k péči. Jak ukazují předchozí kapitoly, s cizinkami jsou spojovány různé přívlastky, nejčastěji odvozené od přídavného jména, jako například „poslušné“, „fajn“, ale také

„neukázněné“ či „nezodpovědné“. V datech se navíc vynořila některá označení cizinek podle země původu, která užívali jak porodní asistentky a dětské sestry, tak i lékaři.

Podle výpovědí zdravotníků a zdravotnic, Vietnamky a Ukrajinky jsou trvale nejpočetnější národnostní skupinou vstupující do prostředí perinatální péče. Vietnamky, ty „Nguyen“, jsou opakovaně charakterizované jako „přizpůsobivé“, „hodné“, „vděčné“, „poslušné“, ale „tiché“. I přesto, že podle personálu se Vietnamci obecně velice dobře přizpůsobili naší společnosti, jazyková bariéra stále přetrvává a dokonce je personálem vnímána jako nejvýraznější ze všech národnostních skupin.

Co se týče Ukrajinek, ty jsou zdravotníky a zdravotnicemi vnímány jako „bezproblémové“, „pokorné“, „tolerantní“, „podobné nám“, tedy našemu národu. Nejčastěji jsou spojovány s nízkým socioekonomickým statutem v naší zemi a s absencí zdravotního pojištění, což jej jediná potíží, na kterou personál naráží. Často se však personál shodoval, že Ukrajinky „jsou tu rády a rády přijímají naši péči“, s ohledem na nižší kvalitu zdravotní péče v zemi původu.

Dost často pak zdravotníci a zdravotnice kontrastovali Ukrajinky s Ruskami, které jsou podle nich absolutně odlišné, i když se jedná o dvě blízké kultury. Shodovali se v názoru, že Rusky jsou „povýšené“, „namachrované“, „nepříjemné“ tzv. věrchušky, které se nesnaží domluvit ani česky, ani anglicky, ale trvají na komunikaci ve svém rodném jazyce.<sup>30</sup> Podle personálu Rusky často nerespektují zdravotníky a zdravotnice a nedodržují doporučení. Jsou tak vnímány spíše negativně.

Jako „povýšené“ byly velice často zvažovány Arabky, které personál dále označoval jako „tiché“, „uzavřené“, „zahalené“ a „nekomunikující“. Ačkoliv se Arabky vyznačují jazykovou bariérou, chovají se k porodním

---

<sup>30</sup> Pojem věrchuška znamená v ruském prostředí elitu či politickou špičku.



asistentkám a dětským sestřím jako ke služkám, což zdravotnice spojují s nastavením v jejich zemi původu.

Další skupinou žen jsou Bulharky a Rumunky, které jsou označovány za „hlučné“, „hlasité“, „neukázněné“ a „problémové“. Za největší potíže zdravotníci a zdravotnice považují právě neukázněnost, kdy tyto cizinky neuposlechnou jejich doporučení, kouří těsně po porodu nebo dokonce utíkají ze zdravotnického zařízení. V případě Bulharek a Rumunek je pak nejčastěji vyzdvihována jazyková bariéra a absence zdravotního pojištění, jakožto další „narušující“ element.

Poslední skupinou žen, které se nejčastěji vyskytují v prostředí perinatální péče, je etnikum Romky. Ty jsou personálem vnímány jako „neukázněné“, „nedisciplinované“, „hlučné“, a „přírodní“. Co se týče bližší charakteristiky, zdravotníci a zdravotnice se shodovali v názoru, že Romky přirozeně vyjadřují své city a emoce, jsou drzé a často „požadující to, na co mají právo“. Navíc zkušenosti porodních asistentek a dětských sester odhalují, že Romky mají tendenci rozlišovat mezi lékařským personálem a ošetrovatelským personálem, přičemž více si váží lékařů a lékařek než nižšího personálu.<sup>31</sup>

Ačkoliv zdravotníci a zdravotnice zautomatizovaně rozlišovali cizinky dle národnosti a spojovali je s různými nálepkami, někteří poznamenali, že „ve výsledku nejde o národnost či etnikum“, ale zásadní je povaha ženy a vzdělání. Přesto poukazovali na jakési pravidlo, o němž vypovídala například i porodní asistentka Klára:

„Ty ženy z chudších zemí jsou spokojenější s naším zdravotnickým systémem. Ženy z bohatších států si zajistí péči skrze známé porodní

---

<sup>31</sup> Tato tendence vyvstala i u některých cizinek různé národnosti a projevovala se odmítnutím a „neochotou“ sdělit informace zdravotnicím (nelékařským pracovníkům a pracovnícím) týkající se zdravotního stavu. Následně po příchodu lékaře či lékařky však konkrétní žena dané informace sdělila. Toto jednání zdravotnice interpretovaly jako projev nedůvěry. Zároveň toto jednání odkazuje k vyšší důvěře a respektu ze strany žen vůči lékařům a lékařkám, jejichž pozice v rámci hierarchie je vyšší než v případě nelékařského personálu.

asistentky, které pracující soukromě. (...) jednodušší ženy to berou přírodněji.“ (Rozhovor s p.a. Klárou, porodní sál)

Zdravotníci a zdravotnice častokrát zdůrazňovali, že „cizinky jsou tu rády a přijímají naši péči rády“, a proto jsou i „poslušné“. To je vysvětlováno nízkou kvalitou zdravotní péče v jejich zemi původu, která je považována za chudou. Na druhou stranu, většina se shodovala, že přicházejí-li cizinky z těchto chudých zemí bez zdravotního pojištění, za péči i porod zaplatí, protože „stále je to pro ně výhodnější, než odjet porodit do své země a ještě platit úplatky, aby si jich vůbec někdo všiml“. „Poslušnost“ a spokojenost těchto žen je ze strany personálu mimo jiné interpretována jako důvěra v systém zdravotní péče. Přesto země původu vyvstává jako znevýhodňující faktor, s nímž je spojená výše popsaná stereotypizace žen.

### **6.2.9 Paternalismus**

Poslední faktor, který spatřuji jako významný v analýze mých dat, je paternalismus, který označuje vztah mezi pacientem či pacientkou a lékařem či lékařkou jako mocensky asymetrický. To znamená, že pacient či pacientka je podřízen lékařské autoritě, na níž deleguje zodpovědnost za svůj zdravotní stav, a naopak, lékař či lékařka jsou v pozici experta s medicínským vzděláním. Tento typ vztahu je v západních společnostech označován za vztah „minulý, jenž nahradil vztah partnerský či konzumentský (Glajchová 2016). Partnerství ve vztahu je založeno na spolupráci a aktivní roli pacienta či pacientky s právem volby. S tím je spjatá i odlišná terminologie – pacient/ka je „klient/ka“ a lékař/ka je „poskytovatel/ka služby“.

Ačkoliv se partnerský vztah stal v převážné části západních společností imperativem již v 70. letech, dovoluji si připomenout, že český systém zdravotnictví začal procházet touto proměnou až po roce 1989 (např. Read 2007; Lupton 2012). Do té doby se zdravotnictví charakterizovalo paternalistickým přístupem. Transformace systému zdravotnictví a implementace tržních principů však neprobíhala ze dne na

den, ani z jednoho roku na druhý, ale, dá se říci, trvá dodnes, jak poukazují i některé studie v českém prostředí (např. Benoit and Heitlinger 1998; Hrešanová 2014).

Jako faktor způsobující zranitelnost cizinek jej zde uvádím proto, že některé porodní asistentky a dětské sestry hovořily o přístupu personálu, který je dodnes často asymetrický. Například porodní asistentka Marie poznamenala, že „partnerský vztah v porodnictví nelze“, což nepochybně odkazuje na přetrvávání vztahu paternalistického.

„Některý ty cizinky jsou alternativou a to je problém. Třeba nechtějí léky. Ale přijdou lékaři, sestry a řeknou „Takhle to bude!“. Ale oni neví, nechtějí to, schovávají je (pozn.: léky). A všechno je to o tom nepochopení. (...) A doktoři se jim nepřizpůsobí. Ti řeknou: Takhle to bude!“ (Rozhovor s p.a. Veronikou, porodní sál)

Z této výpovědi je jasné, že některé rysy paternalismu stále přežívají v prostředí zdravotní péče a nastavují bariéry a limity v interakci mezi medicínskou autoritou a pacientem či pacientkou. Ačkoliv se zdá, že paternalismus dosud vyznávají pouze lékaři či lékařky (srov. Glajchová 2016), hodnocení cizinek ze strany porodních asistentek a dětských sester jednoznačně dokazují, že i ony preferují „pasivní, oddanou, respektující pacientku, která následuje pokyny“. Paternalismus přítomný ve vztahu se zdravotnickým personálem znevýhodňuje cizinky (ženy obecně) zejména proto, že jim není nabízena možnost volby, často pozbývají informovanosti a jakékoliv „vybočení“, které jde proti očekávání personálu, je předem zamítnuto a ženám nevyhověno.

## 7. Zranitelnost zdravotnického personálu

Předchozí kapitoly popisují, jak jednotlivé faktory vstupují do interakcí mezi pacienty a pacientkami a zdravotnickým personálem a jakým způsobem formují zranitelnost pacientů a pacientek na daném oddělení. V řadě situací zřejmé, že i zdravotnický personál je vystaven určitým rizikům během výkonu svého povolání, které byly patrné jak na oddělení dlouhodobé péče, tak na oddělení gynekologicko-porodnickém. V této části představuji zásadní faktory, které činí personál zranitelným v rámci každodenní medicínské praxe.

### 7.1 Komunikace a spolupráce

Z analýzy mých dat vyvstává jazyk, i v případě personálu, jako jeden z hlavních determinantů jejich zranitelnosti. Nemožnost domluvit se, porozumět pacientům a pacientkám a spolupracovat s nimi se bylo pro zdravotníky a zdravotnice často velice frustrující a stresující (srov. Higginbottom et al. 2015). Ne/schopnost spolupráce a komunikace přivádí personál do nesnadných situací, v nichž si „neví rady“ a musejí výkon svého povolání přizpůsobit schopnostem a dovednostem daného pacienta či pacientky. O neschopnosti spolupráce hovořila například lékařka Kateřina, která působila na oddělení dlouhodobé péče:

„Oni třeba mají na víc, ale nechtějí. A těm pak není indikována třeba rehabilitace, protože to nechtějí, odmítají, nebo prostě nemůžou. Takže se s nima nic nedělá. Ta pasivita pacientů je frustrující. Jednak jim nelze pomoci, a jednak, že rodina je sem šoupne.“ (Rozhovor s lékařkou Kateřinou)

Právě pasivita a nemožnost pomoci pacientům a pacientkám je pro lékařku Kateřinu „frustrující“. Zároveň poznamenává, že o mnohé z nich se rodina odmítá pečovat – to posiluje pocit beznaděje ze strany personálu. Podobně argumentovala i zdravotní sestra Michaela:

„Nespolupracující, to je těžší. Třeba se neotočí na pokyn, přijdeme a polohujeme. Takových je pár, co vyhoví výzvě „napijte se“, „otočte se“. Je to beznaděj.“ (Rozhovor se z.s. Michaelou)

Z těchto výpovědí je zřejmé, jak sužující je nespolupráce, která vyvolává i pocity beznaděje. Za zmínku stojí i situace, kdy přicházejí ženy k porodu v doprovodu dula nebo svých mužů, přičemž podle porodních asistentek tento doprovod činí schopnost komunikace a spolupráce problematictější. Duly jsou vnímány převážně negativně, jelikož „staví těhotné a rodící ženy proti zdravotnickému personálu“. Porodní asistentky mimo to poznamenaly, že jsou placené, ale nikoliv zodpovědné za průběh porodu. Dulu nevnímají jako kompetentní osobu, která by měla vstupovat mezi ně a rodící ženu a ovlivňovat jejich spolupráci. Přesto porodní asistentka Martina podotkla, že ne všechny duly jsou stejné – „jsou duly dobré a pak ty, které jsou proti“. Pozice mužů je odlišná, avšak i s nimi porodní asistentky zažívají potíže, a to takové, že „se jim muži snaží radit“, nebo jsou hysteričtí a nepřipravení na samotný průběh porodu. O takové zkušenosti hovořila například porodní asistentka Klára:

„S ženskou vždy vyjdu. Mnohem náročnější jsou chlapi. S těma já mám větší problém. Otcové u porodu jsou agresivní, nevyzrálí a nejsou připravení na bolest. Oni si to načtou na internetu, do toho vám radí, co máte dělat: „a neměla by dostat oxytocin?“. Ale rozčílit se nesmím.“ (Rozhovor s p.a. Klárou, porodní sál)

Komunikace jak s muži, tak s dulami, je spatřována opět jako limitovaná schopnost spolupráce a zároveň i určité zpochybnění jejich praxe. Na základě těchto zjištění argumentují, že ne/schopnost komunikace a spolupráce determinuje zranitelnost nejen pacientů a pacientek, ale taktéž zdravotnického personálu. Takové situace, v nichž musejí zdravotníci a zdravotnice jednat a rozhodovat se bez plného vzájemného porozumění s pacienty a pacientkami a jejich informovanosti,

lze spatřovat jako eticky problematické a zároveň uvalující personál do zranitelné pozice.

## 7.2 Organizační nastavení

Dalším faktorem je organizační nastavení, podobně jako v případě pacientů a pacientek. To, jak je nastaven chod organizace, postihuje i personál v otázce zvládnutí každodenní praxe, která je výrazně ovlivněna kapacitou personálu, byrokracií a přílišnou administrativou. Právě ta způsobuje zdravotníkům a zdravotnicím patřičné nesnáze:

„Musíme dávat mnoho papírů, souhlasů a toho všeho. Už jen kvůli akreditaci. Takže už jsme jako gramofon ... pořád papíry.“ (Rozhovor s p.a. Viktorií, porodní sál)

Jak poukazuje Viktorie, přílišná administrativa je každodenní „úlohou“, neustále se opakující, která je ale důležitá s ohledem na doložení kvality péče a daného zařízení. Význam nadměrné administrativy vyzdvihla i porodní asistentka Kateřina, která navíc zdůraznila, že „poslední dobou jde jenom o papíry a to vše jde na úkor té dané ženy, na které není čas“.

Viktorie a Kateřina nebyly jedinými, kdo z personálu poukazoval na tuto problematiku. Administrativa je vnímána ze strany personálu opakovaně negativně, jako „přítěž“ a zároveň „nutná povinnost“. Jednotliví členové a členky zdravotnického týmu nepopírají, že mnohé informace a byrokratické postupy jsou důležité a vycházející z legislativy, přesto spojují byrokracii a administrativu se zátěží, která se ale stává prioritou. Jak například poukazuje Kateřina, „v hlavě mají“ pořád jen „ty papíry a na ženy není čas“. Někteří z personálu dokonce poznamenali, že by uvítali „speciální pracovní sílu, která by měla tyto jednotlivé administrativní úkony na starosti“, aby se mohli více věnovat pacientům a pacientkám a „dělat svoji práci“.

Jak vyplývá z analýzy, byrokracie a nadměrná administrativa způsobuje tzv. přemístění cílů, kdy se cílem stává „mít všechny papíry

správně vyplněné“, na místo pečovat o pacienty či pacientky a věnovat jim dostatek času a pozornosti (Keller 1996). Podle porodní asistentky Kateřiny navíc tuto přemíru „papírů“ zintenzivňuje akreditace zdravotnického zařízení a lze předpokládat, že čím větší zařízení je, tím více bude pohlcené administrativou a charakteristické odlidštěným přístupem (srov. Hrešanová 2008). Akreditace je přitom jakousi známkou kvality péče a odbornosti zdravotnického personálu a lze ji interpretovat jako „image“ daného zařízení, které má však nezamýšlené důsledky.

S administrativou jakožto „přítěží“ úzce souvisí i rostoucí nároky a požadavky, které personál pociťuje. Podle porodní asistentky Dany jsou (porodní asistentky) v neustálém „kolotoči“, čelí „strašnému tlaku a pořád samým nárokům“:

„Vlastně z každé straně je někdo, kdo po vás něco chce. Ženy, které sem přicházejí, lékaři, pořád někdo. Pořád dokola. (...) A pořád to musí být profesionální.“ (Rozhovor s p.a. Danou, prenatální poradna)

Danin výrok odkazuje na obtížnou pozici tzv. prostředníků, jíž zastávají nejen porodní asistentky, ale i veškerý ošetrovatelský personál. Zároveň se nesmějí odklánět od své profesionality, což je další tlak, jemuž podléhají, obzvláště, potýkají-li se s nedostatkem personálu.

Kapacita personálu taktéž vyvstala jako jeden z významných faktorů v obou výzkumných kontextech. Zdravotní sestry, ošetrovatelky a sanitáři na oddělení dlouhodobé péče zdůrazňovali, že jich je „málo a nestíhají být u každého pacienta hned, jak potřebuje.“ Čas jim poté ještě více „ubírá“ péče o nesoběstačné a dementní pacienty, jak ilustruje výpověď ošetrovatele Matěje:

„Já se nemůžu rozkrájet. To jsou pořád nátlaky, abych s těma lidma chodil. Ale oni jsou z toho taky unavení. Od rána s nima pořád někdo cloumá, tahá je, to je kvůli mytí, přebalování, krmení atd. A teď já je mám ještě znova tahat a chodit s nima, a oni nechtějí. A pak takovej pan Nový, ten mi zabere

tolik času. Já mu něco řeknu, a on nereaguje a pochopí to až za půl hodiny.“  
(Terénní poznámky, neformální rozhovor s ošetřovatelem)

Ošetřovatel Matěj hovořil o nátlacích, pod nimiž personál musí vykonávat jednotlivé činnosti spjaté s péčí či například s rehabilitací. Zároveň zdůrazňuje, že i samotná rutinizovaná péče je náročná nejen pro personál, ale i pro pacientky a pacienty (např. např. Cooper a Coleman 2001). Rutinizaci péče jsem zaznamenala i v rámci mého pozorování. Jednotlivé úkony vztahující se k základní péči se neustále opakovaly, zpravidla ve stejný čas a se stejným průběhem. I samotná rutinizace, jako další negativní důsledek byrokracie, může vést ke vzniku stresu, únavy, odosobnění, což jsou projevy poslední fáze syndromu vyhoření (Kebza a Šolcová 2003).

Nedostatek personálu je navíc vysvětlován i nedostatečným finančním ohodnocením, které je s ohledem na náročnost povolání neadekvátní, jak vypovídala například ergoterapeutka z oddělení dlouhodobé péče. Podle ní je nedostatek personálu zásadní problém v rámci celého systému zdravotnictví, který je způsoben tím, že „chybí peníze“:

„Chybí peníze. Chybí pečující personál. Kdo by tuhle práci chtěl dělat za tyhle peníze? A za ty peníze tahat se s těma lidma, mýt jim zadky. Ano, člověk pro to musí mít cítění, ale pak když vidí tu vejplatu? To jsou jiná zaměstnání – například sedíš u kasy od rána do odpoledne za stejný peníze a nenadřeš se tak. Všechno chybí – peníze chybí, lůžka chybí, sestry, sanitáři. Dokonce i doktoři. Vždyť my nemáme ani primáře, ani doktora. Ten sem chodí jen na vizity ráno a pak zase odejde.“ (Rozhovor s ergoterapeutkou)

Na základě analýzy mých dat tvrdím, že nejzávažnějšími problémy, které personál vnímá, jsou právě situace vázané na ne/schopnost spolupráce a komunikace, „papírování“, nátlaky, požadavky a nedostatek personálu, které navíc mají časovou dimenzi. Interakce těchto faktorů



výrazně zasahuje do výkonu jejich povolání, ovlivňuje jejich zkušenosti a vztah s pacienty a pacientkami, a neméně důležitě ovlivňuje spokojenost a sebehodnocení vlastního povolání.

### **7.3 Úcta, respekt a důvěra**

Dále zdravotníci a zdravotnice velice často naráželi téma důvěry, úcty a respektu ze strany „našich“ (českých) pacientů a pacientek obecně. Podle personálu se úcta a respekt vůči nim kontinuálně snižuje, stejně jako vděčnost za péči, kterou pacientům a pacientkám poskytují. Například porodní asistentka Magda reflektuje tuto změnu:

„Dříve to bylo jiné. Dříve byly všechny ty pacientky rády, nebo obecně pacienti. Byli rádi a to bylo „děkujeme“. Jo? Poděkovali a byli rádi. Dnes to tak není. Dnes to není ve zdravotnictví tak, že my pomůžeme a oni poděkují. Dnes je to tak – ty jsi tady od toho, tak teď se starej! Ta vděčnost není ze strany pacientů.“ (Rozhovor s p.a. Magdou, oddělení šestinedělí a porodní sál)

Často personál přirovnával přístup pacientů a pacientek jako ke „službě“, kterou automaticky získávají a za kterou ani nepoděkují. „Přijdou a řeknou: vyšetři mě!“ – tak tvrdí například lékař Jan z gynekologicko-porodnického oddělení, který taktéž kritizuje přístup pacientů a pacientek, kteří si podle něho „neváží péče, kterou dostávají a ještě zadarmo“. Podobně hovořila i například porodní asistentka Kateřina, podle ní některé ženy přicházejí a ihned „nastoupí hrdě, jdou proti personálu a jsou nepřátelské“. Zhodnotila tento přístup jako „strašný“ a vyžadující trpělivost ze strany personálu. Toto „nepřátelské“ a nedůvěřivé jednání vůči personálu pak, podle ní, mnohdy vede k podání stížnosti na postup zdravotníků a zdravotnic, který jej však klasický: „obdržíme i stížnost kvůli tomu, že chceme souhlas“.

Personálem pocíťovaná snižující se úcta, důvěra a respekt může být vysvětlována tržními principy, které se v prostředí zdravotní péče poměrně pozvolně implementují od roku 1989 (Hrešanová a Hasmanová

Marhánková 2008; Glajchová 2016), a obecně konzumním stylem života, jak například zdůraznila porodní asistentka Klára: „Jsme zvyklí na servisem“. Někteří lékaři takový přístup vysvětlují tím, že náš systém zdravotnictví, „socialistické zdravotnictví“, jak tvrdil lékař Jan, je pro všechny výhodně nastaven s minimální finanční účastí pacientů a pacientek. To pak spolu s dalšími faktory, jako je například vliv médií, vede k jakémusi nárokování a vyžadování péče a neúctě k celému zdravotnickému systému včetně personálu (srov. Glajchová 2016). Podle výzkumu Slepíčkové a Šmídové (2014: 81-82) lékaři a lékařky hodnotili problémy na straně pacientů a pacientek jako největší problém současné medicíny. Struktura odpovědí pak ukázala, že problémy s pacienty a pacientkami se týkají převážně jejich nekázně, nespolupráce, a zkreslených informací. Dále lékaři a lékařky vnímali jako problém nedůvěru pacientů a pacientek, jejich agresivitu, bezohlednost a špatné chování. Zranitelnost zdravotníků a zdravotnic je nepochybně podmíněna i těmito aspekty objevujícími se na straně pacientů a pacientek, kteří jsou a priori nedůvěřující, nerespektující a zpochybňující výkon jejich povolání.

#### **7.4 Výkon povolání a bezmoc**

Nicméně i samotný výkon povolání může být v některých situacích determinantem zkušenosti zranitelnosti. Tím míním zejména dodržování etických kodexů a práv a povinností, které jsou zákonem dané a vyplývající z daného povolání. Takovým příkladem je povinnost mlčenlivosti – jedna ze základních etických norem a povinností zdravotnického personálu – která se může stát pro personál během výkonu povolání doslova „svazující“, jak vyprávěla například ergoterapeutka, má klíčová informátorka.

„Ona nejvíce interaguje s pacienty, ale musí zachovat mlčenlivost, nesmí jim prozradit jejich diagnózu a informace či postup léčby, který bude následovat. Na druhou stranu lékař to sdělí jí, ale neřekne to tomu danému pacientovi. Pacient není seznámen se svým zdravotním stavem, neví, proč

setrvává na oddělení, když třeba nejeví známky nemohoucnosti, nesoběstačnosti.“ (Terénní deník, záznam z rozhovoru s ergoterapeutkou)

Tento můj záznam z neformálního rozhovoru ilustruje etické dilema zdravotnice, která nesmí hovořit o diagnóze a jiných informacích daného pacienta či pacientky bez svolení lékaře, lékařky. Ačkoliv ergoterapeutka tuto povinnost respektovala, poukazovala na bezradnost a obtížnost situací, v nichž se ocitá s ohledem na pravidelný a častý kontakt s pacienty a pacientkami. Pokud nejsou dostatečně informováni o svém stavu, přirozeně se ptají a doufají, že jim nějakou informaci sdělí nelékařský personál, namísto lékaře či lékařky. Ten však musí mlčet. Jak ergoterapeutka poznamenala, cítí se špatně, jelikož nemůže pomoci a ani nic říct. Na dotaz ohledně zdravotního stavu ze strany pacienta či pacientky reaguje způsobem, že dotaz „zamluví“, nebo odpoví „nevím“. To však může vzbuzovat nedůvěru a pochybnosti ze strany pacientů a pacientek.

Jiný aspekt, spjatý s výkonem povolání, se týká samotných zkušeností personálu, které nejsou vždy pozitivní a příjemné, jako v případě porodních asistentek:

„Nejhorší je, když žena porodí dítě s postižením a neví o tom. Mají třeba rozštěp. Nebo porodí mrtvé dítě, nenajdete ozvy. Někdy se ten porod nepovede, to je pro mě nejhorší. Zažíváme spoustu špatného.“ (Rozhovor s p.a. Kateřinou, porodní sál)

V tomto ohledu zranitelnost podmiňuje vystavení nepříznivým událostem, kdy zdravotníci a zdravotnice jakožto profesionálové a profesionálky musejí ovládat své emoce a podřídit je pravidlům (Hochschild 1979), a to i přesto, že se může jednat o tak citlivou a bolestnou situaci jako je úmrtí novorozence.

„Nepovedený porod“, vyvolávající pocity bezmoci a beznaděje, navíc posiluje v porodních asistentkách, ale i v lékařích, „odpor“ vůči „alternativním ženám“. Ty jsou podle personálu „nezodpovědné“, opomíjí možná rizika a „vyhodnocují porod ještě předtím, než proběhne“.

Jinou situací je již v textu zmiňované poučení o bezpečnosti. Dětské sestry, jak jsem zmínila, toto poučení respektují, dodržují a musejí tak činit v každém případě, i když například cizinka zažila druhý porod, ale nerozumí česky. Dětské sestry sice předpokládají, že rodí-li žena podruhé, „umí se o dítě postarat“. Nicméně čelí nejistotě, strachu z neznalosti té dané cizinky a vážným důsledkům v případě porušení tohoto pravidla. Z toho důvodu musejí přistoupit k řešení, že dítě „oddělí“ od matky, ačkoliv samy na tento postup mohou nahlížet negativně.

Na základě těchto zjištění tak lze konstatovat, že i zdravotnický personál je vystaven mnoha rizikovým faktorům, které vyvstávají během jejich výkonu v rámci každodenní praxe. Některé faktory vykazují známky komercializace a konzumerismu, a to i přes pozvolnou transformaci systému (srov. Hrešanová 2008).<sup>32</sup> Zásadní je však intenzita působení daného faktoru a jeho dopad nejen pro konkrétního zdravotníka či zdravotnici, ale i na vztah mezi ním a pacientem či pacientkou.

---

<sup>32</sup> Konzumerismus je proces, během něhož jsou implementovány tržní mechanismy a principy. Předpokladem je, že prostředí nese rysy trhu: poskytování zdravotní péče se řídí pravidlem nabídky a poptávky a péče se stává zbožím. Konzumentský přístup začal pojímat pacienty jako konzumenty zdraví, kteří hrají aktivní roli, což se stalo žádoucím imperativem, jenž má podporovat formování partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem (Pollock 2005: 39). Komercializace je proces postavený na principu rozšiřování nabídky služeb a zajištění konkurenceschopnosti na trhu (Hrešanová 2008).

## 8. Závěr

V disertační práci jsem se zaměřovala na sociální interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty a pacientkami ve dvou specifických kontextech zdravotní péče, kde jsem realizovala etnografický výzkum. Jednalo se o oddělení dlouhodobé péče, často zaměřováno pojmem geriatrická péče, které poskytuje komplexní a dlouhodobou péči o pacienty a pacientky v seniorském věku. Druhým kontextem bylo oddělení gynekologicko-porodnické, v němž jsem se zaměřovala na zkušenosti personálu a jejich interakce s ženami, které se nenarodily na území českého státu.

Cílem práce bylo porozumět žité zkušenosti zdravotnického personálu s jednotlivými skupinami pacientů a pacientek a popsat, jak se personál vymezuje vůči nim a jakým způsobem probíhá komunikace mezi nimi. Mým dalším cílem bylo uchopit a porozumět, co konstituuje zranitelnost pacientů a pacientek v prostředí těchto dvou oddělení zdravotní péče. K této výzkumné otázce jsem přistupovala z pozice intersekcionalní teorie (Crenshaw 1989), která mi umožnila odhalit komplexitu znevýhodňujících faktorů a jejich průniky, které ustavovaly zranitelnou pozici jednotlivých aktérů.

Zjištění poukazují na důležitost komunikace a vztahu pro blaho pacientů a pacientek, avšak v kontextu těchto dvou oddělení nelze uvažovat o vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacienty a pacientkami jako o symetrickém či partnerském, a to i s ohledem na postupnou transformaci systému zdravotní péče. Zásadními determinanty byl věk a migrace, které oslabovaly pozici pacientů a pacientek a formovaly jejich zkušenost zranitelnosti. Jedná se o fixní kategorie, na základě nichž jsou zpravidla zranitelné skupiny klasifikovány. Zranitelnost pacientů a pacientek je však mnohem komplexnější a ukazuje, že se nejedná o homogenní skupiny zranitelných pacientů a pacientek se stejnou zkušeností a stejnými charakteristikami.

Interakce mezi personálem a dvěma specifickými skupinami pacientů a pacientek byly výrazně ovlivněny ne/schopností komunikace a spolupráce, a to shodně v obou výzkumných kontextech. Jednotlivé situace a zkušenosti však byly odlišné. Zranitelnost seniorů a senierek byla formována především kognitivní zdatností – jedná se o proměnlivý faktor, který ovlivňoval možnosti spolupráce a komunikace s personálem. Jak ukazují jednotlivé příklady situací v textu, zhoršený kognitivní stav ještě neznamena, že je pacient či pacientka trvale neschopný spolupráce. Tato schopnost se může různit s ohledem na situaci a další faktory, které ovlivňují možnosti spolupráce a znevýhodňují pacienty a pacientky v prostředí geriatrické péče.

Ne/schopnost spolupráce přitom vyvstala jako třídící kritérium, na základě něhož personál rozlišoval „spolupracující“ pacienty a pacientky od těch „nespolupracujících“, nebo „dementní“ od „nedementních“. Tato kategorizace usnadňovala zdravotnickému personálu práci v tom ohledu, že věděli, jakou reakci pacientů a pacientek lze očekávat a jaká je pravděpodobnost možné spolupráce a aktivizace. Nicméně tato kategorizace ovlivňovala přístup zdravotnického personálu natolik, že v některých situacích vyústovala v ignoraci. „Když nespolupracují, co s nimi“, zněl častý argument ze strany personálu, který „vzdával“ opakované přemlouvání a přesvědčování. Z trvale nespolupracujících a pasivních pacientů a pacientek se stávají doslova polehávající těla, o něž personál rutinně pečuje v rámci pevně daného řádu. Avšak jejich psychosociální potřeby jsou opomíjeny.

Zranitelnost cizinek v prostředí perinatální péče byla formována především neznalostí úředního jazyka, kterou lze shodně označit za proměnlivý faktor determinující ne/schopnost komunikace a vzájemného porozumění. Jazyková bariéra zásadně vstupovala do interakcí mezi cizinkami a personálem, ovšem v různé intenzitě s ohledem na situaci, v níž se cizinky ocitaly. Často se přitom nejednalo o jeden pouhý faktor

formující zranitelnost cizinek. Jako zvláštní komunikační bariéru zmiňují neochotu komunikace, kterou personál zažíval v interakci s některými ženami a interpretoval ji spíše jako projev nedůvěry.

Proměnlivá povaha jazykové bariéry byla zřejmá i z hodnocení cizinek ze strany zdravotníků a zdravotnic. Cizinky byly považovány převážně za „spolupracující“ a „fajn“ pacientky, avšak pouze za předpokladu, že byly „poslušné“ a důvěřovaly zdravotnickému personálu, a to i přesto, že neovládaly český jazyk. Takový názor převládal především v období porodu, kdy gesta byla dostačujícím komunikačním prostředkem. Z tohoto důvodu lze říci, že ne/schopnost (verbální) komunikace cizinek nevylučovala jejich možnost spolupráce. Období před porodem a po porodu však odhalilo komplexitu této ne/schopnosti, kde jazyk vyvstal jako zásadní bariéra spolu s dalšími faktory, které se proměňovaly v čase a prostoru a umocňovaly zranitelnost cizinek ve vztahu ke zdravotnickému personálu. Zranitelnost cizinek je tudíž podmíněna více faktory, které se protínají, a zásadní je, v jaké periodě se cizinky ocitají – před porodem, během porodu, nebo po porodu.

Zdravotníci a zdravotnice své zkušenosti s cizinkami komparovali s ženami české národnosti, což vyvstalo v systematickou kategorizaci na základě ne/schopnosti spolupráce a přístupu žen k péči. České ženy byly označovány za „nespolupracující“, „potížistky“ a „alternativky“, a to právě na základě jejich nespolutracujícího a zpochybňujícího přístupu. Zajímavé je, že zdravotnický personál hodnotil interakce s českými ženami jako více problematické a „frustrující“ než interakce s cizinkami, a to i za předpokladu jazykové bariéry. Toto zjištění jasně poukazuje na přetrvávání paternalistických tendencí v prostředí zdravotní péče, kdy pasivní, „nemluvící“, ale „spolupracující“ pacient je vnímán jako „lepší“ pacient než ten, který je aktivní a schopný verbalizovat své požadavky.

„Ponurá nálada, vypjatá atmosféra, pobíhání sem a tam, stres, podrážděnost, chaos“ – to jsou poznámky z mých terénních deníků, které

vystihují prostředí, v němž se zdravotnický personál ocitá v rámci každodenní praxe. Některé faktory, objevující se v mých datech, jednoznačně odkazují na zranitelnou pozici zdravotníků a zdravotnic. Ti vykonávají své povolání pod časovým tlakem a čelí nadměrné administrativě a požadavkům, což považovali za „frustrující“. Častokrát jsem se v pozici výzkumnice ocitla v situaci, kdy jsem stála uprostřed chodby a personál doslova „pobíhal“ kolem se slovy „Ted’ ne!“. Zranitelnost zdravotníků a zdravotnic je však formována i jinými faktory, jako je právě zmiňovaná komunikace a spolupráce s pacienty a pacientkami. Nemožnost domluvit se v případě cizinek, nebo zaktivizovat seniora či seniorku, bylo zdravotníky a zdravotnicemi považováno opět za zdroj „frustrace“ a bezmoci. Zdravotnický personál, vykonávající své povolání a zároveň ukotven v byrokratických strukturách organizace, čelí mnoha těžkostem, které oslabují jejich pozici profesionála a vystavují je riziku syndromu vyhoření (srov. Slepíčková a Šmídová 2014).

Zjištění prezentovaná v textu poukazují na provázanost jednotlivých faktorů, které se podílejí na formování zranitelnosti jak pacientů a pacientek, tak i zdravotníků a zdravotnic. Zaměřovala jsem se na zranitelnost v prostředí zdravotní péče, tudíž mým hlavním závěrem je, že zranitelnost je potřeba chápat jako vyústění dvou a více vzájemně se protínajících faktorů, které jsou individuální, situační a kontextuální povahy. Jedná se o takové faktory, které v určitých situacích a v určitém prostředí znevýhodňují dané jedince a determinují jejich zkušenost a prožívání v prostředí zdravotní péče. Jak odhaluje analýza, zásadní roli hraje navíc časová dimenze, která ovlivňuje danou zkušenost zranitelnosti. Některé faktory působí pouze omezený čas, nebo vstupují do specifických situací ohraničených časovým úsekem, jak ilustrují úryvky a příklady situací v textu.

Jelikož se jedná o intersekcii faktorů, které odkazují k individualitě pacientů a pacientek, sociokulturním hodnotám a institucionálním



strukturám, zranitelnost můžeme pojímat jako *strukturální* (srov. Inhorn 2018). Systém zdravotní péče je prostředím s určitými podmínkami, omezeními a pravidly, které ovlivňují jednání a prožívání pacientů a pacientek a zdravotnického personálu. Přesto nelze jejich zranitelnost považovat za shodnou, protože, jak tvrdí Holmes s kolegy, zásadní je pozicionalita v hierarchickém společenském řádu, která je spjata s odlišnými sítěmi mocenských vztahů (Quesada, Hart and Bourgois 2011).

Listina základních lidských práv a svobod stanovuje právo na život a zdraví jako absolutní, které je však v dalších člancích této Listiny limitováno.<sup>33</sup> Taková je, dá se říci, i praxe. Cizinky (a cizinci) čelí sociokulturním a strukturálním bariérám v prostředí zdravotní péče, které do určité míry korelují se zjištěními z dosud provedených studií (viz Pařízková, Hrešanová a Glajchová 2018). Jako zásadní se jeví absence znalosti úředního jazyka a specifický přístup žen k péči, což mělo v některých situacích stigmatizující charakter. V momentě, kdy cizinky narušily očekávání zdravotnického personálu a jejich rutinu každodenní medicínské praxe, byly označeny za „nedisciplinované“, „nepřipravené“ a „systém narušující“. Nejednalo se však pouze o neznalost jazyka, ale i neznalost našeho systému či například kulturní normy, které se promítly do odlišného přístupu a „nepřipravenosti“ žen – to v důsledku jen posílilo jejich nálepku. „Pokud chtějí rodit tady, musejí akceptovat naše zákony“, zaznělo během rozhovoru s porodní asistentkou. Tento argument stvrzuje jakousi uzavřenost zdravotnického personálu vůči jinakosti a určitou míru disrespektu k odlišné kultuře, a to i přes to, že etický kodex nelékařských a lékařských oborů říká, že „zdravotnický pracovník při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jedince bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické

---

<sup>33</sup> Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění

přesvědčení a sociální postavení“ a „bez ohledu na rozumovou úroveň a vlastní pocity“.<sup>34</sup>

Zdravotníci a zdravotnice navíc během rozhovorů popírali, že v interakci mezi nimi a cizinkami hraje roli etnicita. Přesto byla země původu, v kombinaci se specifiky v přístupu žen, zásadní pro vymezení odlišnosti cizinek ze strany personálu (Goffman 2003). Vietnamky? „Vděčné a přizpůsobivé.“ Arabky? „Tiché a povýšené.“ Ukrajinky? „Jako my.“ Toto odlišování cizinek na základě jejich vlastností a přístupu k péči nepochybně vede ke stereotypizaci žen, která má opět stigmatizující charakter, avšak již ne negativní. Například „přizpůsobivé Vietnamky“ častokrát zaznělo během rozhovorů, čímž personál zohledňoval jejich integraci a vyjadřoval určitou míru tolerance vůči této národnostní skupině.

Co považuji za zásadní je, že zdravotníci a zdravotnice nereflektovali příčiny neznalosti a „nedisciplinovanosti“ cizinek či jejich odlišného přístupu, které se mohou vázat na sociokulturní původ konkrétní cizinky. Například nálepka „nedisciplinovanosti“ a „nezodpovědnosti“ cizinek sílila v případě pozdního vstupu v rámci prenatální péče či její absence, která zároveň otevírala úvahu nad tím, kdo si zaslouží poskytovanou zdravotní péči. Nikdo z personálu však nezohlednil, „co“ může ovlivnit jednání žen a jejich rozhodnutí ne/vyhledat péči (např. Reitmanova and Gustafson 2008). Určité „sociokulturní nezohlednění“ bylo patrné i v případě neverbální komunikace, na kterou téměř všichni zdravotníci a zdravotnice spoléhali. I zdánlivě jednoznačným a jasným gestům však nemusí být ze strany cizinek porozuměno, nebo některá gesta cizinky mohou číst odlišně. V tomto směru argumentuji, že stigmatizace žen a opomíjení příčin jejich odlišného přístupu posiluje znevýhodněnou pozici cizinek na celospolečenské úrovni a reprodukuje sociální nerovnosti (srov. Sointu 2017). Zranitelnost cizinek je jednoznačně utvářena jejich pozicionalitou

---

<sup>34</sup> Jedna z obecných etických zásad stanovena v Etickém kodexu České lékařské komory a v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.

v systému, přičemž zvýšená pozornost zdravotníků a zdravotnic vůči odlišnému sociokulturnímu původu pacientek (a pacientů obecně) by snížila jejich zkušenost zranitelnosti. Reflexe odlišnosti cizinek, porozumění a citlivé poskytování zdravotní péče se jeví jakýmsi ideálem a vizí do budoucna, která však může být, a v současnosti je, znemožňována organizačním nastavením. Balaam a Thompson (2018) argumentují, že vztah mezi personálem a zranitelnými ženami, který je postaven na vzájemné důvěře a porozumění, výrazně zlepšuje zkušenosti žen v období mateřství a rodičovství. V případě jazykové bariéry je však tato úloha nesnadná – napomoci by mohly jednoznačně jazykové kurzy dostupné pro zdravotnický personál, zajištění profesionální tlumočnické služby a „připravenost“ personálu.

Co se týče interakcí mezi personálem a seniory a seniorkami, ačkoliv teoretická východiska hovoří o potřebě empatické komunikace a zohlednění psychosociálních potřeb seniorů a seniorek, personál na oddělení dlouhodobé péče neustále kladl důraz na nedostatek času, nedostatek personálu a nemožnost věnovat se jednotlivým pacientům a pacientkám. Vyjma ergoterapeutky, komunikace s nimi byla pouze okrajová, často během kontrol a základní péče. Nedostatek času na individuální péči a ne/schopnost spolupráce tak často šli „ruku v ruce“, což prohlubovalo zranitelnost pacientů a pacientek. Potřeba empatické komunikace a individuální péče však může být zpochybněna i z jiných důvodů. Například Read (2007) tvrdí, že základní péče se stala dominantním pracovním vzorcem, který je internalizován už z doby minulého režimu, tj. komunistického. Tento vzorec může být podpořen tím, že někteří zdravotníci a zdravotnice výkon svého povolání rámuji jako „práci“, nikoliv jako osobní či emoční vztah. Na druhou stranu je nutné poznamenat, že komunikace se seniory a seniorkami, obzvláště se zhoršeným kognitivním zdravím, nemusí být vždy jednoduchá. Nordström a Wangmo (2017) na základě svého výzkumu zjistili, že pro zdravotnický

personál bylo navazování vztahu se seniory a seniorkami obtížné, náročné a často urážlivé, kdy museli „strpět“ verbální urážky a agresivní chování ze strany pacientů a pacientek. Podle nich nelze uvažovat pouze o znevýhodněné pozici seniorů a seniorek, ale je potřeba zranitelnost chápat jako *vzájemnou*, která vzniká ve vztahu mezi personálem a pacienty a pacientkami ve stáří. Vzájemná zranitelnost právě zohledňuje každodenní rutinu personálu, která dopadá nejen na něj a jejich vnímání vlastní profese, ale i na samotné pacienty a pacientky. Lze tak říci, že konkrétně oddělení geriatrické péče je specifické a je třeba zohlednit obtíže v péči o kognitivně méně zdatné pacienty a pacientky. Zásadním problémem je, jak například poznamenala ergoterapeutka během mého pobytu, že velká část pacientů a pacientek by potřebovala specializovanou péči, která ale není dostupná. To zvyšuje apel na sociálně zdravotní politiky a reorganizaci geriatrické péče, jehož význam, s ohledem na predikce týkající se stárnutí populace, bude nabývat stále více intenzity.

Disertační práci uzavírám reflexí právě nad zmiňovanou zranitelností zdravotnického personálu. Zdravotníci a zdravotnice v rozhovorech často tvrdili, že pociťují frustraci, bezmoc, nejistotu a úzkost v různých situacích, které jsou součástí jejich rutinizované praxe. Tato úzkost a bezmoc personálu omezuje jejich výkon, ale i péči o pacienty a pacientky. Armin (2019: 3-5) hovoří o tzv. *morální úzkosti* zdravotnického personálu, která je způsobena tím, že musí jednat v rozporu s profesními hodnotami, a to v důsledku vede k frustraci. Na základě mých zjištění tvrdím, že každodenní medicínská praxe, včetně péče o pacienty a pacientky a intrakce s nimi, byla rámována administrativní oblastí, časovou dimenzí a nastavením daného oddělení či celého zdravotnického zařízení. Přitom úzkost a frustrace ve zkušenostech personálu převládala nad pozitivními zkušenostmi, o nichž hovořili. Jedná se tudíž zejména o širší institucionální struktury, které formují zranitelnost v prostředí zdravotní péče a zacyklují ji tak ve vztahu mezi zdravotnickým personálem a zranitelnými pacienty a

pacientkami. Ačkoliv se nelze vymanit z byrokratického uspořádání zdravotnických zařízení, k eliminaci zranitelnosti, nebo alespoň k částečnému snížení rizik, by přispěla určitá reforma organizace péče s ohledem na její dostupnost, a to tak, aby zdravotní péče, která je jednou z chráněných oblastí, kde je rozdílné zacházení s lidmi na základě věku, odlišné rasy, jiného etnického původu či různé národnosti protiprávní, byla ve skutečnosti spravedlivá, dostupná a nediskriminující.<sup>35</sup> Úlohou sociálně vědního výzkumu je přitom rozkrýt klíčové dimenze nerovnosti formující zkušenost zranitelnosti v oblasti zdraví a v prostředí zdravotní péče. Tím lze získat hlubší vhled do fungování systému zdravotní péče a zhodnotit kvalitu poskytované péče. Jako vhodný analytický nástroj k pochopení žité zkušenosti zranitelných jedinců a k pochopení vztahu mezi poskytovateli a příjemci zdravotní péče se jeví právě koncept zranitelnosti.

---

<sup>35</sup> Zákon č. 198/2009 Sb., Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).

## 9. Literatura

- Aday, L. 1994. „Health Status of Vulnerable Populations.“ *Annual Reviews of Public Health* 15 (1): 487–509, doi: 10.1146/annurev.pu.15.050194.002415.
- Adanu, R. M. K., T. R. B. Johnson. 2009. „Migration and Women’s Health.“ *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106: 179–181, doi: 10.1016/j.ijgo.2009.03.036.
- Adger, W. N. 2006. „Vulnerability.“ *Global Environmental Change*, 16: 268–281, doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006.
- Ahern, J., S. Galena, A. Hubbard, A. Kaparti. 2008. „Population Vulnerabilities and Capacities Related to Health: A Test of a Model.“ *Social Science and Medicine*, vol. 66, no. 3, s. 691–703, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.10.011
- Andrulis, D., N. Goodman, C. Pryor. 2002. *What a Difference an Interpreter Can Make: Health Care Experiences of Uninsured with Limited English Language Proficiency*. Boston: The Access Project.
- Armin, J. S. 2019. „Administrative (in)Visibility of Patient Structural Vulnerability and the Hierarchy of Moral Distress among Health Care Staff.“ *Medical Anthropology Quarterly* first published 22 January 2019: 1–16, doi: 10.1111/maq.12500.
- Ashton, C. M., P. Haidet, D. A. Paterniti, T. C. Collins, H. S. Gordon, K. O’Malley, L. A. Petersen, B. F. Sharf, M. E. Suarez-Almazor, N. P. Wray, R. L. Street. 2003. „Racial and Ethnic Disparities in The Use of Health Services: Bias, Preferences or Poor Communication?“ *Journal of General Internal Medicine* 18 (2): 146–152, <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20532.x>.
- Baig, S. A., J. K. Pepper, M. C. Morgan, N. T. Brewer. 2017. „Social Identity and Support for Counteracting Tobacco Company Marketing that Targets Vulnerable Populations.“ *Social Science and Medicine* 182: 136–41, doi:10.1016/j.socscimed.2017.03.052.

- Balaam, M., K. Akerjordet, A. Lyberg, B. Kaiser, E. Schoening, A. Fredriksen, A. Ensel, O. Gouni, E. Severinsson. 2013. „A Qualitative Review of Migrant Women’s Perceptions of their Needs and Experiences Related to Pregnancy and Childbirth.“ *Journal of Advanced Nursing* 69 (9): 1919–1930, doi: 10.1111/jan.12139.
- Balaam, M., G. Thomson. 2018. „Building Capacity and Wellbeing in Vulnerable/Marginalised Mothers: A Qualitative Study.“ *Women and Birth* 31: e341–e347, doi: 10.1016/j.wombi.2017.12.010.
- Balint, M. 1964. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pittman Medical.
- Begum, T. 2014. „Doctor Patient Communication: A Review.“ *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons* 32 (2): 84–88, doi: 10.3329/jbcps.v32i2.26036.
- Behar, R. 1997. *The Vulnerable Observer: Anthropology That Breaks Your Heart*. Boston: Beacon Press.
- Benoit, C., A. Heitlinger. 1998. „Women's health care work in comparative perspective: Canada, Sweden and Czechoslovakia/Czech Republic as case examples.“ *Social Science and Medicine* 47 (8): 1101-1111, doi: 10.1016/S0277-9536(98)00123-3.
- Bischoff, A., P. A. Bovier, R. Isah, G. Francoise, E. Ariel, L. Louis. 2013. „Language Barriers Between Nurses and Asylum Seekers: Their Impact on Symptom Reporting and Referral.“ *Social Science and Medicine* 57: 503–512, doi: 10.1016/S0277-9536(02)00376-3.
- Bostick, N., K. Morin, R. Benjamin, D. Higginson. 2006. „Physicians’ Ethical Responsibilities in Addressing Racial and Ethnic Healthcare Disparities.“ *Journal of The National Medical Association* 98 (8): 1329–1334.
- Bourgois, P., S. M. Holmes, K. Sue, J. Quesada. 2017. „Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care.“ *Academic Medicine* 92 (3): 299–307, doi: 10.1097/ACM.0000000000001294.

- Braun, V., V. Clarke. 2014. „What Can ‚Thematic Analysis‘ Offer Health and Wellbeing Researchers?“ *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 9: 26152, doi: 10.3402/qhw.v9.26152.
- Braun, V., V. Clarke, N. Hayfield, T. Gareth. 2019. „Thematic Analysis.“ Pp 843–860 in P. Liamputtong (ed.). *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Singapore: Springer.
- Brooks, N. 2003. „Vulnerability, Risk and Adaptation: A Conceptual Framework.“ *Tyndall Centre Working paper No. 38*. Tyndall Centre for Climate Change Research.
- Brown, T. 2011. „‘Vulnerability is Universal’: Considering The Place of ‘Security’ and ‘Vulnerability’ within Contemporary Global Health Discourse.“ *Social Science and Medicine* 72: 319–326, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.010.
- Carpenter, S., B. Walker, J. M. Anderies, N. Abel. 2001. „From Metaphor to Measurement: Resilience of What to What?“ *Ecosystems* 4: 765–781, doi: 10.1007/s10021-001-0045-9.
- CIOMS. 2002. „International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.“ [online]. *CIOMS* [cit. 4. listopadu 2018]. Dostupné z: [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines\\\_nov\\\_2002\\\_blurb.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines\_nov\_2002\_blurb.htm).
- Code of Federal Regulations. 2009. „Title 45 Public Welfare. Department of Health and Human Services, Part 46, Protection of Human Subjects.“ [online] *Office for Human Research Protections* [cit. 4. listopadu 2018]. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html>.
- Collins, P. Y., H. Von Unger, A. Armbrister. 2008. „Church Ladies, Good Girls, and Locas: Stigma and The Intersection of Gender, Ethnicity, Mental Illness, and Sexuality in Relation to HIV Risk.“ *Social Science*



- and Medicine* 67 (3): 389–397, doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.013.
- Collins, C. H., C. Zimmerman, L. M. Howard. 2011. „Refugee, Asylum Seeker, Immigrant Women and Postnatal Depression: Rates and Risk Factors.“ *Archives of Women’s Mental Health* 14: 3–11, doi: 10.1007/s00737-010-0198-7.
- Cooley, D. R. 2015. „Elder Abuse and Vulnerability: Avoiding Illicit Paternalism in Healthcare, Medical Research and Life.“ *Ethics, Medicine and Public Health* 1 (1): 102–112.
- Cooper-Patrick, L., J. J. Gallo, J. J. Gonzales, H. Thi Vu, N. R. Powe, Ch. Nelson, D. E. Ford. 1999. „Race, Gender, and Partnership in The Patient-physician Relationship.“ *Journal of The American Medical Association* 282 (6): 583–589, <https://doi.org/10.1001/jama.282.6.583>.
- Cooper, S. A., P. G. Coleman. 2001. „Caring for The Older Person: An Exploration of Perceptions Using Personal Construct Theory.“ *Age and Ageing* 30 (5): 399–402.
- Crenshaw, K. 1989. „‘Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics’.“ *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1): 538–554.
- Červená, V., J. Filipec. 2010. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*. 4. vydání. Praha: Academia.
- ČSÚ. 2018a. *Vybrané demografické údaje v České republice*. [online] Český statistický úřad, 2018 [cit. 10. dubna 2019]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/62755322/32018118\\_0101.pdf/99f38d71-1499-4dbf-9114-bbd83bc4a8ca?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/62755322/32018118_0101.pdf/99f38d71-1499-4dbf-9114-bbd83bc4a8ca?version=1.0).
- ČSÚ. 2018b. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017*. [online] Český statistický úřad, 2018 [cit. 2. května 2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/system/files/hospit2017.pdf>.

- ČSÚ. 2019a. *Počet cizinců v ČR - předběžné čtvrtletní údaje; 2004/06 - 2019/03*. [online] Český statistický úřad, 2019 [cit. 23. dubna 2019]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/44321488/c01R02\\_201903.pdf/60b7ed19-6e72-4958-b85b-9d09008d2bfa?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/44321488/c01R02_201903.pdf/60b7ed19-6e72-4958-b85b-9d09008d2bfa?version=1.0).
- ČSÚ. 2019b. *Cizinci v ČR podle regionu soudržnosti, kraje a okresu v letech 1996 – 2017*. [online] Český statistický úřad, 2019 [cit. 10 dubna 2019]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R05\\_2017.pdf/63fc6d1f-d5ad-44f6-aa5c-cae7cfb311ee?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R05_2017.pdf/63fc6d1f-d5ad-44f6-aa5c-cae7cfb311ee?version=1.0).
- Das, V. 2007. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press
- Davies, M. M., P. A. Bath. 2001. „The Maternity Information Concerns of Somali Women in The United Kingdom.“ *Journal of Advanced Nursing* 36 (2): 237–245, doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01964.x.
- De Haes, H. 2006. „Dilemmas in Patient Centeredness and Shared Decision Making: A Case for Vulnerability.“ *Patient Education and Counseling* 62 (3): 291–298.
- Delor, F., M. Hubert. 2000. „Revisiting the Concept of ‘Vulnerability’.“ *Social Science and Medicine* 50: 1557–1570.
- Derose, K. P., J. J. Escarce, N. Lurie. 2007. „Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability.“ *Health Affairs* 26 (5): 1258–1268, doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1258.
- Dickins, T. 2009. „Češi a slovenština.“ *Naše společnost* 7 (1): 12–26.
- Dolan, K. A., P. W. Davis. 2003. „Nuances and Shifts in Lesbian Women’s Constructions of STI and HIV Vulnerability.“ *Social Science and Medicine* 57: 25–38, doi: 10.1016/S0277-9536(02)00305-2
- Douglas, M. 1966. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Duke, M. 2011. „Ethnicity, Well-Being, and the Organization of Labor among Shade Tobacco Workers.“ *Medical Anthropology* 30 (4): 409–424, doi: 10.1080/01459740.2011.576727.
- Dzúrová, D., P. Winkler, D. Drbohlav. 2014. „Immigrants‘ Access to Health Insurance: No Equality without Awareness.“ *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (7): 7144–7153, doi: 10.3390/ijerph110707144.
- Eide, A. H., M. Amin, M. MacLachlan, H. Mannan, M. Schneider. 2013. „Addressing Equitable Health of Vulnerable Groups in International Health Documents.“ *European Journal of Disability Research* 7 (3): 153–162, doi: 10.1016/j.alter.2013.04.004.
- Epstein, R. M., B S. Alper, T. E. Quill. 2004. „Communicating Evidence for Participatory Decision Making.“ *JAMA* 291 (19): 2359–2366, doi: 10.1001/jama.291.19.2359.
- Evans-Pritchard, E. E. 1937. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. London: Oxford.
- Ezekiel, E. J., E. L. Linda. 1992. „Four Models of the Physician-Patient Relationship.“ *JAMA* 267 (16): 2221–2226.
- Faas, A. J. 2016. „Disaster Vulnerability in Anthropological Perspective.“ *Annals of Anthropological Practice* 40 (1): 14–27, doi: 10.1111/napa.12084.
- Fainzang, S. 2002. „Lying, Secrecy and Power within the Doctor-Patient Relationship.“ *Anthropology and Medicine* 9 (2): 117–113.
- Farmer, P. 2004. „An Anthropology of Structural Violence.“ *Current Anthropology* 45 (3): 305–325.
- Fassin, D. 2012. *A Companion to Moral Anthropology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Ferguson, W. J., L. M. Candib. 2002. „Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship.“ [online] *Family Medicine and Community Health Publications and Presentations* 34 (5): 353-361 [cit. 10. dubna

2019].

Dostupné

Z:

[http://escholarship.umassmed.edu/fmch\\_articles/61](http://escholarship.umassmed.edu/fmch_articles/61).

- Flaskerud, J. H., B. J. Winslow. 1998. „Conceptualizing Vulnerable Populations Health-Related Research.“ *Nursing Research* 47 (2): 69–78, doi: 10.1097/00006199-199803000-00005.
- Freidson, E. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Friedlová, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-1314-4.
- Garrett, T. M., H. W. Baillie, R. M. Garrett. 1993. *Health Care Ethics: principles and problems*. 2nd Edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Giritli-Nygren, K., A. Olofsson. 2014. „Intersectional Approaches in Health-risk Research: A Critical Review.“ *Sociology Compass* 8 (9): 1112–1126, doi: 10.1111/soc4.12176.
- Glajchová, A. 2016. „Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů.“ *Lidé města* 18 (1): 3–27.
- Goffman, E. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Ha, J. F., D. S. Anat, N. Longnecker. 2010. „Doctor-Patient Communication: A Review.“ *The Ochsner Journal* 10: 38–43.
- Hall, J. M., P. Stevens, A. I. Meleis. 1994. „Marginalization: A Guiding Concept for Valuing Diversity in Nursing Knowledge Development.“ *ANS Advances of Nursing Science* 16 (4): 23–41, doi: 10.1097/00012272-199406000-00005.
- Hasmanová Marhánková, J. 2010. „Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory.“ *Sociologický časopis* 46 (2): 211–234.
- Haug, M. R., B. Lavin. 1981. „Practitioner or Patient - Who's in Charge?“ *Journal of Health and Social Behavior* 22 (3): 212–229.

- Haugen, H. M. 2010. „Inclusive and Relevant Language: The Use of the Concepts of Autonomy, Dignity and Vulnerability in Different Contexts.“ *Medicine, Health Care and Philosophy* 13 (3): 203–213, doi: 10.1007/s11019-010-9242-7.
- Hauser, R. M., J. R. Warren, M. Huang, W. Y. Carter. 1996. *Occupational Status, Education, and Social Mobility in the Meritocracy*. [online] CDE Working Paper No. 96-18. [cit. 5. dubna 2019]. Dostupné z: [https://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/publications/files/public/Hauser-Warren-Huang-Carter\\_Occupational.Status.E.S.M.M\\_CDE\\_96-18.pdf](https://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/publications/files/public/Hauser-Warren-Huang-Carter_Occupational.Status.E.S.M.M_CDE_96-18.pdf).
- Haškovcová, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team.
- Heaslip, V., J. Ryden. 2013. *Understanding Vulnerability: A Nursing and Healthcare Approach*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4.
- Higginbottom, G. M. A., E. Hadziabdic, S. Yohani, P. Paton. 2014. „Immigrant Women’s Experience of Maternity Services in Canada: A Metaethnography.“ *Midwifery* 30 (5): 544–559, doi: 10.1016/j.midw.2013.06.004.
- Higginbottom, G. M. A., J. Safipour, S. Yohani, B. O’Brien, Z. Mumtaz, P. Paton. 2015. „An ethnographic study of communication challenges in maternity care for immigrant women in rural Alberta.“ *Midwifery* 31 (2): 297–304, doi: 10.1016/j.midw.2014.09.009.
- Hirsch, J. S. 2014. „Labor Migration, Externalities and Ethics: Theorizing the Meso-level Determinants of HIV Vulnerability.“ *Social Science and Medicine* 100: 38–45.
- Hoban, E., P. Liamputtong. 2013. „Cambodian Migrant Women’s Postpartum Experiences in Victoria, Australia.“ *Midwifery* 29 (7): 772–778, doi: 10.1016/j.midw.2012.06.021.

- Hochschild, A. R. 1979. „Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure.“ *American Journal of Sociology* 85 (3): 551-575.
- Holmes, S. M. 2011. „Structural Vulnerability and Hierarchies of Ethnicity and Citizenship on the Farm.“ *Medical Anthropology* 30 (4): 425–449, doi: 10.1080/01459740.2011.576728.
- Holmes, S. M. 2012. „The Clinical Gaze in the Practice of Migrant Health: Mexican Migrants in the United States.“ *Social Science and Medicine* 74: 873–881, doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.067.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Hrešanová, E., J. Hasmanová Marhánková. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ *Sociologický časopis* 44 (1): 87–111.
- Hrešanová, E. 2014. „‘Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You’: Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women’s Childbirth Narratives.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 50 (6): 961–985, doi: 10.13060/00380288.2014.50.6.150.
- Hurst, S. A. 2008. „Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room?“ *Bioethics* 22 (4): 191–202, doi: 10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x
- Charmaz, K. 2006. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications. ISBN: 10-7619-7353-2.
- Illich, I. 1976. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Inhorn, M. C. 2018. *America’s Arab Refugees: Vulnerability and Health on the Margins*. Stanford: Stanford University Press.
- Jandourek, J. 2007. *Sociologický slovník*, 2. vydání. Praha: Portál.
- Jefferson, L., K. Bloor, Y. Birks, C. Hewitt, M. Bland. 2013. „Effect of Physicians’ Gender on Communication and Consultation Length: A

- Systematic Review and Meta-Analysis.“ *Journal of Health Services Research and Policy* 18 (4): 242–248.
- Kaba, R., P. Sooriakumaran. 2007. „The Evolution of the Doctor-Patient Relationship.“ *International Journal of Surgery* 5: 57–65.
- Kalvach, Z., I. Holmerová. 2008. „Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén.“ *Medicína Pro Praxi* 5 (2): 66–69.
- Kalvach, Z., L. Čeledová, I. Holmerová, R. Jiráček, H. Závazalová, P. Wija. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: GRADA Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-3.
- Keller, J. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN: 80-85850-15-X.
- Kebza, V., I. Šolcová. 2003. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 5. dubna 2019]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne\\_znani/brozury/syndrom\\_20vyhoreni.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf).
- Kleinman, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., P. Benson. 2006. „Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it“ [online]. *PLoS medicine* 3 (10): e294 [cit. 10. ledna 2019]. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.0030294&type=printable>.
- Kleinman, A., L. Eisenberg, B. Good. 1978. „Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research.“ *Annals of Internal Medicine* 88 (2): 251–258.
- Kolářová, K. 2018. „Paradoxy úspěšné teorie: intersekcionalita mezi kritikou a stvrzováním hegemonie.“ *Gender a výzkum* 19 (2): 11–31, doi: 10.13060/25706578.2018.19.2.424.
- Kottow, M. H. 2004. „Vulnerability: What Kind of Principle Is It?“ *Medicine, Health Care and Philosophy* 7: 281–287.

- Kozlíková, D., A. Seidlová. 2003. *Česká národní identita* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR: Centrum pro výzkum veřejného mínění [cit. 24. dubna 2019]. Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a279/f9/100191s\\_OV30310A.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a279/f9/100191s_OV30310A.pdf).
- Kreidl, M., L. Hošková. 2008. „Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích.“ *Data a výzkum - SDA Info* 2 (2): 131–154.
- Lacas, A., K. Rockwood. 2012. „Frailty in Primary Care: A Review of its Conceptualization and Implications for Practice.“ *BMC Medicine* 10 (1): 4, doi: 10.1186/1741-7015-10-4.
- Lazarus, E. S. 1988. „Theoretical Considerations for Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of Perinatal Study.“ *Medical Anthropology Quarterly* 2 (1): 34–58.
- Leontiyeva, Y. 2010. „Uplatnění a integrace migrantů z Ukrajiny na českém trhu práce.“ Pp 52–64 in R. Trbola, M. Rákoczyová (eds.). *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. Praha: VÚPSV.
- Leontiyeva, Y., M. Vávra. 2009. *Postoje k imigrantům*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR.
- Levine, C., R. Faden, G. Christine, D. Hammerschmidt, L. Eckenwiler, J. Sugarman. 2004. „The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants.“ *The American Journal of Bioethics* 4 (3): 44–49.
- Liamputtong, P. 2006. „Motherhood and ‘Moral Career’: Discourses of Good Motherhood Among Southeast Asian Immigrant Women in Australia.“ *Qualitative sociology* 29 (1): 25–53.
- Linhart, J., M. Petrusek, A. Vodáková, H. Maříková. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-7184-310-5.
- Liu, S. Y., S. Walter, J. Marden, D. H. Rehkopf, L. D. Kubzansky, T. Nguyen, Thu, M. M. Glymour. 2015. „Genetic Vulnerability to



- Diabetes and Obesity: Does Education Offset the Risk?" *Social Science and Medicine* 127: 150–158.
- Lupton, D. 1997. „Doctors on the Medical Profession.“ *Sociology of Health and Illness* 19 (4): 480–497.
- Lupton, D. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Lynam, M. J., S. Cowley. 2007. „Understanding Marginalization as a Social Determinant of Health.“ *Critical Public Health* 17 (2): 137–149, doi: 10.1080/09581590601045907.
- Machálková, L., L. Mazalová, M. Danosová, V. Dobešová, D. Pastucha. 2017. „Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči u seniorů.“ *Interní Medicína* 19 (1): 38.
- Marchand, A., J. Bilodeau, A. Demers, N. Beauregard, P. Durand, V. Y. Haines. 2016. „Gendered Depression: Vulnerability or Exposure to Work and Family Stressors?“ *Social Science and Medicine* 166: 160–168.
- May, C. 1992. „Nursing Work, Nurses' Knowledge, and The Subjectification of The Patient.“ *Sociology of Health and Illness* 14 (4): 472–487.
- McCall, L. 2005. „The Complexity of Intersectionality.“ *Signs* 30 (3): 1771–1800, doi: 10.1086/426800.
- Mead, N., P. Bower. 2000. „Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature.“ *Social Science and Medicine* 51: 1087–1110.
- Mechanic, D., J. Tanner. 2007. „Vulnerable People, Groups, And Populations: Societal View.“ *Health Affairs* 26 (5): 1220–1230.
- Merry, L., R. Small, B. Blondel, A. J. Gagnon. 2013. „International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis.“ *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 27, doi: 10.1186/1471-2393-13-27.
- Migge, B., M. Gilmartin. 2011. „Migrants and Healthcare: Investigating Patient Mobility among Migrants in Ireland.“ *Health and Place* 17: 1144–1149.

- Nordström, K., T. Wangmo. 2017. „Caring for Elder Patients: Mutual Vulnerabilities in Professional Ethics.“ *Nursing Ethics*, vol. 25, no. 8, s. 1004–1016, doi: 10.1177/0969733016684548.
- Oliver-Smith, A. 2003. „Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation: The View from Applied Anthropology.“ *Human Organization* 72 (4): 275–282, doi: 10.17730/humo.72.4.j7u8054266386822.
- Ong, L. M., J. C. J. M. De Haes, A. M. Hoos, F. B. Lammes. 1995. „Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature.“ *Social Science and Medicine* 40 (7): 903–918.
- Paixao, C. M., A. Prufer De Queiroz Campos Araújo. 2010. „Frailty and Vulnerability: Are the Two Terms Equivalent in Paediatrics and Geriatrics?“ *European Geriatric Medicine* 1 (3): 166–169, doi: 10.1016/j.eurger.2010.05.002.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Pařízková, A., E. Hrešanová, A. Glajchová. 2018. „Migrace a porod: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen.“ *Sociologický časopis* 54 (1): 63–99, doi: 10.13060/00380288.2018.54.1.396.
- Pelc, S. 2017. „Marginality and Marginalization.“ Pp 13–28 in Ch. N. Raghubir, E. Nel, S. Pelc (eds.). *Societies, Social Inequalities and Marginalization. Perspectives on Geographical Marginality*. Cham: Springer.
- Petráčková, V., J. Kraus. 1998. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN: 8020006079.
- Petrovicová, E., M. Trešlová. 2016. „Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty.“ *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* 6 (1): 19–25.
- Pěničková, D. 2014. „Political Economy of Migrant Health Care in the Czech Republic.“ *Urban People/Lidé města* 16 (2): 299–309.

- Phillimore, J. 2016. „Migrant Maternity in an Era of Superdiversity: New Migrants' Access to, and Experience of, Antenatal Care in the West Midlands, UK.“ *Social Science and Medicine* 148: 152–159, doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.030.
- Pollock, K. 2005. *Concordance in Medical Consultations: A Critical Review*. Oxford– Seattle: Radcliffe Publishing. ISBN: 101-85775-841-2.
- Quesada, J., L. K. Hart, P. Bourgois. 2011. „Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States.“ *Medical Anthropology* 30 (4): 339–362.
- Read, R. 2007. „Labour and love: Competing Constructions of ‚Care‘ in a Czech Nursing Home.“ *Critique of Anthropology* 27 (2): 203–222, doi: 10.1177/0308275X07076798.
- Reeves, S., A. Kuper, B. D. Hodges. 2008. „Qualitative Research Methodologies: Ethnography.“ *BMJ: British Medical Journal* 337 (7668): 512–514, doi:10.1136/bmj.a1020.
- Reitmanova, S., D. L. Gustafson. 2008. „‘They Can’t Understand It’: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St.John’s, Newfoundland.“ *Maternal and Child Health Journal* 12 (1): 101–111, doi: 10.1007/s10995-007-0213-4.
- Robertson, E. K. 2015. „‘To be taken seriously’ : women’s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden.“ *Sexual and Reproductive Healthcare* 6 (2): 59–65, doi: 10.1016/j.srhc.2014.09.002.
- Rogers, A. C. 1997. „Vulnerability, Health and Health Care.“ *Journal of Advanced Nursing* 27: 65–72, doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x.
- Roter, D. L., J. A. Hall. 1997. „Gender Differences in Patient–Physician Communication.“ Pp 57–71 in S. J. Gallant, G. P. Keita, R. Royak-Schaler. *Health Care for Women: Psychological, Social, and*

- Behavioral Influences*. Washington: American Psychological Association.
- Roter, D. L., J. A. Hall. 2006. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. 2nd edition. Westport, CT: Praeger. ISBN: 0-275-99014-1.
- Ruof, M. C. 2004. „Vulnerability, Vulnerable Populations, and Policy.“ *Kennedy Institut of Ethics Journal* 14 (4): 411–425, doi: 10.1353/ken.2004.0044.
- Scott, J., G. Marshall. 2009. *A Dictionary of Sociology*. 3rd Edition Revised. Oxford: Oxford University Press.
- Sedláková, R., L. Vidovičová. 2005. *Mediální analýza obrazu seniorů* [online]. Pilotní studie–první vlna empirického výzkumu, květen 2005 [cit. 12. dubna 2019]. Dostupné z: <http://www.spvg.cz/medialni-analyza-obrazu-senioru/>.
- Shattell, M. 2004. „Nurse–patient interaction: a review of the literature.“ *Journal of clinical nursing* 13 (6): 714–722, doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x.
- Scheper-Hughes, N., M. M. Lock. 1987. „The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.“ *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6–41, doi: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.
- Sirovátka, T. 1997. *Marginalizace na pracovním trhu: příčiny diskvalifikace a selhávání pracovní síly*. Brno: Masarykova univerzita.
- Slepičková, L., I. Šmídová. 2014. „Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny.“ *Data a výzkum-SDA Info* 8 (1): 63–95.
- Small, R., C. Roth, M. Raval, T. Shafiei, D. Korfker, M. Heaman, Ch. McCourt, A. Gagnon. 2014. „Immigrant and Non-immigrant Women’s Experiences of Maternity Care: A Systematic and Comparative Review of Studies in Five Countries.“ *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 152, doi: 10.1186/1471-2393-14-152.

- Sointu, E. 2017. „‘Good’ Patient/‘Bad’ Patient: Clinical Learning and The Entrenching of Inequality.“ *Sociology of Health and Illness* 39 (1): 63–77, doi: 10.1111/1467-9566.12487.
- Spradley, J. P. 1980. *Participant Observation*. Belmont: Wadsworth.
- SSJČ. n.d. [online] *Slovník spisovného jazyka českého* [cit. 3. března 2019]. Dostupné z: <http://ssjc.ujc.cas.cz>.
- Stan, S. 2015. „Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe.“ *Social Science and Medicine* 124: 346–355, doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.013.
- Stewart, M. A. 1995. „Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review.“ *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 152 (9): 1423–1433.
- Sutherland, M. E. 2016. „An Intersectional Approach for Understanding The Vulnerabilities of English-speaking Heterosexual Caribbean Youth to HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Prevention and Intervention Strategies.“ *Health Psychology Open* 3 (2): 1–13, doi: 10.1177/2055102916679349.
- Sýkorová, D. 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN: 978-80-86429-62-5.
- Sýkorová, D. 2008. „Prostor a věci v kontextu stáří.“ *Sociologický časopis* 44 (2): 401–421.
- Svobodová, H., J. Šimek. 2006. „Důstojnost lidské existence v péči o nemocného.“ *Časopis lékařů českých* 145 (6): 495–497.
- Szasz, T. S., M. H. Hollender. 1956. „A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship.“ *Archives of Internal Medicine* 97 (5): 585–592, doi: 10.1001/archinte.1956.00250230079008.
- Šmídová Matoušová, O., B. Tollarová. 2014. „‘You Can’t Take It Personally’: Emotion Management as Part of the Professional

- Nurse's Role." *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 50 (6): 839–873.
- ten Have, H. 2015. „Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics.“ *Bioethical Inquiry* 12 (3): 395–408, doi: 10.1007/s11673-015-9641-9 .
- ten Have, H. 2016. *Vulnerability: Challenging Bioethics*. London, New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- The Belmont Report. 1979. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. [online] Washington D.C.: Department of Health, Education and Welfare [cit. 4. listopadu 2018]. Dostupné z: [https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf).
- Toader, E., D. Damir, T. Toader. 2013. „Vulnerabilities in the Medical Care.“ *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 92: 936–940, doi: 10.1016/j.sbspro.2013.08.780.
- Trani, J., P. Bakhshi, A. A. Noor, D. Lopez, A. Mashkoo. 2010. „Poverty, Vulnerability, and Provision of Healthcare in Afghanistan.“ *Social Science and Medicine* 70 (11): 1745–1755, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.007 .
- Uskul, A. K., F. Ahmad. 2003. „Physician–Patient Interaction: A Gynecology Clinic in Turkey.“ *Social Science and Medicine* 57 (2): 205–215.
- ÚZIS. 2018a. „Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2017.“ [online] *ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 3/2018* [cit. 6. dubna 2019]. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2018\\_03\\_cizinci\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/system/files/ai_2018_03_cizinci_2017.pdf).
- ÚZIS. 2018b. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/system/files/hospit2017.pdf>.
- Vaughn, S. E. 2013. *Between a Promise and a Trench: Citizenship, Vulnerability, and Climate Change in Guyana*. Columbia University Academic Commons.

- Vidovičová, L. 2005. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV.
- Viruell-Fuentes, E. A., P. Y. Miranda, S. Abdulrahim. 2012. „More Than Culture: Structural Racism, Intersectionality Theory, and Immigrant Health.“ *Social Science and Medicine* 75 (12): 2099–2106, doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.037.
- Waitzkin, H. 1985. „Information Giving in Medical Care.“ *Journal of Health and Social Behavior* 26 (2): 81–101.
- Werner, A., K. Malterud. 2005. „‘The Pain Isn’t as Disabling as It Used To Be’: How Can the Patient Experience Empowerment Instead of Vulnerability in the Consultation?“ *Scandinavian Journal of Public Health* 33 (66 Suppl.): 41–46.
- West, C. 1993. „Reconceptualizing Gender in Physician-Patient Relationships.“ *Social Science and Medicine* 36 (1): 57–66.
- Williams, S. L., K. B. Haskard, M. R. DiMatteo. 2007. „The Therapeutic Effects of the Physician-older Patient Relationship: Effective Communication with Vulnerable Older Patients.“ *Clinical Interventions in Aging* 2 (3): 453–467.
- Williems, S., S. De Maesschalck, M. Deveugele, A. Derese, J. De Maeseneer. 2005. „Socio-economic Status of the Patient and Doctor–Patient Communication: Does It Make A Difference?“ *Patient Education and Counseling* 56 (2): 139–146, doi: 10.1016/j.pec.2004.02.011.
- World Medical Association. 2013. „World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects“ [online]. *JAMA* 310 (20): 2191–2194 [cit. 25. prosince 2018]. Dostupné z: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.

## 10. Resumé

Disertační práce se zaměřuje na sociální interakce mezi zdravotnickým personálem a dvěma skupinami zranitelných pacientů a pacientek. Cílem této práce bylo porozumět zkušenostem personálu a popsat, jak se personál vymezuje vůči těmto pacientům a pacientkám a jakým způsobem probíhá komunikace mezi nimi. Dalším cílem bylo uchopit a porozumět, co konstituuje zranitelnost v prostředí zdravotní péče. Autorka ke studiu zranitelnosti přistupovala z pozice intersekcionalní teorie, která umožnila rozkrýt jednotlivé dimenze znevýhodnění a jejich průnik.

Zranitelnost pacientů a pacientek byla formována nejen na základě fixní kategorie, věku a migrace, ale také na základě ne/schopnosti komunikace a spolupráce. Tato ne/schopnost byla podmíněna mnoha dalšími faktory, které vstupovaly do interakcí mezi zdravotnickým personálem a pacienty či pacientkami. Hlavním faktorem, který určoval možnosti spolupráce a komunikace, byla kognitivní zdatnost seniorů a seniorek a jazyková zdatnost cizinek.

Zdravotníci a zdravotnice vykonávají své povolání ukotveni v byrokratických strukturách organizace a čelili mnoha těžkostem, které oslabovaly jejich pozici profesionála. Zranitelnost nebyla pouze na straně pacientů a pacientek, ale i na straně zdravotnického personálu. Faktory, formující zranitelnost zdravotníků a zdravotnic, vyvstávaly v interakci se zranitelnými pacienty a pacientkami, z organizačního nastavení a širších institucionálních struktur.

Hlavním zjištěním je, že zranitelnost je potřeba chápat jako vyústění dvou a více vzájemně se protínajících faktorů, které jsou individuální, situační a kontextuální povahy. Navíc působení jednotlivých faktorů podléhá časové dimenzi. Koncept zranitelnosti je užitečným analytickým nástrojem, který umožňuje rozkrýt dimenze nerovnosti a pochopit žitou zkušenost zranitelných jedinců v prostředí zdravotní péče.



## 11. Summary

This dissertation focuses on social interactions between healthcare professionals and two groups of vulnerable patients. The aim of the dissertation was to understand the lived experiences of healthcare professionals and to describe how do healthcare professionals relate to these patients and how do they communicate. Next goal was to grasp and understand what does the experience of vulnerability constitute in the context of healthcare system. The author approached to study of vulnerability is approached from the position of intersectional theory that allowed to uncover particular disadvantageous dimensions and their intersection.

Vulnerability of patients is not based only on a fixed category, age and migration, but also on the basis of in/ability to communicate and cooperate. This in/ability was conditioned by many other factors that intervened interactions between healthcare professionals and patients. The main factor, determining the possibilities of cooperation and communication, was the cognitive ability of elderly patient and the language barrier of women foreigners.

Healthcare professionals performs own profession anchored in bureaucratic structures of organization and faces many difficulties that have weakend their position of professional. Vulnerability of patients in not only on the side of patients, but also on the side of healthcare professionals. Factors, forming vulnerability of healthcare professionals, arised from interaction with vulnerable patients, organizational setting and broader institutional structures.

The main finding is that vulnerability needs to be understood as the outcome of two or more intersecting factors that are individual, situational and contextual nature. Moreover effect of various factors is under time dimension's influence. The concept of vulnerability is useful analytical tool

that allows to uncover dimensions of inequality and to understand the lived experiences of vulnerable individuals in the context of healthcare system.

## 12. Seznam publikovaných prací

- Hrešanová, E., A. Glajchová. 2018. „Staré a cizí: Zranitelnost a intersekcionalita ve zdravotní péči.“ *Gender a výzkum* 19 (2): 75–101. doi: 10.13060/25706578.2018.19.2.427.
- Glajchová, A. 2018. „Rekonceptualizace pojmu zranitelnosti a jeho užití coby analytického nástroje.“ *Acta FF* 10 (1): 7–26. doi: 10.24132/actaff.2018.10.11
- Pařízková, A., E. Hrešanová, A. Glajchová. 2018. „Migrace a porod: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen.“ *Sociologický časopis* 54 (1): 63–100. doi: 10.13060/00380288.2018.54.1.396
- Pařízková, A., A. Glajchová. 2017. „Být těhotnou cizinkou v systému zdravotní péče.“ Pp. 33–39 In Rokosová, L. (ed.) Sborník příspěvků; VI. ročník mezinárodní konference; Lidská práva v proměnách času. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- Glajchová, A. 2016. „Komunikace lékař-pacient: Zranitelnost lékařské profese.“ *Dialog - Evropa XXI* 26: 15–23.
- Glajchová, A. 2016. „Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů.“ *Lidé města* 18 (1): 3–27.
- Glajchová, A. 2015. „Deborah Lupton: Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies.“ *Acta FF* 7 (1): 199–202.