

Axiální kódování

Definice termínů

Axiální kódování: Soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.

Příčinné podmínky: Události, případy, dění, které vede k výskytu nebo vzniku nějakého jevu.

Jev: Ústřední myšlenka, událost, dění, případ, na který se zaměřuje soubor zvládnutých nebo ovládnutých jednání nebo interakcí nebo k němuž má tento soubor jednání nějaký vztah.

Kontext: Konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží, tj. umístění události nebo případů tohoto jevu na dimenzionálních škálách. Kontext představuje konkrétní soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání nebo interakce.

Intervenující podmínky: Strukturální podmínky související se strategiemi jednání nebo interakce, které jevu náleží. Usmadňují nebo naopak znesnadňují strategii, použité v určitém kontextu.

Jednání/interakce: Strategie vyvinuté ke zvládnutí, ovládnutí, vykonávání nebo reagování na jev za určitého souboru percipovaných podmínek.

Následky: Následky nebo výsledky jednání a interakce

Otevřené kódování (popsané v kapitole 5) údaje rozděluje a umožňuje určit některé kategorie, jejich vlastnosti a umístění na dimenzionálních škálách. Axiální kódování tyto údaje zase novým způsobem skládá dohromady *vytvářením spojení mezi kategorií a jejími subkategoriemi*. Nemluvíme zde o vzájemném uspořádání několika hlavních kategorií, s cílem vytvořit souhrnné teoretické formulace (viz kapitola 8), ale o vytvoření něčeho, co se časem stane jednou z několika hlavních kategorií. Jinými slovy, stále ještě se budeme zabývat rozvíjením kategorií, ovšem rozvíjením přesahujícím vlastnosti a dimenze.

V axiálním kódování se budeme soustředit na bližší určení kategorie (*jevu*) pomocí podmínek, které jej zapříčínují, *kontextu* (jeho konkrétního souboru vlastností), v němž je *zasazen*, *strategii* jednání a interakce, pomocí kterých je zvládnut, ovládnut, vykonáván, a *následků* těchto strategií. Tyto blíže určující charakteristiky kategorie upřesňují, proto je nazýváme *subkategorií*: V podstatě jsou to také kategorie, ale protože je uvádíme do určitého vztahu k nějaké kategorii, přidáváme k nim předponu „sub“.

Vzpomeňte si, že v kapitole o technikách zvyšování teoretické citlivosti (kapitola 6) jsme v některých příkladech analýzy použili termíny jako „podmínky“, „strategie“, „následky“. Během kódování se tyto termíny vynořily a ukázaly nám, že jakmile údaje při otevřeném kódování rozebereme, okamžitě je zase sami od sebe začneme skládat dohromady pomocí vztahů. Ačkoliv otevřené a axiální kódování jsou odlišné analytické postupy, badatel se při reálné analýze neustále pohybuje mezi oběma typy kódování.

Ještě než začneme popisovat, jak probíhá specifikace kategorií pomocí axiálního kódování, rádi bychom vám předložili k úvaze následující myšlenky.

(1) Během otevřeného kódování je určeno mnoho různých kategorií. Některé z nich náležejí určitým jevům jako třeba bolest, zvládnutí bolesti, tělesná síla, tělový obraz. Jiné kategorie poukazují na podmínky, které mají k těmto jevům nějaký vztah. Další kategorie budou označovat strategii jednání nebo interakce použité k zvládnutí, ovládnutí nebo reakci na tento jev. Konečně to budou také kategorie, které budou poukazovat na následky jednání nebo interakce, opět ve vztahu k určitému jevu.

(2) Skutečná konceptuální označení přiřazená kategoriím nemusí nutně naznačovat, jestli kategorie označuje podmínku, strategii nebo následek. Musíte je jako takové identifikovat. Například, pojem *potlačení bolesti* ve svém označení nikde neobsahuje termín *následek*. Přesto však v některých případech (v závislosti na zaměření výzkumu) může být potlačení bolesti následkem nějakého jednání,

jehož cílem bylo potlačit bolest. Stejně tak nejsou podmínky, strategie ani následky výslovně jako takové uvedeny v rozhovorech nebo dokumentech, které analyzujeme, ačkoliv to některé případy nebo události mohou implicitně naznačovat. Vezměme si třeba následující věty: „Když trpím (podmínky) artritickou bolestí (jev), vezmu si aspirin (strategie). Po chvíli se cítím lépe (následek).“ Všimněte si, že jsme prvky paradigmatického modelu výslovně uvedli.

(3) Každá kategorie, ať již kategorie identifikující nějaký jev nebo některá z jejích určujících subkategorií, bude mít nějaké vlastnosti. Těmto vlastnostem mohou být přiřazeny nějaké dimenze, což kategorií určuje ještě blíže. Například, subkategorie potlačení bolesti (následek) má obecné vlastnosti jako trvání, míra, potenciální vedlejší účinky, atd., které se budou v každém konkrétním případě lišit. Jev artritická bolest má obecné vlastnosti jako rozsah, trvání a intenzita, tyto jsou opět v každém případě specifické. Při kódování dokumentu o bolesti (nebo jakémkoliv jiném jevu), je každé události možné přiřadit konkrétní umístění na dimenzionálních škálách ve smyslu těchto vlastností. Toto dimenzionální umístění je významné při integraci teorie (viz. kapitola 8 o selektivním kódování).

(4) V axiálním kódování jsou subkategorie vztahovány ke svým kategoriím pomocí něčeho, čemu říkáme *paradigmatický model*. Tento model a způsob jeho použití při vztahování subkategorií k určité kategorii při axiálním kódování je popsán na následujících řádcích.

Paradigmatický model

V zakotvené teorii spojujeme subkategorie s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky. Velmi zjednodušeně tento model vypadá takto:

(A) **PŘÍČINNÉ PODMÍNKY** → (B) **JEV** → (C) **KONTEXT** →
 (D) **INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY** → (E) **STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTE-**
RAKCE → (F) **NÁSLEDKY**

Použití tohoto modelu vám umožní o údajích systematicky přemýšlet a vzájemně je mezi sebou vztahovat složitými způsoby. Stejně tak nyní, když se ocitnete v určité životní situaci a snažíte se sobě nebo ostatním vysvětlit, proč se to mohlo přihodit, spoléháte na příčinný model (něco se stalo z nějaké příčiny nebo podmínek). Neustálým cvičením se můžete snadno naučit řídit se při myšlení

¹ v originále *paradigm model* (pozn. př.)

poněkud složitějším paradigmatickým modelem. Pokud tento model nepoužijete, vaší teorii se bude nedostávat hutnosti a přesnosti.

Jestliže než se budeme zabývat tím, jak lze kategorie vzájemně uvádět do vztahů pomocí tohoto paradigmatického modelu, popíšeme podrobně každý z jeho prvků.

Jev

Jev je ústřední myšlenka, událost, dění, případ, na který se zaměřuje soubor zvládajících nebo ovládajících jednání nebo interakcí, nebo k němuž má tento soubor jednání nějaký vztah. Jev identifikujeme kladením otázek jako: Čeho se údajně týká? O čem je vlastně toto jednání nebo interakce? (podrobnější popis viz. kapitola 5)

Příčinné podmínky

Tento termín odkazuje na události nebo případy, které vedou k výskytu nebo vzniku jevu. Například, pokud se zajímáme o jev bolest, můžeme zjistit, že zlomení nohy nebo artritida mohou vést k bolesti. Takovoto případy zapřičinují nebo vyvolávají pocit bolesti. S použitím paradigmatického modelu by mohla být situace bolesti schematicky zapsána takto:

Příčinná podmínka → Jev
 Zlomení nohy nebo artritida bolest

Ve skutečnosti je velmi vzácné, že by jediná *příčinná podmínka* vyvolávala jev. Vzpomeňte si, že se bavíme o bolesti spojené se zlomenou nohou. Tím, co vede k bolesti, jsou vlastnosti zlomené nohy (a osoby, které ta noha patří) a jejich kombinace. Nyní musíme popsat zlomeninu poněkud blížeji, tj. určit její vlastnosti a umístění těchto vlastností na dimenzionálních škálách. Můžeme třeba říci, že došlo k více než jedné zlomenině – ke dvěma (počet zlomenin), a že jedna z nich je mnohočetná (typ zlomeniny). Dále, že osoba, která zlomeninu utrpěla, není ani v bezvědomí ani paraplegik, takže nervový systém je nedotčený a funkční (rozsah vnímání). Podíváme se také na bolest a její konkrétní vlastnosti a dimenze. Ty by měly být vysvětlitelné pomocí konkrétních dimenzí příčinných podmínek. Mohli bychom například předpokládat, že při mnoha zlomeninách, z nichž některé jsou mnohočetné, a při vysoké úrovni vnímání nohy bude *intenzita* bolesti vysoká. O trvání bolesti bychom mohli říci, že bolest je stálá. Nyní naše schéma vypadá takhle:

Příčinná podmínka	→	Jev
Zlomená noha		bolest
Vlastnosti zlomené nohy		Konkrétní dimenze bolesti
Mnoho zlomenin		intenzita
Mnohonásobná zlomenina		trvání
Vnímání		umístění
		noha od kolene dolů

Mohli byste si myslet, že zlomení nohy nebo onemocnění artritidou jsou jevy samy o sobě. To je svým způsobem pravda. Ale pamatujte si, že se zaměřujeme na bolest, nikoliv na artritidu nebo zlomeninu. O ně se zajímáme pouze jako o podmínky bolesti, z nichž jsme schopni usuzovat na intenzitu, typ, trvání bolesti atd., a to tak, že se díváme na konkrétní vlastnosti příčinné podmínky. Je důležité zde zdůraznit, že příčinnou podmínkou může být jakákoliv událost (třeba určité chování, něčí výrok, něčí činnost) včetně události náhodné. Vše závisí na situaci.

Na příčinné podmínky někdy v údajích ukazují slova jako: „když,“ „zatímco,“ „od té doby,“ „protože,“ „kvůli“ nebo „následkem.“ I když však tyto nápovědi chybí, můžete často najít příčinné podmínky tak, že se zaměříte na jev a budete systematicky vyhledávat v údajích takové události, situace nebo případy, které jej předcházejí.

Kontext

Kontext je konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží, tj. umístění události nebo případů tohoto jevu na dimenzionálních škálách. (Pokud vám něco není jasné přečtěte si znovu kapitulu 5.) Kontext je zároveň určitým souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání nebo interakce určené ke zvládnutí, ovládnutí, vykonávání nebo reagování na určitý jev. Je to právě kontext, co popisujeme, když říkáme: „Při dlouhotrvající intenzivní bolesti se uchylujeme k takovému a takovému opatření, abychom ji dostali pod kontrolu.“

Abychom to vyjasnili, vrátíme se k našemu příkladu se zlomenou nohou. Zlomená noha způsobuje bolest. Jestliže víme jenom tohle, je těžké ji náležitě ošetřit. O zlomené noze bychom chtěli vědět, kdy byla zlomena, jak, počet zlomenin, typy zlomenin, jestli je noha vnímána a podobně. U bolesti bychom chtěli vědět něco o její časové trajektorii neboli vývoji během času, jejím trvání, konkrétnímu umístění, intenzitě a tak dále.

¹ Autor zde uvádí, že se používá také termín *antecedent conditions*. Jelikož však v češtině nemá slovo „antecedentní“ příčinné konotace (tak jako je tomu v angličtině), ponechávám v této knize pouze termín *příčinné podmínky*. (pozn. př.)

Nyní můžeme říci: Opatření na zmírnění bolesti použijeme za následujících podmínek: (a) bolest je na počátku své časové trajektorie, (b) bolest je intenzivní, (c) trvá poměrně krátce, (d) její centrum je někde podél holenní kosti.

Naše schéma bolesti nyní vypadá následovně:

Příčinná podmínka	→	Jev
Zlomená noha		bolest
Vlastnosti zlomené nohy		Konkrétní dimenze bolesti
Mnoho zlomenin		intenzita
Mnohonásobná zlomenina		trvání
Vnímání		umístění
Ke zlomenině došlo před dvěma hodinami		časová trajektorie
Pád na zledovatělé ulici		pomoc
		noha od kolene dolů
		na počátku
		přišla brzy

Kontext zvládnutí bolesti

Za podmínek, kdy je bolest: neustálá, vysoké intenzity, umístěná pod kolennem, na počátku své časové trajektorie, když pomoc přišla brzy, pak:

Intervenující podmínky

Nyní se přesuneme k dalšímu souboru podmínek, které se vztahují ke zkoumanému jevu (kategorii). Nejdříve jsme se zabývali příčinnými podmínkami, pak jsme mluvili o kontextu, který obsahuje jak konkrétní vlastnosti jevu, tak soubor podmínek ovlivňujících jednání nebo interakci. Nyní se bavíme o *intervenujících podmínkách*. Co to je? Mohli byste si je představit jako *širší strukturální kontext* jevu. Tyto podmínky buď usnadňují nebo naopak znesnadňují použití strategií jednání nebo interakce v určitém kontextu. Je třeba je také zvládnout. Příklad intervenující podmínky je možné vidět v následující větě. Jste nemocní a potřebujete pro své léčení určitou lékařskou techniku, ale ta je k dispozici pouze ve vzdáleném zdravotnickém zařízení. Abyste se mohli nechat léčit, budete muset nějakým způsobem cestovat. Jinými slovy nemůžete okamžitě jednat a nechat se takto ošetřit, protože vám v tom brání ona vzdálenost.

Intervenující podmínky jsou široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce. Tyto podmínky zahrnují: čas, prostor, kulturu, ekologický status, stav techniky, zamětnání, historii a individuální biografii. (V kapitole 10 se dozvíte více o nich samotných i o tom, jak je včlenit do analýzy.) Pohybují se od těch, které jsou situaci nejvzádatnější až po ty, které jsou zkouma-

né situaci nejbližší. Vraťme se k našemu příkladu se zlomenou nohou a podívejme se, jak tyto podmínky usnadňují nebo znesnadňují jednání nebo interakci.

Představte si, že si někdo zlomil nohu během pobytu v lese (oproti tomu, kdyby byl ve městě), kde byl sám. Tyto podmínky by mohly ovlivnit dobu, která uplyne, než se mu dostane ošetření a potlačení bolesti. Také jsou důležité biografické údaje jako např. věk té osoby, jestli v současné době trpí nějakou další chorobou nebo obůžij, její zkušenosti s bolestí a názory a přesvědčení jak zraněné, tak ošetřujících osob týkající se zvládnání bolesti. Pak jsou zde také vlivy technologie jako jsou dostupné léčebné postupy a léky na potlačování bolesti, znalosti jejich použití, dostupné přístroje a podobně.

Mohli bychom pokračovat v tomto seznamu intervenujících podmínek, ale to, co jsme již napsali, k objasnění tohoto pojmu stačí. Ne všechny podmínky budou platit pro všechny situace. Je na vás jako na analytikovi, abyste identifikovali, které z nich mají nějaký vliv a začlenili je do analýzy tím, že ukážete, jak usnadňují nebo znesnadňují jednání nebo interakci a, pokud to bude vhodné, i jak je jednání nebo interakce řízena.

Strategie jednání nebo interakce

Zakotvená teorie je *metoda budování teorie orientovaná na jednání a interakci*. Ať studujete jednotlivce, skupiny nebo kolektivy, vždy zde existuje jednání nebo interakce zaměřené na zvládnání, ovládnání, vykonávání nebo reagování na nějaký jev tak, jak se vyskytuje v určitém kontextu nebo v konkrétním souboru percipovaných podmínek. Interakční složka se vztahuje na já (self) i na ostatní interakci.

Jednání nebo interakce má určité vlastnosti. Za prvé je *procesuální*, jeho přírozenou vlastností je vývoj. Proto může být zkoumáno ve smyslu následnosti, pohybu nebo změny v čase. (Viz kapitola 9.) Za druhé, jednání nebo interakce, o kterém mluvíme, je *záměrné, zacílené, činěné z nějakého důvodu* – a je reakcí na jev nebo pokusem o jeho zvládnutí. Proto se vyskytuje ve formě *strategií* a taktik. Nedá se však říci, že veškeré jednání nebo interakce je záměrné, v některých případech může být reflexivní.¹ Účel tohoto jednání nebo interakce nemusí souviset se zkoumaným jevem, ale následky tohoto jednání mohou zkoumaný jev ovlivňovat. Řekněme, že studujete self-esteem u dětí. Dítě rozlije sklenici s mlékem na podlahu. Matka je unavená, protože zrovna vytírala podlahu, na dítě začne křičet. Self-esteem dítěte klesá, protože je u toho i několik jeho přátel. To

¹ V tomto okamžiku se mírně odchylujeme od významu termínu „jednání“ v české terminologii, kde se používá právě ve významu záměrného chování. (pozn. pf.)

však záměrem matky nebylo. Za třetí: *neuskutečněného jednání nebo interakce je důležité si všimnout stejně jako jednání nebo interakce, které se uskutečnil*. Jinými slovy, pokud někdo měl něco za dané situace udělat, nebo by to obvykle udělal, ale neudělá to, pak se musíme ptát proč. Za čtvrté, jak jsme se již zmínili dříve, jsou zde *vždy intervenující podmínky*, které buď usnadňují nebo znesnadňují jednání nebo interakci. Tyto podmínky je také třeba objevit.

Ještě jednou se vrátíme ke svému schématu o bolesti, v této fázi bude vypadat následovně:

<i>Příčinná podmínka</i>	→	<i>Jev</i>
Zlomená noha		bolest
<i>Vlastnosti zlomené nohy</i>		<i>Konkrétní dimenze bolesti</i>
Mnoho zlomenin		intenzita vysoká
Mnohonásobná zlomenina		trvání stálé
Vnímání		umístění noha od kolene dolů
Ke zlomenině došlo před dvěma hodinami		časová trajektorie na počátku
Pád v lese		pomoc dlouhé čekání
		potenciální následky mnohé

Kontext zvládnání bolesti

Za podmínek, kdy je bolest:

neustálá, vysoké intenzity, umístěná pod kolénem, na počátku své časové trajektorie, když pomoc přišla po dlouhém čekání a možné následky jsou mnohé pak:

Strategie zvládnání bolesti

Dát nohu do dlahy

Získat pomoc v nouzi

Držet zraněného v teple

Intervenující podmínky

Nedostatečné znalosti první pomoci

Není k dispozici žádná příkrývka

Pomoc je velmi daleko

Stejně jako je tomu s podmínkami, i na strategie ukazují v údajích určité náležitosti. Jsou to slovesa nebo přechodníky orientované na činnost. Sděluji vám, že někdo něco dělá nebo říká v reakci na jev. Například kdyby někdo studoval chod práce na oddělení v nemocnici a roli vrchní sestry jako udržovatelky tohoto chodu, mohl by ve svých údajích uvídnět následující:

Jestliže při noční službě dojde mezi personálem k velkým konfliktům a tyto konflikty začínají ovlivňovat výkon oddělení, pak tam ještě v noci přijedu a chvilu s touto směnou pracuji, abych zjistila, co se děje.

Zde máme jev (chod práce), který je narušován konfliktem (kontext) a vrchní sestru, která přichází pracovat s noční směnou, aby zjistila, co se tam děje (strategické jednání, které je reakcí na narušený chod práce).

Následky

Jednání nebo interakce reagující na jev nebo jev zvládající má určité *výsledky* nebo *následky*. Tyto následky nebývají vždy předpověditelné nebo zamýšlené. I když nedojde k jednání nebo interakci (nebo dojde k selhání), má to nějaké výsledky nebo *následky*. Vystopování těchto následků je pro zakotvenou teorii velmi důležité.

Mohou to být následky na lidech, místech nebo věcech. Následky mohou být události nebo situace, jako je zhoršení nemoci kvůli nedodržování diety. Mohou také nabývat formy jednání nebo interakce jako reakce. Když po vás třeba někdo chce, abyste něco udělali, může být vaší proti-strategií to, že to uděláte bídne nebo vůbec. Následky mohou být skutečné nebo potenciální, dochází k nim v současnosti nebo v budoucnosti. Následky jednoho souboru jednání se mohou stát součástí podmínek (stejně jako kontextu nebo intervenujících podmínek), které ovlivňují sekvenčně následující soubor jednání nebo interakcí – nebo dokonce i části podmínek, které následují v dalších krocích. To znamená, že to, co je v jednom okamžiku *následek jednání nebo interakce, se může v jiném okamžiku stát součástí podmínek dalšího jednání*.

Nyní dokončíme náš příklad s bolestí zlomené nohy. Můžeme říci, že jedním z následků jednání zaměřeného na potlačení bolesti je úleva (subkategorie). Jak jsme již dříve řekli, úleva má určité vlastnosti a my můžeme určit jejich dimenzionální umístění pro tento konkrétní případ. Takže kdybychom byli v lese s přáteli a ti – díky absolvování kursu první pomoci – by nohu dokázali srovnat, umístít do dlahy a vydat se pro pomoc, pak by následkem těchto strategií zvládání bolesti mohla být úleva. Pokud by ale byla tato osoba v lese sama a musela čekat až někdo náhodou půjde okolo, nemusela by přijít vůbec žádná úleva. Vlastně, kdyby dlouho nikdo nešel, zraněný by mohl upadnout do šoku způsobeného bolestí a fyzickou zátěží. Zvýšení intenzity bolesti anebo upadnutí do šoku může ovlivnit strategie zvládání bolesti, které budou uplatněny později, řekněme v době, kdy bude osoba nalezena.

Spojování a rozvíjení kategorií podle paradigmatu

Spojování kategorií a jejich rozvoj se děje prostřednictvím základních analytických postupů popsaných v kapitole 5, zvláště prostřednictvím kladení otázek a porovnávání. Samotný proces axiálního kódování pomocí těchto postupů je poměrně složitý. Analytik vlastně provádí čtyři různé analytické kroky téměř zároveň. Jsou to: (a) *hypotetické uvádění subkategorií do vztahů k jiné kategorii, a to pomocí výroků udávajících podstatu vztahu mezi nimi a jevem* – jsou-li to příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce nebo následky, (b) *ověřování těchto hypotéz podle skutečných údajů, (c) pokračující hledání vlastností kategorií a subkategorií a umístění údajů, které je vymezují, na dimenzionálních škálách* (událostí, situací, atd.), (d) *počáteční zkoumání variabilizace jevu porovnáváním každé kategorie a jejích subkategorií zaměřeným na hledání pravidelností, které byly objeveny porovnáváním dimenzionálních umístění různých údajů*. Při axiálním kódování se veškerá porovnávání a otázky týkají výše uvedených kroků.

Uvádění subkategorií do vztahu ke kategoriím

Otázky, které si klademe při axiálním kódování, mají charakter otázek zjišťujících typ vztahu. Například, když mezi sebou porovnáme dvě kategorie, můžeme si položit následující otázku: „Má vztah kategorie Potlačení bolesti ke kategoriím Bolest charakter následků strategií užitých k potlačování bolesti?“ Všimněte si, že zde nemluvíme o konkrétních případech nebo událostech, které jsou kódovány, ani o konkrétních vlastnostech nebo dimenzích. Spíše se ptáme na pojmová označení samotná a na to, v jakém vztahu může být jedna kategorie vůči jiné. Když zjistíme, že lidé trpící artritidou užívají určité strategie, aby si ulevili od bolesti, mohli bychom se ptát: „Jaké strategie zvládání bolesti používají?“ Tím bychom tyto dvě kategorie uvedli do vztahu.

Ověřování výroků podle údajů

S takovými otázkami (uvádějícími kategorie do vztahu) na mysl se pak vracíme zpět k údajům a hledáme důkazy, případy a události, které podporují nebo vyvracejí naše otázky. Prohlížíme každý rozhovor, dokument apod. a sledujeme, co dělají lidé trpící artritidou tehdy, když mají bolesti. Pokud budou údaje naší otázkou potvrzovat, pak ji můžeme změnit na výrok o vztahu (druh hypotézy) a říci: „Při bolestech se lidé trpící artritidou uchylují ke strategiím zvládání bolesti.“

A: „Když lidé trpí artritidou použijí strategie zvládání bolesti dostaví se úleva od bolesti.“ Všimněte si, že v těchto výrocích není nic konkrétního, protože jsou to jen široce pojatá obecná tvrzení.

Ve stejném okamžiku, kdy hledáme důkazy v údajích, abychom ověřili své výroky o vztazích, hledáme také případy, kdy by naše výroky platit nemusely. Při zkoumání každého rozhovoru nebo dokumentu bychom předpokládali, že pokud si v něm někdo stěžuje na artritické bolesti, tak také něco dělá, aby si od nich ulevil, a že tato činnost mu úlevu přináší. Ale *dělat něco a dosáhnout úlevy*, to nejsou bezpodmínečné výroky. Jinými slovy, některým osobám se uleví, i když nebudou dělat nic. Někteří chvíli čekají, jiní jednájí již v předtuše bolesti. Někteří čekají tak dlouho, než něco udělají, že když to pak udělají, tak už to k úlevě od bolesti nevede. Všechny tyto případy blíže určují naše původní otázky a výroky o vztazích. Nedá se říci, že by je nutně negovaly nebo je vyvracely, spíše jim *dodávají variabilitu a hloubku porozumění*. Při výzkumech podle zakotvené teorie je hledání důkazů rozdílné a odlišných variant stejně důležité jako hledání důkazů, které naše otázky a výroky podporují. Opačné nebo alternativní případy nám sdělují, že je na nich něco jiného a že se na ně tedy budeme muset podívat podrobněji a zjistit, co to je. Pečlivé prozkoumávání těchto rozdílných otázků naší teorii *hutnost a variabilitu*.

Další rozvíjení kategorií a subkategorií ve smyslu jejich vlastností a dimenzionálního umístění

Zatímco prozkoumáváme své údaje a hledáme důkazy pro své otázky a výroky o vztazích a jejich alternativy, nepřestáváme si všimnat důkazů jiných vlastností kategorií a umístění každého kódovaného případu na dimenzionálních škálách. Například u kategorie podlažení bolesti bychom chtěli vědět, jaké další vlastnosti zde existují kromě těch, které jsme objevili během otevřeného kódování. A zatímco porovnáваме každý případ, chtěli bychom vědět, kam na dimenzionální škály je možné umístit každou vlastnost. Opět se snažíme o bližší určení, snažíme se polohu každého případu na dimenzionálních škálách co nejvíce rozdílně. Dodáváme naší teorii pojmovou hutnost a pomáhá nám nalézt co nejvíce rozdílně. Pozor! Badatel je zodpovědný za udržování rovnováhy mezi zhutňováním teorie i za přehrnání takových pokusů o zvýšení hutnosti. (Viz. kapitola 11 o pořizování vzorků vycházejícím z budované teorie.) Tento analytický proces se dá opakovat do nekonečna. Jde zde o získání teorie, která je pojmově hutná a konkrétní, a zároveň natolik teoreticky variabilní, aby jí bylo možné aplikovat na mnoho různých případů daného jevu.

Spojování kategorií na úrovni dimenzí

Později, až se budeme zabývat selektivním kódováním (kapitola 8), si ukážeme jak se všechny hlavní kategorie spojují dohromady (vzpomeňte si, že máme pět nebo šest kategorií, každou rozvítou svými subkategoriemi). Ovšem tento spojující proces ve skutečnosti začíná již zde, při axiálním kódování. Při analýze si v údajích všimáme určitých pravidelností (patterns) v dimenzionálním umístění událostí a případů, které náležejí k vlastnostem jevu. Jinými slovy, všimáme si rozdílné a zvládnání bolesti mezi osobami, které mají dlouhodobé intenzivní bolesti a těmi, jejichž bolesti jsou mírné a trvají jen krátce. Nebo také rozdílné v úlevě od bolesti mezi lidmi, kteří uplatňují své strategie již v předtuše bolesti nebo na počátku trajektorie bolesti, a těmi, kteří je uplatňují později, až když bolest chvíli trvá. Hledání a zaznamenání těchto pravidelností je velmi důležité, poskytuje totiž základ pro selektivní kódování.

Abychom to ještě více zkomplikovali, dodáváme následující. Při práci s údaji uvidíte, jak shluky konkrétních vlastností podmínek, strategií a následků náležejících jevu mezi sebou interagují a vytvářejí tak další rozdíly. Například jste si mohli všimnout, že když je bolest intenzivní a dlouhotrvající, pak opatření na potlačení bolesti neúčinkují, a že když na to pacienti po čase přijdou, mohou se naučit uplatňovat tyto strategie dřív, aby dosáhli uspokojivějších výsledků. Takové změny v údajích naznačují proces nebo změnu. Ačkoliv se procesem budeme zabývat později, v kapitole 9, je důležité si těchto změn začít všimnat co nejdříve.

Složitost

Pokud se vám tyto postupy, techniky a kroky zdají být příliš složité, uvědomte si, že realita je také složitá. Kromě toho se mnoho z toho, co jsme zde popsali, děje při skutečném kódování automaticky. Je důležité rozzeznat, co děláte procedurálně, abyste to mohli dělat účelně. Při tvoření zakotvené teorie se snažíme zachytit složitost a změny probíhající v reálném světě v co možná největší míře, i když víme, že nikdy nebudeme schopni zachytit veškerou tuto složitost. Vzpomeňte si, že nepočítáme žádná čísla, ačkoliv hledáme důkazy podporující a blíže určující naše výroky o vztazích týkající se údajů. Objevování a specifikace rozdílné mezi kategoriemi a uvnitř kategorií je pro zakotvenou teorii kriticky důležité, stejně jako objevování a specifikace podobností.

¹ dimenzionální umístění = umístění na dimenzionálním kontinuu (pozn. př.)

Střídání induktivního a deduktivního myšlení

Jak jste si již asi všimli, při kódování neustále přecházíme mezi induktivním a deduktivním myšlením. To znamená, že při práci s údaji deduktivně navrhuje výroky o vztazích nebo navrhuje možné vlastnosti a jejich dimenze a pak se porovnávajími případy mezi sebou snažíme ověřit to, co jsme vydedukovali. Je zde neustálá souhra navrhování a ověřování. Toto kombinování indukce a dedukce je to, co činí teorii zakotvenou!

Například, když uvidíme při kódování případ zvládnání bolesti, můžeme navrhnout, že intenzivní bolesti budou následovány opatřeními, usilujícími o potlačení bolesti. Pak zkoumáme každý případ intenzivní bolesti, který v údajích nalezneme a zjišťujeme, jestli je tomu tak. Tím induktivně ověřujeme to, co jsme deduktivně navrhli. Nebo můžeme při čtení rozhovoru přijít na výrok typu „když ráno vstávám (podmínka) a mé klouby jsou ztuhlé a bolí (jev), tak, ještě než vstanu, si sednu na kraj postele a pomalu a pečlivě pohybuji každým kloubem (strategie). Když pak vstanu, pohybuji se snadněji a tolik to nebolí“ (následky). Zde jsou pro nás podmínky, strategie a následky vypsané. Poznamenali jsme si je přímo do údajů. Ovšem jeden případ na ověření souboru vztahů, vlastností nebo dimenzí nestačí. Námí navrhované vztahy je třeba podle údajů ověřovat neustále, ačkoliv jednotlivosti se mohou lišit. To znamená, že někdo by mohl říci: „Předtím jdu nakupovat a hodně toho nachodím“ - místo toho, aby řekl „Když ráno vstávám.“ Nebo než by řekl „pomalu pohybuji klouby“ řekne „vezmu si aspirin, aby bolest ustoupila.“ Jít nakupovat je dalším příkladem podmínky, která vyvolává bolest, zatímco polykání aspirinu je preventivní strategie jejího zvládnání. Ovšem konkrétní příklady se liší.

Pojmy a vztahy, k nimž dojdeme dedukcí, je třeba neustále ověřovat podle skutečných údajů. Zpočátku je považujeme za provizorní, a pokud je údaj nepotvrdí, zavrhneme je. Vaše konečná teorie se omezuje jen na kategorie, dimenze a výroky o vztazích, které se skutečně vyskytují v údajích - nikoliv na to, co si myslíte, že existuje, ale ještě jste na to nenarazili. Vytváříme zakotvenou teorii, a právě ono cílené zakotvování a ověřování je to, co odlišuje tento způsob vytváření teorie od jiných. To neznámá, že byste nemohli své závěry otestovat také kvantitativně, později nebo dokonce nyní, znamená to, že při vytváření teorie shromáždíte dostatek údajů na opakované ověření svých kategorií a vztahů mezi nimi. To, co v údajích nenaleznete, se stává omezením vašeho výzkumu. To znamená, že jste buď nenashromáždili dostatek informací, nenavštívili ty správné osoby nebo místa apod. nebo vaše výroky o vztazích nejsou zcela správné a je třeba je opravit, aby odpovídaly údajům.

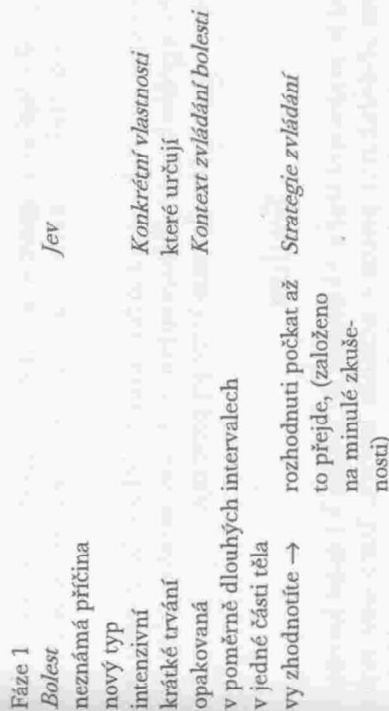
Sledování vztahů

Někdy narazíte během kódování na něco, co vypadá jako strategie, podmínka nebo následek. Jestliže takto označíte nějaký případ, můžete jej v údajích sledovat, aby vás dovedl k jevu, k němuž náleží, a k dalším podmínkám, které jsou pro tuto situaci relevantní. Také můžete objevit, jaké strategie mimo této se používají a s jakými následky. Cílevědomé sledování vztahů místo pouhého čekání, než o ně zakopnete, dodá vaší analýze na systematickosti, a také ji urychlí.

Použití dočasných teoretických rámců¹ a dalších způsobů záznamu

Během čtení vás již určitě napadla následující otázka: „Jakým způsobem si lze udržet přehled o všech výsledcích analýzy?“ Aniž bychom zde zacházeli do podrobností o záznamech a diagramech (těmi se budeme zabývat v kapitole 12), nabízíme vám nyní několik předběžných doporučení.

Jedním způsobem udržování přehledu o analýze je průběžné používání *dočasných teoretických rámců*. To jsou někdy velmi složité diagramy, v nichž si analytík znázorňuje spojnice neboli způsoby, jakými mezi sebou kategorie interagují, a kategorie, k nimž se vztahují. Příkladem by mohlo být následující:



¹ v originále *miniframeworks*. (pozn. př.)

Fáze 2
Bolest se vrací
 všechny výše uvedené vlastnosti
 přehodnotíte situaci a rozhodnete
 se vrátit si aspirin

Jev

Strategie zvládání

Fáze 3
Bolest se opět vrací
 méně intenzivní
 v delších intervalech

Jev

Konkrétní vlastnosti

které určují

Kontext zvládání bolesti

Strategie

zhodnotíte a vezmete si aspirin

Fáze 4
 Bolest se ještě jednou vrací
 velmi intenzivní
 rozšiřuje se i do ostatních částí těla
 déle trvá

Jev

Konkrétní vlastnosti

které určují

Kontext zvládání bolesti

Strategie

znovu zhodnotíte jdete k lékaři, aby to
 posoudil odborně
 (včetně vyšetření),
 operace.

Také je možné použít *logické diagramy*, jaké jsme používali v této kapitole, a během práce do nich průběžně doplňovat vztahy, vlastnosti a dimenzionální roz-
 sahy.

Další možností je výrok o vztahu si jednoduše zapsat, třeba velkým nebo tuč-
 ným písmem, spolu s příklady z údajů (napsanými pod ním menším písmem),
 které vás buď k tomuto výroku přivedly nebo které jej potvrzují.

Souhrn

Axiální kódování je proces uvádění subkategorií do vztahu k nějaké kategorii. Je to složitý induktivně-deduktivní proces o několika krocích, které jsou stejně jako při otevřeném kódování vykonávány prostřednictvím porovnávání a kladání otázek. Ovšem při axiálním kódování je použití těchto postupů zaměřenější a je zacílené na objevení a rozvinutí kategorií ve smyslu paradigmatického modelu. To znamená, že rozvíjíme každou kategorii (jev) ve smyslu jejích příčinných podmínek, které ji způsobují, a konkrétní dimenzionální umístění tohoto jevu ve smyslu jeho vlastností, kontextu, strategií jednání nebo interakce užitými ke zvládnutí,

ovládnutí nebo reakci na tento jev v tomto kontextu a následků jednání nebo interakce. Kromě toho při axiálním kódování pokračujeme v hledání dalších vlastností každé vlastnosti a v zaznamenávání dimenzionálního umístění každého případu, situace nebo události.

Ti, kteří se pouze zajímají o tematickou analýzu nebo rozvoj pojmů, nebo ti, jejichž projekty zahrnují tyto oblasti, by na tomto místě mohli se čtením této knihy přestat. V tuto chvíli by již jejich znalosti postupů zakotvené teorie měly být pro tyto účely dostatečné. Pokud se zajímáte o tvorbu teorie, čtěte dál!

toho, že k jeho dosažení bude třeba pracovat a že není založen na nějaké romantické inspiraci, toho, (c) že není jako řešení hádanky nebo matematické úlohy, ale že je třeba jej vytvořit a toho, (d) že nemůžete vždycky všechno nacpat do jednoho řešení a že pro každý projekt existuje několik různých způsobů jeho zpracování.

Jak naznačuje Atkinson, závěrečná integrace je složitý, nicméně proveditelný proces. V této kapitole vám nabídneme několik pravidel, která by vám měla pomoci udělat onen závěrečný krok od seznamu pojmů k vytvoření teorie. Integrace se přibližně neliší od axiálního kódování. Provádí se pouze na vyšší – abstraktnější úrovni analýzy.

Pomocí axiálního kódování jste si vytvořili základ pro kódování selektivní. Nyní již máte kategorie zpracované ve smyslu jejich charakteristických vlastností, dimenzí a s nimi spojených paradigmatických vztahů, které jim dodávají bohatost a hutnost. Spolu s vlastnostmi a dimenzemi jste si již také měli začít všimnat možných vztahů mezi hlavními kategoriemi. Dále jste si již pravděpodobně začali vytvářet představu toho, o čem váš výzkum vlastně je. Konec konců, vždyť se vás již měsíce lidé ptají, co to vlastně zkoumáte a co jste zjistili. Jistě již máte nějaké závěry v hlavě, ne-li na papíře. Problémem je zde následující: „Jak vzít to, co je doufáme v hrubém stavu ve vašich diagramech a záznamech (viz. kapitola 12), a systematicky to rozvinout do takového obrazu reality, který bude pojmový, srozumitelný a hlavně zakotvený?“

Tohoto cíle dosahujeme prostřednictvím několika kroků. Prvním krokem je podrobně vyloužit *kostru příběhu*. Druhým krokem je *uvedení pomocných kategorií do vztahu k centrální kategorii* podle *paradigmatu*. Ve třetím kroku jsou *kategorie vzájemně vztahovány na dimenzionální úrovni*. Čtvrtým krokem jsou tyto *vztahy ověřovány* podle údajů. Pátým a posledním krokem je *doplňování kategorií*, které je třeba dále upřesnit anebo rozvinout. Je důležité zde pochopit, že tyto kroky za sebou nemusejí následovat přesně v tomto pořadí a že v praxi nejsou tak přesně vymezeny či ohraničeny. Rozlišujeme je pouze z důvodu snazšího výkladu. **V praxi přeskakujeme od jednoho k druhému.**

Abychom vám usnadnili porozumění procesu integrace, budeme pro ilustraci jednotlivých kroků používat údaje pocházející z výzkumu Juliet Corbinové. Jak uvidíte, jedná se o výzkum poměrně jednoduší a přímočarý. Jeho tématem jsou způsoby, jakými 20 žen trpících chronickým onemocněním zvládalo své těhotenství. Výzkumnými osobami se staly na konci prvního nebo na začátku druhého trimestru a byly jimi až do konce šestinedělí. S každou zkoumanou ženou bylo naplánováno čtyři až pět rozhovorů, a to po jednom rozhovoru na každý trimestr těhotenství, jeden na týden před porodem a poslední šest týdnů po porodu. Kro-

8

Selektivní kódování

Definice termínů

Příběh: Popisné vyprávění o ústředním jevu výzkumu.

Kostra příběhu: Konceptualizace příběhu. Tohle je centrální kategorie.

Selektivní kódování: Proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí.

Centrální kategorie: Ústřední jev, kolem kterého se integrují všechny ostatní kategorie.

Po nějaké době (pravděpodobně měsících) strávené shromažďováním a analýzou údajů před vámi stojí úkol, kterým je integrace vašich kategorií do zakotvené teorie! Tuto větu jsme zakončili vykřičníkem, abychom vyjádřili rozpaky, které pocítují mnozí badatelé, když se ve svém výzkumu dopracují do tohoto bodu. Integrace materiálů je úkol obtížný i pro zkušené badatele. Jak v dopise napsal Paul Atkinson, spoluautor vynikající učebnice o terénním výzkumu (Hammersley, Atkinson, 1983):

Tato stránka – sládní všeho dohromady – je jednou z nejobtížnějších věcí, že? Po- necháme-li stranou vlastní dosažení tohoto cíle, je obtížné vložit do toho správný poměr (a) víry v to, že je možné jej dosáhnout a že dosažen také bude (b) vědomí

mě toho badatelka ještě prováděla pozorování při návštěvách během těhotenství a dělala s ženami neformální rozhovory. Pokud byli při pozorování nebo rozhovorech přítomni manželé, byli také pozorováni a účastnili se rozhovoru. Kdyžkoliv to bylo možné, doprovázela badatelka těhotné ženy na speciální těhotenská vyšetření. Chronická onemocnění, kterými ženy trpěly, byla např. cukrovka, srdeční onemocnění, lupenka, onemocnění ledvin nebo hypertenze. U některých žen se jednalo dokonce o kombinaci několika chronických onemocnění jako třeba cukrovky a onemocnění ledvin. Jedna žena měla transplantovanou ledvinu. Měli bychom ještě dodat, že badatelku k tomuto výzkumu přivedl zájem o to, jaký vliv mají tato chronická onemocnění na zvyšování rizikovitosti těhotenství. Neměla ani ponětí o tom, jak velkou a aktivní roli hrály při zvládnutí rizik takových těhotenství samotné ženy. V okamžiku, kdy to začala chápat, se její pohled na věc postupně změnil z lékařsky-klinického na pohled otevřenějšího a méně zaujatého badatele (Corbinová, 1987).

Vyložení kostry příběhu

Abychom dosáhli integrace, je nejprve třeba formulovat kostru příběhu a podřídít se jí. To znamená (viz. definice ↑) konceptualizaci popisného příběhu o ústředním jevu výzkumu. (Po analýze se ústřední jev stává centrální kategorií.) Podřídít se kostře příběhu je někdy obtížné, protože když jsme ponořeni do údajů, zdá se být všechno velmi důležité, nebo se zdá být významných více jevů než pouze jeden. Niže popíšeme postupy, jejichž prostřednictvím dosáhnete tohoto podřazení. Vzpomeňte si na základní techniky – porovnávání a kladení otázek o údajích.

Identifikace příběhu

Jedním způsobem, jak začít s integrací, je sednout si k textovému editoru, psacímu stroji nebo papíru a tužce a v několika větách napsat základ svého příběhu. Zeptejte se sami sebe, co je na zkoumané oblasti nejvíce překvapující. Co si myslíte, že je hlavním problémem. Omezení vaší odpovědi na pouhých několik vět je důležité, protože podrobnosti by zde jen máty. Cílem je získat obecný popisný přehled příběhu. Když došlo na integraci kategorií v našem příkladu s chronicky nemocnými ženami, badatelka si učinila následující zá-
znam:

Zdá se, že hlavní příběh je o tom, jak ženy, jejichž těhotenství je komplikováno chronickým onemocněním, zvládají rizika, která vnímají ve spojitosti se svým těho-

tenství. O každém těhotenství nebo onemocnění lze říci, že je „pod kontrolou“, když jsou rizika pod kontrolou, a že „není pod kontrolou“, pokud nejsou. Ženy se snaží zvládnout rizika, která vnímají, aby měly zdravé děti. Tento žádoucí cíl se zdá být hlavní silou, která je motivuje tomu, aby dělaly, cokoliv je třeba, aby snížily rizika na minimum. Ovšem tyto ženy nejsou pouhými pasivními příjemci péče, ale hrají v procesu zvládnutí velmi důležitou roli. Jsou nejen zodpovědné za sledování své nemoci a těhotenství, když jsou doma, ale také se aktivně rozhodují ohledně léčebných režimů, které mají dodržovat. V tom druhém případě zvažují, jak by mohly ublížit dítěti léčebné procedury jako je odebrání vzorku plodové vody nebo užívání vysokých dávek určitých léků během těhotenství. Pečlivě zvažují tato rizika a rozhodují se, co je správné udělat. Pokud si myslí, že lékař nemá pravdu, pak ženy dělají to, co si ony samy myslí, že je správné.

V tomto případě bylo primárním tématem zvládnutí „rizikových faktorů“ spojených s těhotenstvím či chorobou. Motivací této aktivně zvládající role byla vroucná touha po zdravém dítěti. Důvodem, proč se badatelka rozhodla zaměřit na zvládnutí rizik, bylo to, že tento jev byl velmi výrazný ve všech rozhovorech a pozorováních. Každá z žen mluvila o tom, že chce mít zdravé dítě navzdory všem rizikům, a o odhodlání udělat pro to, cokoliv bude nutné.

Přechod od popisu ke konceptualizaci kostry příběhu

Použití k sepsání svých myšlenek popisnou formou („příběh“) je užitečné a asi i nutné. Ovšem jakmile se příběhu podřídíte, je nutné přejít od popisu ke konceptualizaci, tj. ke *kostře příběhu*. Je čas vyložit příběh analyticky. To znamená, stejně jako u otevřeného a axiálního kódování, že ústřední jev je třeba nějak pojmenovat (a jakožto kategorii uvést do vztahu k ostatním kategoriím). Zde byste se mohli nejdříve podívat do svého seznamu kategorií, jestli tam nenajdete nějakou, která by byla dostatečně abstraktní, aby pojala vše, co bylo v příběhu popsáno. Někdy již takovou kategorií budete mít. Ta se nyní stává *centrální kategorií*. Jindy se stane, že žádná ze stávajících kategorií není dostatečně široká, aby pojala vše. Co dělat v takovém případě? Musíte ústřední jev pojmenovat.

Ve zmíněném příkladu měla badatelka mnoho kategorií, ale žádná z nich nebyla dostatečně široká, aby pojala celou myšlenku zvládnutí rizik za účelem ochrany plodu. Zdálo se, že každá kategorie popisuje pouze část tohoto jevu. Po dlouhém přemýšlení byl pro ústřední jev vybrán termín „Ochranná regulace“ (Protective Governing). Regulace: znamená jednání matek směřující k získání kontroly nad riziky spojenými s jejich těhotenstvím. Ochranné: naznačuje, že podstatou jejich jednání byla ochrana plodu. (Bylo by zajímavé nalézt opačné

případy – ženy, které nevyvíjely ochranné aktivity – ale žádná taková se v tomto výzkumu nevykytla.) Z jazykového hlediska je možné zvolit různé slovní druhy a jejich kombinace. Mohou to být podstatná jména jako trajektorie, práce, vědomí nebo umírání. Může to být spojení přídavného a podstatného jména jako ochranná regulace nebo dvou podstatných jmen jako stávání se matkou nebo život s artritidou. Konkrétní volba závisí na analytíkovi. Jediným požadavkem je to, aby pojmové označení vystihovalo příběh, který zastupuje.

Rozhodování se mezi dvěma význačnými jevy

Někdy se stane, že badatelé připadají dva jevy stejně důležité a zajímavé. Je však nezbytně nutné se mezi nimi rozhodnout, aby mohlo být dosaženo těsné integrace a hutného rozvoje kategorií, což jsou požadavky kladené na zakotvenou teorii. Plně rozvinout dvě kategorie, pak je sjednotit a psát o nich jasně a přesně, je velmi obtížné, a to i pro zkušeného badatele. (V podstatě by musel rozvíjet a psát o dvou samostatných teoriích, mezi nimiž existuje nějaký vztah.) Tento problém se řeší tak, že se vybere jeden jev, k němu se ta druhá kategorie vztáhne jako pomocná, a pak se píše jediná teorie. V další práci nebo monografii pak můžete vybrat ten druhý jev a učinit s ním totéž.

Příkladem může být situace, kdy se autorům této knihy v jednom z jejich výzkumů vynořily jako významné dva jevy. Každý z nich by bývalo bylo zajímavé probádat a napsat o něm. Jedním byl průběh chronického onemocnění a jeho zvládnání partnery nemocného. Druhým byl vliv tělesného selhání na jejich biografie. Když došlo na integraci výzkumu, rozhodli jsme se pro průběh onemocnění a jeho zvládnání. Biografii jsme měli jako druhotný pojem, který na jednu stranu zvládnání ovlivňoval a na druhou jím sám byl ovlivňován. V nějaké budoucí publikaci bude pro změnu hlavním bodem tělesné selhání a jeho vliv na biografii. Pak bude na chronické onemocnění a jeho zvládnání pohlíženo jako na soubor podmínek ovlivňujících míru tělesného selhání a zvládnání biografie ve vztahu k tomuto selhání.

Co když se mi nedaří určit kostru příběhu?

Někdy jsou badatelé také profesionály, kteří dělají výzkum v oblasti, která je jejich povoláním. Pro ty je obtížné získat si takový odstup od svých materiálů, který by umožnil dostatečný popis a konceptualizaci kostry příběhu a tím i výběr centrální kategorie. Zde pomáhá poradit se se zkušenějším badatelem, učitelem nebo kolegou, s někým, kdo umí naslouchat a pomůže vám udělat si v tom pořá-

dek. Konzultant se může piát třeba takto: „Jaké jevy se neustále ukazují ve vašich údajích? Shrňte své závěry. Jakou důležitou informaci o této zkoumané oblasti chcete sdělit ostatním? Co v této oblasti považujete za důležité a proč?“ (Jako příklad zde může sloužit konzultace mezi učitelem a studentem, viz. Strauss, 1987, str. 166.)

Určení vlastností a dimenzí centrální kategorie

Centrální kategorii je třeba stejně jako všechny ostatní kategorie rozvinout ve smyslu jejích vlastností. Pokud příběh zformulujete správně, tak vám nejen ukáže centrální kategorii, ale také její vlastnosti. Vratme se k našemu příkladu s těhotenstvím. Identifikovali jsme dvě hlavní vlastnosti, spolu s jejich dimenzemi. Byla to „vnímaná rizika“ pohybujeť se od nízkých po vysoká. Byly zde dva zdroje rizik, těhotenství a onemocnění, z nichž každý komplikuje ten druhý a každý má svůj průběh. O těhotenství nebo onemocnění jsme mohli říci, že je pod kontrolou a že se tedy vyvíjí tak, jak by se vyvíjet mělo, protože rizika jsou pod kontrolou, nebo že není pod kontrolou, což indikovalo, že něco není v pořádku, protože rizikové faktory pod kontrolou nejsou. Schematicky lze tyto vlastnosti a dimenzionální rozsahy zaznamenat takto:

<i>Vlastnost</i>	<i>Dimenzionální rozsah</i>
vnímaná rizika	nízká vysoká
průběh těhotenství/onemocnění	pod kontrolou není pod kontrolou

Jakmile jsou určeny vlastnosti centrální kategorie, dalším krokem je uvedení ostatních kategorií do vztahu k centrální kategorii, čímž se z nich stanou *pomocné kategorie*. Ještě než však budeme pokračovat, máme zde dvě otázky týkající se centrální kategorie, které je třeba zodpovědět.

První otázkou je, jestli centrální kategorie musí být „základním psychosociálním procesem“ (Glaser, 1978, str. 100, viz. také kapitola 9, která se zabývá „procesy“ podrobněji) nebo nemusí. Odpověď je záporná. Nemusí. Zakotvená teorie je model orientovaný na jednání, a proto se teorie musí nějakým způsobem týkat jednání a změny, nebo příčin malé popř. minimální změny. Procesem ovšem sama centrální kategorie být nemusí, natožpak procesem psychosociálním, i když jím samozřejmě být může. (Viz. kapitola 11 o „procesu.“)

Vzpomeňte si z výkladu o kostře příběhu, že rozhodnutí o ústředním jevu je pro výzkum extrémně důležité. Ústřední jev je srdcem procesu integrace. Je matkou, která spojuje – a drží pohromadě – všechny složky teorie. Jakmile tento jev

určme a pojmenujeme jako centrální kategorii, pak můžeme pokračovat podle zbývajících kroků popsaných v této kapitole. Ovšem v analýze je badatelovou centrální kategorií jev, na který se zaměřuje.

Například pojem „povědomí“ (awareness, Glaser a Strauss, 1965) je podstatné jméno, které označuje určitý jev, tj. povědomí v či o nějaké situaci. V knize, v níž je tento jev analyzován, se vyskytuje jednání, změna, proces, stejně jako prvky paradigmatu. Zabývá se tím, jak různé typy povědomí (kontext) vznikají (podmínky jednání nebo interakce), jak jsou udržovány (strategie), jak se mění (proces) a co to znamená pro zúčastněné osoby (následky). Ovšem celá kniha je zorganizována okolo pojmu povědomí.

Druhým problémem jsou kritéria pro výběr centrální kategorie. Tato kritéria by měla odpovídat zkoumanému jevu a době jej popisovat. Také by měla být dostatečně široká, aby pojala a vztáhla k sobě - ve formě pomocných kategorií - ostatní kategorie. Centrální kategorie musí být jako slunce, v uspořádaném systematickém vztahu ke svým planetám.

Uvádění kategorií do vztahu k centrální kategorii

Uvádění ostatních kategorií do vztahu k centrální kategorii se opět provádí pomocí paradigmatu - podmíněné vlivy, kontext, strategie, následky. Jak jsme se již dříve zmínili, pojmenování kategorií nemusí obsahovat tyto paradigmatické termíny. Je třeba tedy určit, které kategorie označují které části paradigmatu. Toto určení kategorie v podstatě uspořádá do subkategorií podle paradigmatického vztahu. Jednoduše řečeno, analytické uspořádání vypadá asi takto: A (podmínky) vedou k B (jevu), který vede k C (kontextu), který vede k D (jednání nebo interakcím včetně strategií), které pak vedou k E (následkům).

Opět na chvíli pomineme podrobnosti spojené s každou pomocnou kategorií a omezíme se na práci s kategoriemi samotnými. Pamatujte si, že skutečný vzájemný vztah mezi kategoriemi je mnohem složitější než prostá přičinnost způsobující nějaké následky, a to vzhledem k souboru intervenujících podmínek, které situaci ovlivňují v různých okamžicích (intervenující podmínky viz. kapitoly 7 a 10). Právě tyto intervenující podmínky nám vysvětlují, proč jedna osoba dosáhla určitých výsledků nebo se rozhodla pro určité strategie, zatímco jiná osoba nikoliv. Proto je důležité intervenující podmínky identifikovat a určit jejich vztah k ostatním kategoriím.

Návrat k příběhu

Jak je třeba uspořádat a přeuspořádat kategorie ve smyslu jejich paradigmatických vztahů, aby adekvátně odpovídaly kostře příběhu? Abychom vám to ukázali, vrátíme se opět ke svému příběhu. Tentokrát však do něj vložíme více popisných podrobností. Náš příběh o těhotných ženách s chronickým onemocněním nyní vypadá následovně:

Chronické onemocnění zcela změnilo povahu těhotenství a připojí k němu rizika, která by v něm jinak nebyla. Interakcí mezi onemocněním a těhotenstvím vznikají rizikové faktory. Před dvaceti nebo třiceti lety měly ženy trpící cukrovkou, onemocněním ledvin nebo lupenkou jen zřídka děti, že se jim narodilo živé dítě. V době, kdy dosáhly reprodukčního věku, byl jejich vlastní zdravotní stav natolik vážný, že pro ně bylo velmi obtížné vůbec otěhotnět a posléze nepotratit. Dnes je mnoho chronických onemocnění léčeno a udržováno pod kontrolou tak, že zdraví žen je během jejich reprodukčního věku mnohem lepší než tomu bylo dříve. I dnes je třeba brát na taková těhotenství zvláštní ohledy, moderní věda však zmožňuje soběle šance těchto žen na živé a zdravé dítě a poskytl způsob, jak zvládat potíže novorozenců, které se mohou po porodu vyskytnout. Přirozeně, čím těžší je onemocnění, tím je obtížnější udržet symptomy pod kontrolou a tím jsou také vyšší rizika s nimi spojená. Také jsou zde určitá krizová období v průběhu těhotenství, která se zdají zdravotnickému personálu nebezpečnější než jiná. Například třicátý sedmý týden je zřejmě kritickým bodem u diabetiček, takže sledování jejich stavu je od tohoto okamžiku intenzivnější.

Je zajímavé si všimnout, jak tyto ženy určují úroveň rizika. Shromažďují údaje z mnoha zdrojů. Všimají si nápořádí od lékařů a sester, ale také spoléhají na své vlastní zkušenosti s těhotenstvím a onemocněním, i na zkušenosti ostatních. Dávají také pozor na plod samotný a vykládají si jeho pohyby a přírůstky tak, jak je vnímají ve spojitosti se svými vlastními přírůstky na váze. Sledují, jak se fyzicky cítí. To vše jim poskytuje údaje, z nichž odhadují úroveň rizika.

Dalším momentem je, že ženy, stejně jako zdravotnický personál, zvažují rizika spojená s různými navrhovanými léčebnými postupy. Zvažují nejen rizika hrozící dítěti, ale také jim samotným i ostatním (zvažování). Pokud si ženy myslí, že určitá dávka nějakého léku je příliš vysoká nebo nízká a ohrožuje jejich dítě, pak žádají lékaře, aby ji změnil, nebo si ji změnil samy. Když se domnívají, že léčebná metoda, kterou podstupují, není vhodná, snaží se dosáhnout změny léčebného postupu. Pokud se jim to nedaří, jsou schopny dokonce opustit nemocnici, a to i proti zákazu lékaře, jen aby své dítě a sebe zachránily. Ženy také zvažují rizika různých diet a léčebných postupů pro fungování jejich rodin. Pro ženu s dvěma

dalšími malými dětmi je velmi obtížné každé odpoledne si odpočinout. Pokud nemá nikoho, kdo by se o její děti staral, pak nemůže odpočívat.

Zvládání je společná funkce žen a zdravotnického týmu. Tím, že tyto ženy vstoupí do zdravotnického systému, předávají část funkcí zvládání svým lékařům, a to část týkající se diagnózy a určení léčby. Vlastní aplikování léčby už opět dělají ženy (a jejich partneři) doma, pokud ovšem nepotřebují hospitalizaci. Jejich strategie zvládání, podobně jako strategie jejich lékařů, se zaměřují na získání kontroly nad riziky. Některé z těchto strategií jsou určeny ke kontrole fyzických rizik ublížení dítěti a sobě samé, jiné ke zvládání psychologického strachu spojeného s fyzickými riziky. I otec dítěte hraje velmi významnou, byť ne tak přímou roli v procesu zvládání. Jeho úkolem je spíše podpora. Kdykoliv je to možné, přicházejí otcové k těhotenským prohlídkám spolu se svými ženami. Pokud se mohou uvolnit z práce, je téměř jisté, že tam budou, stejně tak tehdy, když žena podstupuje nějaké speciální vyšetření, potřebuje hospitalizaci nebo je třeba učinit nějaká závažná rozhodnutí. Výsledky strategií zvládání jsou různé. Pokud je onemocnění i těhotenství udrženo pod kontrolou a rizika jsou tedy omezena, pak je cíl - narození zdravého dítěte - dosažen. Někdy není možné dosáhnout omezení rizik. Stalo se, že přes všechnu snahu ženy a týmu zdravotníků chronické onemocnění destabilizovalo těhotenství nebo způsobilo porodní komplikace. Jedno dítě kvůli komplikacím zemřelo krátce po porodu. Jiné musely být na čas umístěny do porodnice s intenzivní péčí, ale nakonec byly propuštěny v dobrém zdravotním stavu. Všechny ženy věřily, že jejich dítě je výjimečné, protože toho tolik podstoupily, aby je získaly. A některé páry cítily, že je tato společná zkušenost více sblížila, protože toho spolu tolik podstoupily.

S použitím příběhu jako vodítka může analytik začít uspořádat a přeuspořádat kategorie podle paradigmatu, dokud se mu nezdá, že příběhu odpovídají, a tak vytvořit analytickou verzi příběhu. Jinak by kategorie zůstaly pouhým seznamem. Zde je příklad takového uspořádání. Ve výzkumu o těhotenství se vynořily následující kategorie: Rizikové faktory (zdroje rizik), Kontext rizika, Touha po zdravém dítěti, Hodnocení, Zvažování, Kontrola (společný proces zvládání) a Výsledek (omezení rizik). Byly zde další dvě významné kategorie. Ty se staly vlastnostmi centrálního pojmu, Ochranná regulace, jakmile byly identifikovány. Byly to: vnímaná úroveň rizika a průběh těhotenství a onemocnění.

Nakonec jsou Rizikové faktory (výslednice vlivu těhotenství a onemocnění) nazírány jako rizikové *podmínky*, které vedou k nutnosti užít zvláštní typ zvládání pojmenovaný Ochranná regulace. Kontext rizika byl určen jako *kontext* vedoucí k jednání. Označoval, kde na dimenzionální škále rizika se žena umísťovala a jestli se domnívala, že se její těhotenství nebo onemocnění vyvíjí tak, jak by mělo. Zde,

stejně jako při axiálním kódování, byl Kontext rizika vytvořen pomocí interakcí mezi vlastnostmi Ochranné regulace. Tento kontext se mění podle rozsahu *diagnózy* nebo podle možné kombinace vnímané úrovně rizika a průběhu těhotenství/onemocnění. Hodnocení (jednání) se považuje za intervenující podmínku mezi jevem Ochranná regulace a Kontextem rizika. To proto, že zhodnocení napovídá se stalo prostředkem, jímž ženy definují úroveň rizika svého těhotenství. Musely shromáždit informace o svých specifických rizikových faktorech, přičemž přesnost shromážděných informací závisela na úrovni znalostí, předchozích zkušenostech s těhotenstvím, interpretaci událostí, které se staly během těhotenství vyšetření, apod.

Kontrola se stala termínem pro strategie, které ženy používaly pro zvládání jak fyzických, tak psychologických rizik, které si spojovaly se svým těhotenstvím. (Ačkoliv kontrola je proces zvládání, na němž se podílí jak tým zdravotníků, tak ženy, v několika nadcházejících odstavcích budeme mít na mysli pouze jednání žen.) Motivace a zvažování jsme považovali za významné intervenující podmínky mezi kontextem rizika a kontrolou, protože možnosti léčby byly vždy zvažovány spolu s touhou po zdravém dítěti. (Do tohoto zvažování byly samozřejmě zařazeny pouze použitelné možnosti. To znamená dostupná technologie, znalosti lékařů o ní, plus mnoho intervenujících podmínek jako třeba zkušenosti s onemocněním.) Kontrolující jednání bylo v podstatě výsledkem tohoto procesu zvažování. Kategorie Výsledné omezení rizika je ekvivalentem *následků*, neboli konečných výsledků těchto strategií kontroly. To znamená udržení rizikových faktorů těhotenství a onemocnění na minimální úrovni, což vede ke zdravému dítěti. Názorně by se toto analytické schéma dalo vyjádřit takto:

Rizikové faktory spojené s těhotenstvím + Chronické onemocnění →
vede k Potřebě Ochranné regulace

Jak je Ochranná regulace vykonávána:

Zhodnocení vede k určení Kontextu rizika, který je ovlivňován: Motivací, Zvažováním + Dalšími intervenujícími podmínkami → vede k F: Strategie kontroly rizik →
výsledkem čehož je nakonec Omezení rizika

Toto uspořádání kategorií by nevzniklo bez pořádné dávky přemýšlení. Umístění některých prvků bylo zřejmé, například kontrola je bezpochyby strategie. Umístění hodnocení a zvažování již bylo obtížnější. Označují jednání, které však není tou strategií, která výsledkem řídí, přestože její ovlivňuje. Hodnocení, zvažování a kontrola mohou být společně považovány za prostředky, jimiž je ochranná regulace vykonávána, za jakýsi proces o třech stádiích.

Vyprávění příběhu a sekvenční uspořádání tohoto vyprávění jsou klíčem k jasnému uspořádání kategorií. Pokud je příběh vyprávěn přesně a logicky, nemělo by být uspořádání kategorií příliš obtížné.

Obtíže při uspořádávání kategorií

Pokud máte v tomto stádiu výzkumu stále problémy s uspořádáním svých kategorií, pak byste se měli pokusit o převyprávění svého příběhu. Potíže s integrací většinou indikují, že v logice vašeho příběhu není něco v pořádku nebo tam něco chybí. Možná jej budete muset převyprávět několikrát, než bude úplně správný. Teprve pak vám umístění kategorií bude dávat smysl.

Ověřování vztahů

Nyní bychom mohli vyslovit hypotetický výrok o vztazích mezi kategoriemi. Výrok o zvládnutí těhotenství by mohl, možná dosti komplikovaně, znít takto: „Je-li těhotenství komplikováno chronickým onemocněním, ženy se uchylují k ochrannému jednání, aby snížily jimi vnímané riziko, a to tak, že zhodnotí úroveň rizika, zváží možnosti léčby a užijí společného procesu zvládnutí nazvaného 'kontrola' – tak, aby minimalizovaly riziko a měly zdravé dítě.“ Vyzbrojení takovým výrokem se můžeme vrátit k údajům nebo do terénu a ověřit jej. Platí tento výrok v širším kontextu pro každou zkoumanou osobu? V našem skutečném výzkumu jsme to udělali a výrok platil pro každý případ. Ovšem všimněte si, že tento výrok je velmi statický a nevysvětluje nic ze složitosti a odchylek, které badatel viděl. Co teď? Abychom mohli zodpovědět tuto otázku, budeme muset přikročit k následujícímu kroku procesu integrace.

Odhalování pravidelností

Během axiálního kódování si badatel začne všimnat určitých „pravidelností“ (opakujících se vztahů mezi vlastnostmi a dimenzemi kategorií). Například badatelům ve výzkumu těhotenství bylo zřejmé, že ženino vnímání rizik mělo během průběhu těhotenství tendenci kolísat spolu se stavem těhotenství a onemocnění a že jakmile se změnilo její vnímání, změnilo se i strategie, které používala.

Při vytváření kategorií během axiálního kódování dochází v určité míře k integraci. Vezměme si jako příklad kategorii Hodnocení. Když se zeptáme, proč ženy neustále hodnotí, automaticky odpovídáme „kvůli riziku, které je výsledkem

spolupůsobení těhotenství a onemocnění.“ Proto jsou tyto dvě kategorie, Hodnocení a Rizikové faktory, ve vzájemném vztahu, ačkoliv vztahy navrhované v axiálním kódování jsou stále poměrně volné.

Jinými slovy, síť konceptuálních vazeb již existuje, ačkoliv ve volné a poněkud zamotané podobě, a badatel ji pomocí selektivního kódování musí jen uspořádat a zdokonalit. Je velmi důležité identifikovat tyto pravidelnosti a podle nich uspořádat údaje, protože právě to teorii dodává na určitosti. Pak můžeme říci: Za těchto podmínek (jejich výčet) se stane to a to, zatímco za jiných podmínek zase něco jiného.

Systematizace a upevňování spojení

K systematizaci a upevnění spojení používáme kombinaci indukce a dedukce, kdy neustále klademe otázky, vytváříme hypotézy a porovnáváme.

Z našeho dosavadního výkladu o kódování již víte, že kontext je konkrétní soubor vlastností jevu – podmínek – do něhož je jednáni zasazeno. Také víte, že kontext je v podstatě uspořádáním. Uspořádáním čeho? Vlastností obecného jevu, uspořádaných v různých kombinacích na dimenzionálních škálách do vzorců – pravidelností. (Tento výrok je pouze zpracováním původní definice předložené v kapitole 7.)

Abyste si dokázali představit, jak to funguje, vrátíme se nyní k našemu příkladu o Ochranné regulaci. Její vlastnosti jsme určili jako: „vnímání rizika“, které se může pohybovat od nízkého až po vysoké, a „průběhu“ těhotenství a onemocnění, který je nebo není pod kontrolou. Tyto dvě kategorie se různým způsobem kombinují do vzorců (pravidelností), které vytvářejí kontext jednání. V našem výzkumu o těhotenství jsme identifikovali čtyři kontexty. Byly to:

- (1) Pod kontrolou, riziko nízké.
- (2) Pod kontrolou, riziko vysoké.
- (3) Není pod kontrolou, situace není kritická.
- (4) Není pod kontrolou, kritická situace.

Způsoby objevování těchto kombinací

Existuje několik způsobů objevování těchto pravidelností. Kombinace se někdy jednoduše vynoří během analýzy. Po několika měsících, kdy jste ponořeni v údajích, si nemůžete nevšimnout rozdílů a postupně se vynořujícími pravidelnostmi. Možná, že okamžitě nerozpoznáte všechny detaily těchto pravidelností, ale

¹ v originále *patterns* (pozn. př.)

jsite si vědomi odlišností. V našem výzkumu těhotenství si badatelka všimla, že vnímání rizika se během času měnilo podle stavu těhotenství a onemocnění. Jakmile se stala teoreticky citlivou vůči těmto změnám, začala v údajích pátrat po dalších důkazech této pravdivosti, stejně jako po konkrétních odpovědích na otázky proč, jak apod.

Jakmile znáte vlastnosti ústředního jevu, můžete různé kombinace odvodit. K tomu dobře slouží čtyřpolní tabulka.

Někdy na pravdivosti v odlišnostech narazíte náhodou. Při kódování si všimnete nějaké odlišnosti a vysledujete ji zpět, abyste tento objev objasnili. Nebo vás to náhle napadne během pozorování; nápad uspíšený předchozími pozorováními nebo něčím, co jste slyšeli v rozhovoru. Vztahy, o nichž jste celé týdny přemítali se najednou vyjasní. Totéž se vám může stát, když se bavíte s kolegou, čtete příbuznou literaturu nebo třeba i při řízení auta. Tento vhled a radost, která jej doprovází, často badatelé užívající zakotvenou teorii nazývají „radost z objevu.“ (Je vždycky dobré mít s sebou tužku a papír, abyste si tyto blesky analytické bouřky mohli poznamenat. Glaser, 1978, str. 58). (Tento postup jsme probírali v kapitole 7 o axiálním kódování.)

Seskupování kategorií

Pokud jste již identifikovali rozdíly v kontextu, můžete začít systematicky seskupovat kategorie. Seskupují se podle dimenzionálních rozsahů svých vlastností, v souladu s objevenými pravidelnostmi. Toto seskupování se opět děje pomocí kladení otázek a porovnávání. Vraťme se k našemu výzkumu těhotných žen a zamysleme se nad kategorií Hodnocení. Jednou z vlastností Hodnocení je to, že je založeno na Náповědích. To znamená, že ženy hledaly náповědi o podstatě rizikových faktorů tak, jak je ony samy viděly. Náповědi měly zase svou vlastnost: typ (náповědi). Typ byl rozdělen na fyzické, interakční, časové a cílové náповědi. Otázka, na kterou jsme nyní hledali v údajích odpověď, byla následující: Jak se náповědi měnily v různých kontextech? Jinými slovy: Jak se fyzické, interakční, časové a cílové náповědi v kontextu, kdy je riziko nízké a těhotenství a onemocnění jsou pod kontrolou, liší od náповědi v kontextu, kdy je oproti předchozímu kontextu riziko nízké? A jak se náповědi v kontextu, kdy těhotenství a onemocnění nejsou pod kontrolou, ale situace není kritická, liší od náповědi v kontextu, kdy situace kritická je? Všimněte si, že skutečně porovnáváme podle potenciálních dimenzionálních rozsahů. To znamená, že interakční, časové, fyzické a cílové náповědi by se měly lišit svým typem, intenzitou apod. Tyto rozdíly nám umožňují přiřadit tyto náповědi různým kontextům.

Ve svém výzkumu těhotenství jsme analyzovali tímto způsobem nejen Hodnocení, ale i Rizikové faktory, Zvažování, Kontrolu a Výsledky. Při analýze si badatelka pomáhala následujícími otázkami: Jak se lišily rizikové faktory těhotenství a onemocnění v různých kontextech? Jaké možnosti zvažovaly ženy v různých kontextech a jak touha po zdravém dítěti ovlivňovala jejich rozhodnutí? Jaké formy, co se týče strategií kontroly, nabývalo společně zvládání v různých kontextech? Jak se lišily výsledky těchto strategií? Pomocí takovéhoho systematického zkoumání údajů začnou kousky analytické skládanky, kterým musí badatel nevyhnutelně čelit, zapadat do sebe. Nyní jsou údaje pro každou hlavní kategorii spojeny nejen na široké úrovni pojmů, ale také na úrovni vlastností a dimenzí. Tím jste získali základ teorie!

Zakotvení teorie

Ověření teorie podle údajů dokončí proces jejího zakotvení. Dělá se to tak, že pomocí schémat nebo narativně se vytvoří návrh teorie. Pak se výslovné výroky o vztazích mezi kategoriemi v různých kontextech a tyto výroky se nakonec ověřují podle údajů. Tyto postupy opět nejlépe osvětlíme na našem příkladu s výzkumem těhotenství.

Návrh teorie

Narativně podaný návrh teorie Ochranné regulace by v tomto okamžiku vypadal asi následovně. (Mnoho podrobností jsme vypustili.)

Ochranná regulace v kontextu s nízkým rizikem a těhotenstvím i onemocněním pod kontrolou

Riziko je hodnoceno jako relativně nízké a stav těhotenství i onemocnění je vnímán jako „pod kontrolou“, protože průběh rizikových faktorů – onemocnění a těhotenství – je stabilizovaný. Mezi fyzické, interakční, časové a cílové náповědi, které vedly ženy k tomuto Hodnocení, patří: malé množství a mírná forma fyzických symptomů onemocnění, výsledky lékařských vyšetření jsou „normální“, tlukot srdce a růst plodu je normální, plod se pohybuje. Ženy se cítily být „zdravé“ a věřily, že mají „onemocnění pod kontrolou.“ Většina byla v počátečních fázích těhotenství. Díky tomuto hodnocení ženy usuzovaly, že jejich nyníjším úkolem je udržet riziko na nízké úrovni, tedy udržet onemocnění i těhotenství pod kontrolou.

Co se týče **Zvažování**, ženy se domnívaly, že ohledně možností léčby mají na výběr. Některé si mohly dovolit po tuto dobu přestat užívat rizikové léky, jiné mohly alespoň snížit jejich dávky. Ostatní způsobily léčby - dietu a odpočinek - vnímaly jako přízpusobitelné. Tyto ženy dělaly vše, co bylo třeba, v mezích svých vlastních možností a fungování rodiny.

Společně zvládání by se v tomto kontextu dalo označit jako Doplnující kontrola, tj. zodpovědnost sdílená ženou a týmem zdravotníků. Samy ženy vnímaly roli týmu zdravotníků jako **Podporu**. Nejdůležitějšími intervenujícími podmičkami, které umožňovaly tento způsob zvládání, zde byla stabilita onemocnění a těhotenství a ženino sebevědomí ohledně schopnosti obojí zvládat. Strategie kontroly, které užíval tým zdravotníků, by se daly nazvat **Dohlížení nad celkovou pohodou ženy a plodu**. Toto dohlížení bylo vykonáváno v omezeném čase, protože lékaři mají nabitý program a tato těhotenství nevyžadovala mnoho času a energie zdravotnického personálu. Strategie kontroly užívané ženami by se daly nazvat **Investice do zdravého dítěte a sebe samotné**. Tento typ kontroly byl vykonáván pomocí několika taktik. Například některé ženy začaly svůj léčebný režim dodržovat pečlivěji než před těhotenstvím. Protože již užívaly nějaké léky kvůli svým onemocněním, zvláště pečlivě se vyhýbaly látkám nepříznivě ovlivňujícím vývoj plodu jako je káva nebo alkohol. Přestaly užívat volně prodejné léky jako aspirin a snažily se nepřijímat bolesti hlavy vydržet. Zlepšily svou výživu a jedly více zeleniny a bílkovin. To vše vyžadovalo určité změny v domácnosti, našťastí však většina rodin spolupracovala. Ženy začaly být velmi opatrné a často žádaly lékaře o snížení dávek léků s tím, že budou více odpočívat apod., pokud to podle názoru lékaře může pomoci. Strategie kontroly užívané partnery žen jsme zde nazvali **Dohlížení nad svými investicemi**. Mezi taktiky partnerů patřilo připomínání ženám, aby dodržovaly svůj režim, chválení úsilí a pomoc při shromažďování informací o zvláštních potřebách týkajících se těhotenství.

Pokud bylo riziko nízké a těhotenství i onemocnění bylo pod kontrolou, ženy měly jen málo psychologických obav týkajících se výsledku - **Obav o následky**. Navštěvovaly kurzy pro těhotné, vybraly pro své dítě jméno, představovaly si, jak bude vypadat, nakupovaly pro něj oblečení a vybíraly nábytek. Aby si ulevily od potenciálních obav, užívaly pozitivního myšlení a představitivosti.

Byly okamžiky, kdy se mezi ženami a týmem zdravotníků **vnímání rizika lišilo**, kdy ženy vnímaly riziko jako větší nebo menší, než jak jej hodnotil tým zdravotníků. V takové situaci používaly obě strany strategie a obranné strategie ve snaze přesvědčit druhou stranu. Někdy se jim to povedlo, jindy ne (z analytických specifických důvodů). Nicméně jednání každé ze stran se řídilo jejich vlastním vnímáním rizika, ať již druhá strana souhlasila nebo ne.

Když byly pokusy o kontrolu úspěšné, pak byla rizika minimalizována a těhotenství a onemocnění bylo pod kontrolou. **Odplatou** zúčastněným za jejich úsilí bylo Omezení rizika a Výsledkem „zdravé“ dítě a matka. Ženy rodily běžnou cestou, v což všechny doufaly. Také byly ochotny uvažovat o dalším těhotenství. Přímo po porodu i po šesti týdnech byla vidět jejich pevná vazba na dítě.

Tento kontext, v němž je riziko nízké a těhotenství i onemocnění je pod kontrolou, je protikladem jiného, který nyní popíšeme a analyticky ukážeme na rozdíl.

Kontext, kdy těhotenství i onemocnění nejsou pod kontrolou, avšak situace není kritická

Riziko je hodnoceno jako vysoké a těhotenství a onemocnění není pod kontrolou, protože se s nimi děje něco špatného. Již nejsou stabilizované. Lékařské nebo porodnické komplikace ohrožují výsledek, ale ještě nedosáhly kritických rozměrů. Nápovědi, které ženy vedly k tomuto Hodnocení byly následující: intenzifikace symptomů onemocnění, jako jsou dýchací obtíže nebo únava ztěžující i rutinní činnosti. Další bylo objevení se porodnických komplikací jako předčasné porodní bolesti, krvácení nebo eklampsie. Například jedna žena se dozvěděla, že růst jejího plodu je nedostatečný, že plod je „na svůj gestační věk příliš malý.“ U jiné ženy, když přišel třicátý sedmý týden, tým zdravotníků zintenzivnil své úsilí včetně použití doplňkových porodnických vyšetření. Přesto zde však byly příznaky, které ženu ujišťovaly, že má stále šanci, že porodí zdravé dítě. Silný tep srdce plodu a jeho normální pohyblivost byly některé z těchto ujišťujících nápovědí. Jejich **Úkolem**, jak jej samy vnímaly, nyní bylo dostat onemocnění a těhotenství pod kontrolu, vrátit je do normálního stavu a omezit rizika.

Ženy byly stále vysoce motivované svou touhou po zdravém dítěti. **Zvažování** bylo v tomto kontextu komplikovanější, protože ženy měly méně možností na výběr. Musely dělat **kompromisy**. Někdy bylo možné těhotenství udržet jen za cenu vyšších dávek léků s potenciálními vedlejšími účinky. Bylo třeba vybrat nejméně rizikový lék. Hospitalizace často znamenala také ohrožení pracovního místa, přípravy dětí do školy a podobně. Zde se ženy musely rozhodovat mezi očekávaným zdravím dítěte a pohodou v práci a rodině. I když dítě bylo na prvním místě, samo rozhodnutí zařadit jej na toto první místo bylo často těžké.

Společně zvládání za těchto podmínek jsme nazvali **Svěšená kontrola**. Intervenujícími podmínkami umožňujícími tento způsob kontroly byly: nestabilita onemocnění nebo těhotenství a ženina víra ve schopnosti týmu zdravotníků omezit rizika. Tým zdravotníků na to reagoval **Zvýšením úsilí** s taktikami jako jsou čas-

tější návštěvy ženy, konzultace s dalšími lékaři, zmnožení porodnických a lékařských vyšetření, změny léčebných postupů a často také hospitalizace, z důvodu větší kontroly nad situací. Strategie kontroly užívané v tomto kontextu ženami jsme nazvali **Činění nezbytných opatření**. Pečlivěji sledovaly své symptomy a všechny změny hlásily lékařům. Udělaly nutné změny ve svém programu, byť to měla být dočasná hospitalizace, třeba i se členy rodiny, kteří se o ně starali. Přísně dodržovaly léčebný režim. Jejich situace doma často omezovala jejich úsilí. Pokud žena nemohla najít nikoho, kdo by jí pohlídal její ostatní děti, nemohla být hospitalizována, musela zůstat doma a léčit se co možná nejlépe tam. Z pohledu lékaře je hospitalizace žádoucí, ale z těchto podmínek by narušila chod domácnosti. Ke komunikaci mezi nemocnicí a domácností ženy používaly telefon.

Ve třech případech se ženy domnívaly, že léčba, kterou v nemocnici podstupují, dokonce zvyšuje riziko, které jim a jejich dětem hrozilo. Když se jim nepodařilo vymoci si změnu léčebného postupu, uchýlily se ke strategii **Odebrání světené kontroly**, a to tím, že opustily nemocnici, aby tak „zachránily své dítě“ a sebe sama.

Úsilí partnerů v tomto kontextu jsme nazvali **Dočasný pečovatel**. Nejenže museli ještě více podporovat své těhotné partnerky, ale také byli nuceni převzít všechny domácí práce, které jinak dělá jejich žena. Obavy o následky byly tímto kontextu čtenější. V obavě, že nebudou mít zdravé dítě, se ženy uchýlovaly k ochranné strategii **Pozdržení příprav na dítě**, dokud nebudou rizika omezena.

Když bylo jejich úsilí úspěšné, těhotenství a onemocnění se dostaly zpět pod kontrolu a rizika byla minimalizována, což ženám umožňovalo dosáhnout kýmého **Výsledku**. Narození zdravého dítěte bylo pocíťováno jako **Obrovská úleva**. Byly zde jak běžné porody, tak porody císařským řezem. Dvě děti byly na svůj gestační věk příliš malé. Některé ženy byly ochotny uvažovat o dalším těhotenství a jiné usoudily, že rizika jsou příliš vysoká. Ačkoliv se ženy zdržovaly emocionálních a fyzických příprav na dítě, všechny si po porodu k dítěti vytvořily pevný vztah.

Formulace a ověřování výroků o vztazích

Jakmile máme **návrh** různých stránek teorie před sebou ve **formě záznamu**, a to názorného nebo narativního, jsme připraveni formulovat výroky o vztazích a ověřovat tyto výroky podle údajů. Tyto výroky by měly popisovat vztahy mezi všemi výše zmíněnými kategoriemi tak, jak se mezi sebou v každém kontextu liší. Vztahy mohou být porovnány s údaji, čímž se ověřuje jak výrok, tak i rozdíly mezi kontexty na úrovni dimenzí.

Například bychom mohli formulovat takovýto výrok: **Když jsou tyto ... interakční, časové a fyzické nápoředi přitomny, pak budou ženy hodnotit své těhotenství jako méně rizikové a pod kontrolou. V případě, že žena vnímá své těhotenství jako méně rizikové a pod kontrolou a je zároveň vysoce motivovaná mít zdravé dítě, pak použije formu společného zvládnání nazvanou Doplnující kontrola. Jestliže je doplňující kontrola úspěšná, pak žena porodí zdravé dítě.**

Mohli bychom formulovat také tyto výroky: **Když žena vnímá své těhotenství jako méně rizikové a pod kontrolou, pak se začne na dítě připravovat. Nebo když žena vnímá, že její těhotenství není pod kontrolou, ačkoliv situace není kritická, pak odloží přípravy na dítě, než budou rizika omezena.**

Takové výroky jsou potom porovnávány s každým případem a zjišťuje se, jestli mu odpovídají nebo ne. Opět sledujeme, jestli odpovídají v obecném smyslu a ve většině případů, nikoliv nutně přesně v každém případě. Tyto výroky je možné neustále upravovat, dokud není na obecné úrovni dosaženo shody.

Co když nějaký případ teorii neodpovídá?

Občas narazíme na typický případ, který přesně odpovídá pravidelhostem. Ovšem obvykle se dokonalá shoda nevyskytuje. Je třeba umístit případy do nejvhodnějšího kontextu a použít kritéria co nejlepší shoda spíše než dokonalá shoda. Shodu si však nemůžeme vynutit. Vyskytují se případy, které jakoby nikam nepatřily. A existují pro to příčiny.

Některé případy představují **stav přechodu**, protože některé ze základních podmínek vedoucích k ústřednímu jevu se změnilly nebo se právě mění. Tato změna podmínek zase změnil dimenzionální umístění vlastností a kontext vedoucí k jednání. Případy ve stavu změny nebo přechodu vykazují rysy dvou různých kontextů. Leží někde mezi a ani do jednoho z nich nepasují. Jedním způsobem, jak tuto situaci vyřešit, je vnést do teorie proces. (Tím se budeme zabývat v kapitole 10.)

Dalším vysvětlením případu, který nikam nepasuje, je častý vliv **intervenujících podmínek**. Například je možné, že žena cítí, že proležeť devět měsíců v posteli je více, než je ochotna pro zdravé dítě udělat. Mohla by si vybrat méně omezující způsob regulace, který bude méně ochranný pro plod a více ochranný pro její vlastní zájmy. To teorii ochranné regulace ani výroky o vztazích mezi kategoriemi nutně nepopírá. Spíše to ukazuje na odchylku. Analytik nyní musí vysledovat a určit podmínky, které tuto konkrétní odchylku způsobují. Jakmile to udělá, může je včlenit do teorie.

Podívejte se ještě jednou na příklad kontextu s nízkým rizikem a těhotenstvím a onemocněním pod kontrolou. Všimněte si tam kategorie označené Když se vnímá rizika lišilo. V kontextu s vysokým rizikem, kdy situace není kritická, je zase kategorie Odebrání svěřené kontroly. Tyto kategorie tam jsou, aby vysvětlily odchylky ve společném zvládnutí. Když žena v kontextu s nízkým rizikem a těhotenstvím a onemocněním pod kontrolou hodnotila úroveň rizika níže než zdravotníci, pak nedodržovala předepsaný režim. Místo toho se sama rozhodovala, co je nebo není třeba dělat. V kontextu s vysokým rizikem, kdy situace není kritická, užívaly ženy určitou formu společného zvládnutí – svěřenou kontrolu – což znamenalo, že většímu zvládnutí nechaly na zdravotnicích obvykle tím, že se nechaly hospitalizovat. Ovšem když si myslely, že léčba v nemocnici jim ve skutečnosti škodí, vzaly si kontrolu zpět, obvykle tím, že nemocnici opustily.

Dále je ještě třeba říci, že jednotlivé rozhovory, pozorování, apod. je třeba rozdělit na příslušné části. To platí zvláště tehdy, když jsou údaje shromažďovány v sériích nebo během času, a ještě více, když jsou rozloženy do několika rozhovorů a pozorování. V našem výzkumu těhotenství se někdy úroveň rizika drasticky změnila i během několika dní, v reakci na změny ve stavu onemocnění a těhotenství, a tak jeden rozhovor mohl obsahovat údaje vztahující se ke dvěma nebo více kontextům. V jednom okamžiku nastávající matka mluvila o svěřování kontroly, zatímco v následujícím již mluvila o tom, jak si ji vzala zpět, a ve zbytku rozhovoru pak přeskakovala z jedné situace do druhé. Analytik si musí tyto příslušné střípky uspořádat a nenakládat s jedním pozorováním nebo rozhovorem jako s jednou entitou. Pamatujte si, že analyzujeme případy, události, situace, nikoliv rozhovory, pozorování, apod. jako takové.

Doplňování nedostatků kategorií

Teď, když máme radost, že naše teoretická konstrukce obstála při pečlivém zkoumání a že procesy a podmínky jsou v ní včleněny a zohledněny, se můžeme vrátit ke kategoriím a doplnit jakékoliv chybějící podrobnosti. To dodává teorii *pojmovou humnost*, a také zvyšuje *pojmovou určitost*. Toto doplňování pokračuje i v té fázi projektu, kdy se připravuje publikace výsledků, protože právě při psaní se objevují drobné nedostatky v teoretických formulacích. (Tímto se budeme dále zabývat v kapitole 13.)

Vezměme si za příklad opět náš výzkum těhotenství. Dejme tomu, že badatel poté, co roztřídlí údaje podle určitých pravidelností v rizikovém kontextu, zjistí, že kategorie a dimenze patří do kontextu, kdy riziko je nízké a onemocnění i těhotenství je pod kontrolou, jsou dobře rozvinuté. Oproti tomu však kategorie a dimenze patří do kontextu, kdy riziko je vysoké a onemocnění a těhotenství

nejsou pod kontrolou, dobře rozvinuté nejsou. V takové situaci se analytik může vrátit do terénu a shromáždit specifické údaje, které mu pomohou tyto nedostatky odstranit. Takto je možné doplnit jakoukoliv kategorii, která se nám zdá nedostatečně zpracovaná.

Tohle uzavírá naše pojednání o selektivním kódování. Připomínáme opět, že oněch pět postupů, podle nichž je tato kapitola uspořádána, není nutné používat v uvedeném pořadí. My jsme o nich v tomto sledu psát museli, abyste každému souboru analytických postupů snadněji porozuměli. Až se je naučíte rutinně používat, těžko si vůbec všimnete, jak se pohybuje od jednoho k druhému.

Souhrn

Integrace všech výsledků interpretace získaných během celého výzkumu je možná nejobtížnější fází vývoje zakotvené teorie. I zkušební badatelé s ní mají potíže. Postupy zakotvené teorie nám však s integrací podstatně pomáhají. V této kapitole jsme si vysvětlili důvody vyjasnění příběhu, vytvoření jasné kostry příběhu a jejich převedení do *analytického* příběhu. Hlavním z těchto postupů je výběr centrální kategorie a uvedení všech hlavních kategorií do vztahu jak k této centrální kategorii, tak do vzájemných vztahů mezi sebou. Vše jsme předvedli na rozsáhlém ilustrativním příkladu.