

Staré a cizí: Zranitelnost a intersekcionalita ve zdravotní péči³²

EMA HREŠANOVÁ, ALENA GLAJCHOVÁ

The Elderly and Foreigners: Vulnerability and Intersectionality in Healthcare

Abstract: This paper seeks to understand what constitutes vulnerability among healthcare users in relations and social interactions with their healthcare providers. While many authors see vulnerability as an intersection of more or less permanent categories, such as gender, sexuality, social class, or ethnicity/race etc., we point to much more subtle and situational forces at play. In particular, we argue that vulnerability results from patients' situational or contextual in/capability or un/willingness to communicate. We apply an interactional theory, namely a group-centred and relational approach (Choo, Ferree 2010; Giritli-Nygren, Olofsson 2014; McCall 2005) that focuses on particular marginalised groups and studies their relations to dominant groups. We build on ethnographic research with two different groups: (1) elderly patients in a long-term care unit; (2) foreign-born women who received care during their pregnancy and childbirth in Czech healthcare facilities and maternity wards. Our research includes participant observation in hospital settings and ethnographic in-depth and semi-structured interviews with healthcare users as well as providers.

Keywords: Czech healthcare; cognitive barriers to communication; language

Hrešanová, Ema, Glajchová, Alena. 2018. „Staré a cizí: Zranitelnost a intersekcionalita ve zdravotní péči.“ *Gender a výzkum / Gender and Research*, Vol. 19, No. 2: 75–101. DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/25706578.2018.19.2.427>.

³² Tento text vznikl díky podpoře Grantové agentury ČR (grant č. 16-10953S) v rámci projektu „Migrace a zdraví matek: těhotenství, porod a rané rodičovství“.

Úvod

Zdraví nebo nemoc představují zásadní životní dimenzi, která je nutným základem veškerého dalšího konání. V našem příspěvku se zaměřujeme na tuto esenciální oblast žité zkušenosti, přičemž pozornost věnujeme kontextu zdravotní péče jako oblasti, jež významně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Předmětem našeho konkrétního zájmu jsou sociální interakce mezi zdravotnickým personálem a těmi uživateli a uživateli zdravotní péče, kteří se ve vztahu k jejím poskytovatelům a poskytovatelkám ocitají ve zranitelné pozici. Zranitelnosti (*vulnerability*) rozumíme jednoduše jako jakési „náchylnosti k jakémukoliv typu újmy, ať již fyzické, morální či spirituální“, způsobené nějakým činitelem nebo aktérem/aktérkou (Little et al. 2000: 495).

Zkušenost nemoci sama o sobě výrazně oslabuje trpící/ho ve vztahu k poskytovatelům a poskytovatelkám péče, zejména jde-li o lékaře. Zranitelnost ve zdravotní péči se tudíž nevyhnutelně prolíná se ztrátou autonomie nebo oslabením (*disempowerment*) a váže se úzce k problematice mocenských vztahů a sociálních nerovností. V tomto textu však ukazujeme, že zranitelnost je komplexnější kvalitou, kterou významně ovlivňují mnohačetné a navzájem se propojující faktory. Jejich průniky a nuance nám umožňuje uchopit a rozkrýt intersekcionalní teorie, jejichž prizmatem na zranitelnost ve zdravotní péči nazíráme. V tomto textu je naším konkrétním cílem rozkrýt, co přesně status zranitelnosti ve zdravotní péči konstituuje. Domníváme se, že je zapotřebí hlubšího porozumění tomu, co konstituuje zranitelnost ve zdravotní péči, neboť to může přinést nejen lepší pochopení zkušenosti nemoci a procesu uzdravování v kontextu sociálních vztahů, ale takové znalosti mohou především přispět ke zlepšení poskytované zdravotní péče.

Badatelé a badatelky pracující s intersekcionalním přístupem v této souvislosti vyzdvihují zejména roli takových faktorů, jako je gender, sexualita, sociální třída či geografická lokalita apod. Náš text však ukazuje, že do interakcí mezi uživateli/lkami a poskytovateli/lkami zdravotní péče výrazně zasahuje i situační a kontextuálně podmíněná ne/schopnost domluvy nebo spolupráce, způsobená například jazykovými či kognitivními bariérami. Vycházíme přitom ze zjištění etnografického výzkumu ve dvou segmentech zdravotnictví, z nichž první se dotýká péče o osoby v seniorském věku a druhý péče o těhotné a rodící ženy, jež se nenarodily v České republice.

Nejprve představíme tu oblast sociálněvědního výzkumu zdraví, jež pracuje s intersekcionalní teorií. Na ni navazuje část, která se zabývá konceptem zranitelnosti ve výzkumech zdravotní péče. Po metodologické sekci následují dvě empirické části: v první se věnujeme interakcím na nemocničním oddělení dlouhodobé péče, druhá seznamuje s tím, jak probíhala komunikace a interakce mezi ženami cizinkami a zdravotnickým personálem v českých zdravotnických zařízeních. V závěrečné části nabídneme na základě našich zjištění rekonceptualizaci klíčového pojmu zranitelnost.

Intersekcionalita ve výzkumu zdraví

V oblasti sociálněvědního výzkumu zdraví a nemoci, zejména ženského zdraví, existuje dlouhodobý zájem o otázky strukturálních nerovností ve zdraví. Autorky Lynn Weber a Deborah Parra-Medina (Weber, Parra-Medina 2003) i Sheryl Reimer-Kirkham (Reimer-Kirkham 2014) identifikovaly na širším poli výzkumu sociálních nerovností ve zdraví dva dominantní přístupy, které se vyvinuly relativně nezávisle na sobě, a teprve v poslední době přistupují jejich stoupenci k dialogu. První, biomedicínský přístup vyvěrá z pozitivistických pozic, usiluje o objektivitu a neutralitu poznání a soustředí se primárně na jednotlivce a jeho tělo. Druhý, feministický přístup vychází ze sociálního konstruktivismu a pracuje převážně s intersekcionalní teorií, přičemž upozorňuje na zakotvenost zdraví a nemoci v sociálním kontextu. Z intersekcionalního úhlu pohledu tak nemoc či zdraví úzce souvisí se vztahy v rodině, komunitě a v dalších sociálních institucích a nelze je redukovat jen na záležitost individuálních lidských těl, jako to činí biomedicínský přístup (Weber, Parra-Medina 2003: 185). Biomedicínský model pracuje zejména s tzv. distribučním modelem sociálních nerovností a lineárním přírůstkovým měřením sociálních nerovností, v němž jsou porovnávány předem stanovené kategorie nerovnosti (c.d.: 187). Oproti tomu intersekcionalní přístup prosazuje model relační. Ten studuje sociální nerovnosti ve zdraví v kontextu mocenských vztahů dominance a podřízenosti mezi souvztažnými kategoriemi (např. žena vs. muž, vlastníci vs. manažeři vs. dělníci, apod.) a překračuje představu, že sociální nerovnosti jsou vždy nutně konstituovány v binárních opozicích (c.d.: 187). Zatímco biomedicínský přístup nabízí převážně dominantní kulturní pohled na sociální nerovnosti ve zdraví, intersekcionalní perspektiva vychází ze zkušeností samotných lidí (a v oblasti výzkumu ženského zdraví samotných žen). Především jde o ty osoby, jež jsou utlačované v několika dimenzích najednou. Intersekcionalní přístup se zajímá o situované vědění těchto osob a studuje jejich zdraví v sociálním kontextu, v němž žijí (c.d.: 186).

Cílem intersekcionalní perspektivy ve výzkumu ženského zdraví je lépe, t.j. komplexněji a inkluzivněji porozumět způsobům, jakými se protínají různé dimenze nerovností plynoucích nejen z kategorie genderu, ale i ze sexuality, sociální třídy a socioekonomického statusu (SES), rasy/ethnicity, věku, místa bydliště a dalších faktorů (Weber, Parra-Medina 2003: 185–186; Caiola et al. 2014: 290; Banks, Kohn-Wood 2002; Giritli-Nygren, Olofsson 2014). Ani v této oblasti výzkumu nejde o jednotnou teorii, přesto lze podle autorek Weber a Parra-Mediny (2003: 185) rozpoznat několik charakteristických rysů. Za prvé, intersekcionalní badatelky a badatelé se zaměřují na způsoby, jakými jsou dimenze nerovností ve zdraví sociálně konstruovány současně v konkrétním čase a prostoru. Za druhé, tyto systémy nerovností chápou zároveň jako makroinstitucionální záležitost i jako záležitost mikropersonálních mocenských vztahů, vytvářejících a udržujících sociální hierarchie (Weber, Parra-Medina 2003: 185;

těž Reimer-Kirkham 2014: 1651). Nejde jen o pouhé odlišnosti v distribuci zdrojů existujících nezávisle na mocenských vztazích (Weber, Parra-Medina 2003: 185). V této souvislosti například Hae Yeon Choo a Myra Marx Feree (Choo, Feree 2010) vyzdvihují ochotu intersekcionalních výzkumníků a výzkumnic vnímat a studovat to, jak se mnohé instituce vzájemně překrývají. A konečně důraz na zkušenosti a perspektivy utlačovaných osob, především těch z etnických a rasových minorit, jde v rámci tohoto přístupu ruku v ruce s prosazováním sociální spravedlnosti ve společnosti. Aktivismus za sociální spravedlnost ve zdraví pro všechny je viděn jako integrální součást procesu získávání vědění (Weber, Parra-Medina 2003: 185; viz také Choo, Ferree 2010; Giritli-Nygren, Olofsson 2014).

Autorky Choo a Ferree (2010: 133) dále upozorňují, že s intersekcionalním přístupem se pojí i zájem o kategorie, které nelze jednoduše předem označit, a o otázku, co konstituuje moc. Rozlišují mezi různými pojetími intersekcionality, které se jednak soustředí na konkrétní (zejména) marginalizované skupiny se zkušeností útlaku (*group-centred approach*), nebo ji naopak pojmají jako proces a relační záležitost (*process-centred approach*). A nakonec hovoří o přístupu, jenž pojímá intersekcionalitu jako záležitost širšího systému (*system-centred approach*), obvykle globálního kapitalismu. Další rozlišení různých intersekcionalních perspektiv, které se částečně překrývá s předchozím, nabízejí Katarina Giritli-Nygren a Anna Olofsson (Giritli-Nygren, Olofsson 2014) s odkazem na Leslie McCall (2005). Tyto autorky si všímají především toho, jak různí intersekcionalní badatelé a badatelky přistupují ke kategoriím a komplexitě. Vymežují pojetí 1) antikategorické komplexity, 2) intrakategorické komplexity a 3) interkategorické komplexity. První dva přístupy celkově zpochybňují užití analytických kategorií ve výzkumu sociálních nerovností, a zejména tendenci kvantifikovat proměnné, neboť podle jejich názoru nevyhnutelně vedou ke zjednodušení. Třetí přístup, který je podle McCall (2005) i Giritli-Nygren a Olofsson (2014) nejméně obvyklý a zhruba odpovídá procesuálnímu přístupu v pojetí Choo a Ferree, se namísto definování kategorií či skupin zaměřuje na vztahy nerovností mezi sociálními skupinami, jež považuje za odrazový můstek pro hlubší analýzu (Giritli-Nygren, Olofsson 2014). V souladu s tímto přístupem se v této studii soustředíme primárně na vztahy mezi těmi, kdo zdravotní péči poskytují, a těmi, kdo ji přijímají.

Intersekcionalní výzkum je svým zaměřením interdisciplinární (Weber, Parra-Medina 2003: 185). Obzvláště dlouhou a silnou tradici má ale na poli medicínské antropologie, v níž se feministické antropoložky a feminističtí antropologové více než čtyři desetiletí intenzivně věnují oblasti genderu a zdraví (Parker 2012: 209). Ta patří v posledních dvaceti letech v rámci medicínské antropologie dokonce k těm nejproduktivnějším a nejdynamičtěji se rozvíjejícím (Inhorn 2006; Inhorn 2012: 16; Hrešanová 2008: 9). Tematické zaměření na genderové dimenze zdraví, a zvláště toho reprodukčního, vedla řadu medicínských antropoložek a antropologů k zájmu o podrobnější studi-

um západní vědy a ke kritickým sociálním studiím vědy a technologií, přičemž, jak upozorňuje Emily Martin (2012: 28–29), již od raných 90. let 20. století vyzdvihovala tato oblast feministického bádání úzkou propojenost genderu, třídy a kategorií rasy nebo etnicity (Martin 2012: 28–29).

Antropologie je neodmyslitelně spjata s etnografickou metodologií a etnografické studie, v jejichž rámci se feministicky orientované medicínské antropoložky a antropologové stávají součástí života žen a jejich rodin, o něž se zajímají, velmi významně přispívají svým hloubkovým vhledem ke komplexnějšímu a situovanému porozumění zkušenosti útlaku, které některé tyto ženy (a jejich rodiny) čelí. Odhalují řadu faktorů, které se v této zkušenosti komplexně protínají a prolínají. Zároveň rozkrývají i rezistenci žen vůči podmínkám i sociálním vztahům, jež jejich zdraví poškozují. Etnografické studie ženského zdraví výrazně posouvají naše porozumění ženské tělesnosti a vtělenosti (*embodiment*) v kontextu mocenských vztahů a sociálních nerovností, včetně oblasti reprodukčního aktérství (*reproductive agency*), a přispívají tak k prosazování reprodukčních a sexuálních práv všech a k prosazování souvisejících sociálních změn (Inhorn 2012: 17). Ostatně etnografická metodologie spolu s dalšími kvalitativními metodami vycházejícími z interpretativního paradigmatu a historickými metodami výzkumu patří k nejpobulárnějším metodám intersekciónálního přístupu vůbec (Weber, Parra-Medina 2003: 187).

Zranitelnost z intersekciónální perspektivy

Zranitelnost (*vulnerability*), jak jsme již naznačily, odkazuje k náchylnosti k nějaké újmě, ať už fyzické, morální nebo spirituální, ke ztrátě kontroly nad vlastním tělem a k neschopnosti chránit vlastní zájmy, a stejně tak i k omezené autonomii, či dokonce absolutní ztrátě autonomie jedince (Little et al. 2000: 495; ten Have 2016). Často je ale jednoduše chápána jako jakási vada nebo nedokonalost dané osoby (ten Have 2015; Weijer 1999). Nejčastěji je tento koncept vymezen jako „*náchylnost k ublížení, újmě a vystavení riziku*“ (Aday 1994: 487; Hurst 2008: 192; Toader, Damir, Toader 2013: 937). Zranitelní jedinci jsou podle této definice všichni ti, kteří jsou vystaveni vyššímu riziku horšího zdravotního stavu. Zranitelnost je tudíž vždy užívána pro označení určitých skupin lidí, které jsou proto klasifikovány na základě konkrétní jednotlivé charakteristiky odkazující k znevýhodněné pozici ve společnosti (např. věk, etnicita, postižení, zdravotní status aj.). Nicméně kategorizovat populaci na základě tohoto vymezení je vágní a způsobuje, že nejsme schopni plně rozumět konkrétní zkušenosti zranitelnosti jedince, což řada autorek a autorů kritizuje (např. Spiers 2000; Ruof 2004; Hurst 2008).

Zranitelnost je však koncept, jehož význam v oblasti zdraví a zdravotní péče v poslední době výrazně roste. Zatímco v 70. letech s tímto pojmem pracovalo pouhých deset



studii, v roce 2014 to již bylo tři a půl tisíce studií (ten Have 2015: 396). V počátcích se jednalo zejména o studie v medicínské, psychologické a vojenské oblasti, avšak později se zájem o tento koncept rozšířil do celé řady dalších výzkumných kontextů, jako je veřejné zdraví, ekologie nebo chudoba. Zranitelnost se stala velmi významným konceptuálním nástrojem zejména v environmentálních studiích zaměřujících se na klimatické změny (např. Vörösmarty et al. 2000; Cutter, Boruff, Shirley 2003; Turner et al. 2003; Adger 2006), epidemiologických studiích a ve výzkumech globálního zdraví (např. Ahern et al. 2008; Brown 2011). V současnosti se pojem zranitelnosti objevuje nejčastěji v bioetice a výzkumné etice, v níž zaujímá ústřední pozici (např. Toader, Damir, Toader 2013; Gjengedal et al. 2013; Bracken-Roche et al. 2017; Cunha, Garrafa 2016).

Současná pojetí zranitelnosti zdůrazňují, že nelze koncept aplikovat holisticky a etiketizovat jedince jako zranitelného na základě toho, že je náchylný k újmě (např. ten Have 2016). Robert Chambers (1989; 1995) smýšlí o zranitelnosti jako o bezbrannosti, nejistotě a vystavení riziku, šoku a stresu. Podle jeho mínění má zranitelnost dvě strany. Zvnějšku jde o vystavení se riziku, šoku či stresu. Zvnitřku odkazuje k bezbrannosti, znamenající nedostatek prostředků vypořádat se s danou situací bez ničivých ztrát (Chambers 1989: 1; 1995: 175). Zatímco Chambers uvažuje o dvoustranném procesu, Michael J. Watts a Hans G. Bohle (Michael, Bohle 1993) definují zranitelnost pomocí tří základních souřednic: 1) riziko vystavení stresu, krizi nebo šoku; 2) riziko neadekvátních schopností soupeřit se stresem a rizikem; 3) riziko vážných důsledků krize, rizika či šoku (Watts, Bohle 1993: 45). Podle Ady Rogers (Rogers 1997) jsou zranitelní vystaveni riziku zhoršeného zdraví. Autorka navazuje na předchozí úvahy o zranitelnosti jako dynamickém kontinuu a představuje model zranitelnosti, který zachycuje vztah mezi složkami osobnosti a složkami z prostředí, jejichž vzájemné protnutí identifikuje stupeň zranitelnosti (Rogers 1997: 67–68). Zaměřuje se přitom na kontext zdraví a zdravotní péče. Podobně i Judith Spiers (2000) vnímá zranitelnost jako klíčový aspekt toho, jak lidé prožívají zdraví, a redefinuje tak koncept zranitelnosti jako riziko hodnocené zvnějšku (etický pohled) a jako žitou zkušenost jedince, jenž je vystaven ohrožení a újmě (emický pohled) (Spiers 2000: 716–719). Argumenty výše citovaných autorek a autorů zdůrazňují potřebu chápat zranitelnost jako průnik mnoha faktorů, které formují tuto zkušenost. Vyzdvihují také potřebu reflektovat individuální žitou zkušenost zranitelné osoby. K porozumění této zkušenosti je totiž nutné odhalit konkrétní faktory, které spolu interagují a podílejí se na formování zranitelnosti, vystavující jedince riziku a znevýhodňující jej. V těchto bodech se koncept zranitelnosti prolíná s intersekcí teorií.

Intersekcí přístup se však ve výzkumu zranitelnosti pacientek a pacientů uplatňuje zřídka. Výjimkou je několik prací z oblasti epidemiologie, které zkoumají vzájemnou interakci sociálních determinantů a různých zdrojů nerovnosti ve vztahu k HIV

(např. Collins, von Unger, Armbrister 2008; Dworkin 2005; Winchester 2015; Sutherland 2016; Zhou, Majumdar, Vattikonda 2016). Například Pamela Y. Collins s kolegyněmi studovaly, jak mentální nemoc žen ovlivňuje jejich sexuální vztahy a pravděpodobnost, že budou provozovat sexuálně rizikové chování. Zaměřily se na intersekcii kategorií, jako je gender, rasa/etnicita, chudoba a zkušenost migrace, jež dopadají na sexualitu žen a zvyšují jejich zranitelnost ve vztahu k riziku infekce HIV (Collins, von Unger, Armbrister 2008: 389–397). Marcia E. Sutherland (2016) naopak použila intersekcionalní rámec pro analýzu dat a zkoumání strukturálních a individuálních proměnných, které ovlivňují sexuální rizikové chování heterosexuální mládeže a zvyšují jejich zranitelnost k HIV a jiným pohlavně přenášeným infekcím. Yanqiu Rachel Zhou s kolegyněmi (Zhou, Majumdar, Vattikonda 2016) v kanadském kontextu zase studovaly intersekcii kultury, integrace a zdraví ovlivňující zranitelnost migrantů vůči infekci HIV.

Mezi zranitelnou populaci jsou typicky řazeni migrující jedinci (Rogers 1997: 66; Derose, Escarce, Lurie 2007: 1258). Migraci lze chápat jako jeden z faktorů formující zranitelnost, a to jak v časové a prostorové dimenzi, tak i v rámci individuální zkušenosti a subjektivity. Osoby, jež migrují do cizí země, se stávají zranitelnými v důsledku celé řady rizik, jako je nastavení sociálního a právního systému, místo bydliště, jazyková bariéra, odlišné kulturní hodnoty a normy, nedostatek socioekonomických a společenských zdrojů atd. (Delor, Hubert 2000; Derose, Escarce, Lurie 2007). Nicméně rizika spjatá s migrací se neobjevují pouze v cílové zemi, ale i v momentě před migrací a během samotné tranzice (např. Song et al. 2016). Každý migrující jedinec tak disponuje specifickou zkušeností, je vystaven jiným rizikům a disponuje odlišnými zdroji, které buď usnadňují adaptaci na nové prostředí a soupeření s riziky, nebo prohlubují jejich zranitelnost. Někteří výzkumníci a výzkumnice (např. Holmes 2011; Adanu, Johnson 2009) hovoří o migrujících osobách jako o těch nejzranitelnějších, neboť jsou vystaveni mnoha zdrojům zranitelnosti současně, což má nepříznivé dopady nejen na jejich pozici v cílové zemi, ale i na zdraví a jejich celkové blaho (*well-being*). Konkrétně Seth Holmes v této souvislosti upozorňuje, že vzájemné působení řady faktorů vytváří jakousi škálu zranitelnosti s různou intenzitou. Lze tak hovořit o strukturální zranitelnosti.

Jedním z dalších hlavních faktorů způsobujících a formujících zranitelnost je věk (Rogers 1997), přičemž s ohledem na něj jsou nejzranitelnější skupinou lidé ve vyšším věku (srov. Eide et al. 2013). Ti jsou automaticky kategorizováni jako zranitelní s ohledem na svou závislost a ztrátu svých původních zdatností a schopností či finančních a sociálních zdrojů (srov. Rogers 1997). Nicméně považovat každého seniora a seniorku za zranitelné je zavádějící, neboť někteří z nich jsou aktivní, fyzicky zdatní, soběstační a nezávislí (srov. Hasmanová Marháňková 2010). Jiné osoby ve vyšším věku však mohou vykazovat znaky zranitelnosti a tzv. křehkosti (*frailty*), což je pojem, jenž



v jazyce geriatrické medicíny představuje věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (Kalvach, Holmerová 2008: 66) a náchylnost k nepříznivým zdravotním výsledkům nebo kumulaci onemocnění (Lacas, Rockwood 2012: 1–2). To, do jaké míry se u lidí ve vyšším věku tyto znaky projeví, ovšem ovlivňují specifické osobnostní rysy, životní styl, zdravotní stav, socioekonomická situace a další jiné faktory (srov. Ivanová, Špatenková, Bužgová 2010). Na každou skupinu lidí, která je považována za zranitelnou, je tak potřeba nahlížet jako na heterogenní skupinu jedinců zakoušející odlišné zkušenosti zranitelnosti s důrazem na jejich osobní prožívání. Zkušenost zranitelnosti není určena jedním jediným faktorem, ale váže se na situační kontext, v němž se obvykle projevuje řada navzájem působících vlivů.

Metodologie

V souladu s intersekcionalní perspektivou a naším disciplinárním zakotvením v medicínské antropologii a interpretativní sociologii zdraví a nemoci stavíme v tomto textu na etnografickém výzkumu. Ten jsme provedly se dvěma odlišnými skupinami uživatelů a uživatelů v různých sektorech zdravotnictví. V prvním případě jde o pacienty a pacientky v seniorském věku hospitalizované na oddělení dlouhodobé péče. Druhou skupinu tvoří ženy pocházející z jiné země než ČR, které v průběhu těhotenství nebo při porodu získaly péči v českých zdravotnických zařízeních.³³

První výzkum provedla druhá autorka tohoto článku v prostředí institucionální péče, konkrétně ve zdravotnickém zařízení, jímž byla menší okresní nemocnice v menším českém městě (cca 12 tisíc obyvatel).³⁴ Její obecnou snahou bylo hlouběji porozumět žité zkušenosti seniorek a seniorů ocitajících se v pozici zranitelných pacientek či pacientů, přičemž zvláštní pozornost věnovala jejich interakcím se zdravotnickým personálem. V rámci tohoto výzkumu provedla od června do prosince 2016 zúčastněná pozorování na oddělení dlouhodobé péče, etnografické hloubkové rozhovory s lékaři a lékařkami a neformální rozhovory s ošetrovatelským personálem. Oddělení navštěvovala několikrát týdně, zejména v pracovních dnech, a to vždy od ranních do odpoledních hodin. Během pobytu na oddělení působila jako asistentka ergoterapeutky. Ergoterapie se zaměřuje na podporu zdraví a duševní pohody pacientů a pacientek a na zlepšení schopností potřebných pro zvládnání každodenních činností. Výzkumnice tak pomáhala při zapojování pacientů a pacientek do aktivit na oddělení a byla

³³ Veškerá jména, která se v následujícím textu v souvislosti se všemi těmito osobami objeví, jsou pseudonymy.

³⁴ S vedením dotyčné nemocnice výzkumnice nejprve uzavřela dohodu o realizaci etnografického výzkumu. Souhlas s jeho prováděním získala i ze strany vedení daného oddělení a jeho konkrétních pracovníků a pracovníků. O své pozici informovala i pacientky a pacienty hospitalizované na oddělení, nicméně mnozí z nich ji i přesto považovali za zdravotnickou pracovníci.

„pomocnou rukou“ v jednoduchých úkonech spjatých s péčí o pacienty a pacientky i v řadě dalších situací. Pacienty a pacientkami hospitalizovanými na oddělení byli převážně lidé vyššího a stařeckého věku – od 60 let a více (Haškovcová 2010) –, kteří vykazovali známky nesoběstačnosti, trpěli chronickou nemocí a jejich stav vyžadoval paliativní péči.³⁵ Z mnoha dalších hledisek však šlo o poměrně heterogenní skupinu, jak ukážeme dále.

Výzkum s druhou skupinou žen, jež se nenarodily v ČR, stále ještě probíhá a od února 2017 jej provádí první autorka. Zde se zaměřujeme pouze na dílčí zjištění, jež se vážou k otázce zranitelnosti v interakcích mezi těmito uživatelkami zdravotní péče a zdravotnickým personálem. Vycházíme zde především z etnografického zkoumání trajektorie (*care pathway*) těchto těhotných žen v systému české zdravotní péče v období těhotenství, které zahrnuje zejména doprovod k lékaři nebo lékařce, do lékárny a případně do jiných zdravotnických zařízení. Dále jsme provedly polostrukturované rozhovory s těmito ženami cizího původu, jež v průběhu těhotenství navštívily česká zdravotnická zařízení nebo v nich dokonce rodily. Informace o projektu jsme dotázaným ženám daly v jejich rodném jazyce a stejně tak jsme jim nabídly i textový přepis rozhovoru. Ženy si samy vybraly, v jakém jazyce a na kterém místě s námi chtějí hovořit.

„Když nespolupracují, co s nimi“: Zranitelnost seniorů ve vztahu ke zdravotníkům

Na základě zúčastněného pozorování na oddělení dlouhodobé péče se nejčastějším faktorem určujícím zranitelnost ukázala být ne/schopnost vzájemné komunikace. Jak výzkumnice mohla pozorovat, zdravotnický personál na oddělení dlouhodobé péče automaticky kategorizuje pacienty a pacientky na *spolupracující* a *nespolupracující*. Dalo by se říci, že tato kategorizace vytváří jakýsi organizační princip určující, se kterými pacienty a pacientkami lze mluvit a domluvit se na různých úkonech spjatých s péčí a které pacienty a pacientky lze nebo nelze zapojit do rehabilitace a terapeutických aktivit. Tato schopnost nebo neschopnost spolupráce je pro zdravotní sestry a ošetřující personál velmi důležitá, prolíná se všemi aspekty péče a většinou se projevuje od prvního kontaktu s personálem od počátku hospitalizace. Ihned po přijetí pacienta/pacientky na oddělení je s ní/ním ergoterapeut nebo ergoterapeutka povinen/povinna provést test kognitivních funkcí. Pokud dotyčná osoba nespolupracuje

³⁵ Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi/pacientce, který/á trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat důstojnost pacienta nebo pacientky a poskytnout podporu blízkým (Paliativní medicína 2013).



a odmítá odpovídat na otázky z testu, ergoterapeutka test neprovede.³⁶ Už po přijetí nových pacientů a pacientek ergoterapeutka informovala výzkumnici o tom, který z přítomných „spolupracuje“, kterého pacienta/pacientku tudíž „otestujeme“, a který/která naopak nespolupracuje a „necháme ho/ji být“. I ostatní personál ale často explicitně upozorňoval, kteří pacienti a pacientky „nespolupracují“, a to proto, aby byla výzkumnice připravena na negativní či žádnou zpětnou vazbu.

Možná spolupráce nebo nespolupráce tedy vyvstává nejen z pacientova či pacientčina přístupu k personálu, ale je zásadně určována i jeho/její kognitivní zdatností a celkovým zdravotním stavem. Například první zkušenost s testováním, kterou výzkumnice zažila, byla u pana Nového, pacienta, jenž trpěl Alzheimerovou chorobou. Ačkoliv ji před prvním kontaktem ergoterapeutka informovala o pacientově chorobě, nebylo přesně jasné, jakou reakci lze očekávat. Následující úryvek z terénních poznámek vzniklou situaci popisuje a ilustruje, jak je pasivita a nespolupráce daného pacienta se sníženou schopností komunikace úzce spojena s jeho zdravím a duševní pohodou (*well-being*).

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. Sdělila jsem dotyčnému pacientovi, 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 svůj souhlas opět upřeně hleděl chvíli na desku a chvíli na mě. Po chvíli 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, 13. června 2016, provádění kognitivního testu)

Nespolupracující pacienti a pacientky jsou podle personálu pasivní, odmítají komunikovat a účastnit se různých aktivit. Spolupracující pacienti a pacientky jsou naopak

³⁶ V daném zařízení pracovala na této pozici pouze jedna žena.

v rámci komunikace aktivní, účastní se různých aktivit a zároveň i jejich kognitivní zdatnost měřená v testech kognitivních funkcí je převážně lepší. Výzkumnice mohla na oddělení pozorovat, že tito pacienti a pacientky spolu často interagovali, scházeli se ve vestibulu, kde byly židle a sedačky, a povídali si o různých tématech. Také se často účastnili různých aktivit, jež ergoterapeutka společně s výzkumnicí denně organizovala. Šlo například o společné diskuse, kreslení, malování, tvarování z modelíny, pletení, tvoření z papíru, různé hry apod. V rámci těchto aktivit hospitalizovaní a hospitalizované udržují nejen sociální kontakt mezi sebou, ale zároveň posilují paměť, motoriku a další smyslové funkce. Podle slov jedné fyzioterapeutky tito spolupracující pacienti a pacientky souhlasí s léčebným postupem nebo doporučeními a dodržují rehabilitační aktivity, které zachovávají a zlepšují jejich fyzickou mobilitu.

Kognitivní zdatnost pacientů a patientek určovala nejen možnosti spolupráce mezi zdravotníky/zdravotnicemi a pacienty/pacientkami. V průběhu zúčastněného pozorování si výzkumnice povšimla i toho, že zdravotnický personál kategorizuje pacienty a pacientky nejen na „spolupracující“ a „nespolupracující“, ale i na „dementní“ a „nedementní“, popřípadě na „kognitivně schopné“ a ty „méně schopné“. Činí tak nejen na základě výsledků testu kognitivních funkcí, ale i na základě každodenního kontaktu s nimi. Například jedna z ošetřovatelek označila pacientku následovně:

[...] ona je dementní. Pořád bezdůvodně ječí, huláká. Ona řekne au, aniž by na ní někdo šáhnul. Jenom hýbnu s prostěradlem a ona začne křičet auuuu. Pak jí meu, pustím na ní vodu a ona veje auuuu. (Terénní poznámky, 9. srpna 2016, setkání na chodbě s ostatním personálem)

V případě obou kategorizací je tedy zásadní pacientčina nebo pacientova schopnost vzájemné komunikace a dorozumění i schopnost reagovat na povely ze strany zdravotnického personálu, což je s ohledem na pokles kognitivních schopností u některých pacientů nebo patientek oddělení, zejména těch starších, obtížné (srov. Sýkorová 2006). S dementními a kognitivně méně schopnými pacienty a pacientkami je tak podle zdravotnického personálu horší spolupráce, což prohlubuje jejich zranitelnost. Snaha personálu o spolupráci s pacienty, obzvláště v případě trvalých potíží, a zapojení daných pacientů a patientek do aktivit se výrazně redukuje či absentuje. To bylo zřejmé i během zúčastněného pozorování. Každý den před zahájením aktivit obcházela ergoterapeutka s výzkumnicí pokoje a zvala pacienty na setkání. Ergoterapeutka se však obracela jen na některé pacienty a pacientky, přičemž jiné doslova ignorovala s odůvodněním, že se do aktivit trvale odmítají zapojovat. *„Když nespolupracují, co s nimi,“* podotkly často i jiné zdravotní sestry i další ošetřovatelský personál.

Pacientům a pacientkám se sníženou kognitivní schopností je na oddělení poskytována pouze základní péče, přičemž těmto pacientům by měla být poskytována i tzv.



bazální stimulace. Cílem bazální stimulace je podpora vnímání, komunikace a pohybových schopností člověka (Friedlová 2007). Jinak řečeno, smyslem bazální stimulace v péči o seniory a seniorky je podpora a zachování soběstačnosti (Machálková et al. 2017: 49). Nicméně na tento koncept podpory není podle slov zdravotních sester čas ani dostatek personálu. Dá se tedy říci, že zranitelnost těchto pasivních a kognitivně méně schopných pacientů a patientek je výrazně prohlubována. Vyžadují základní péči, mnohdy jsou nesoběstační a zcela závislí právě na péči zdravotníků. Jak bylo zřejmé i vyzkumnici v průběhu zúčastněného pozorování, péče o tyto pacienty a patientky je mnohonásobně náročnější než o pacienty a patientky aktivní a soběstačné a vyžaduje více času, síly a členů a členek ošetrovatelského týmu. Ilustruje to i následující výpověď ošetřovatele 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, 19. července, diskuse s ošetřovatelem na sesterně)

Samotná péče může být tudíž náročná nejen pro pacienty z důvodu jejich klesající fyzické zdatnosti a mobility, ale především pro ošetřující z důvodu nedostatku času a jejich celkového nedostatečného počtu. Výše uvedený argument „když nespolupracují, co s nimi“ tak úzce souvisí i s kapacitou personálu, který má přistupovat k pacientům nad rámec základní péče individuálně a věnovat jim potřebné množství času. Ošetřovatel Matěj, který s pacienty a pacientkami prováděl různé cviky a zejména trénoval chůzi, tuto situaci okomentoval:

Já bych s ní [pacientkou] k těm žebřinám šel, aby mohla cvičit, ale já to nestíhám. Musím s každým pacientem chodit, pořád někomu asistovat, to je hrozný. Každý by měl mít svého osobního asistenta. Já jsem na roztrhání. (Terénní poznámky, 12. července, diskuse s ošetřovatelem na sesterně)

Schopnost ne/spolupráce pacientů a patientek a zdravotnického personálu se tak prolíná i s organizačním nastavením daného oddělení, přičemž ti pacienti a patientky, kteří spolupráce nejsou schopni nebo ji odmítají, jsou vystaveni větší zranitelnosti. Vyzkumnice byla několikrát svědkyní toho, když se personál snažil odmítající a nespolupracující pacienty a patientky přesvědčit, aby se zúčastnili například ergoterapeutické aktivity, terapeutického sezení či rehabilitačního cvičení. Zdravotnický personál je musel mnohdy přesvědčovat k tomu, aby vstali z postele a šli cvičit nebo aby se více

snažili a „pomohli“ jim při manipulaci s nimi, což stručně zachycují terénní poznámky výzkumnice následovně.

No tak, paní Procházková, pojdte s námi, bude to fajn. Popovídáme, něco si zahrajeme. Co pořád tady v té posteli [...] (Terénní poznámky, 14. června, organizace ergoterapeutických aktivit)

Nebo:

Ale paní Boučková, tak se snažte. Kdo vám pomůže doma, když tam budete sama. (Terénní poznámky, 19. července, asistence v pokoji pacientů)

I takové přesvědčování je však často neúspěšné a zdravotníci a zdravotnice další snahu o zapojení pacientů a pacientek do terapeutických aktivit na oddělení nezřídka „vzdávají“, a to i s ohledem na čas, který potřebují věnovat dalším pacientům a pacientkám. Z trvale nespolupracujících a pasivních pacientů a pacientek se tak stávají doslova trvale polehávající těla, o něž personál rutinně pečuje v rámci pevně daného řádu. Ke zranitelnosti pacientů a pacientek proto během pobytu na daném nemocničním oddělení nepřispívá pouze jejich věk, ale i jejich ne/schopnost vzájemné komunikace a spolupráce s personálem a stejně tak i ne/soběstačnost i stupeň jejich závislosti na péči poskytované zdravotníky a zdravotnicemi. Na formování zranitelnosti se ale podílí i přístup a jednání zdravotnického personálu v institucionálním prostředí, jež jsou však významně určeny strukturou celého zdravotnického systému, jenž vymezuje podmínky a hranice poskytované péče.

Sociální kontakty byly pro pacienty a pacientky velmi důležité, jak si výzkumnice během každodenního pozorování povšimla. V rámci skupinových diskusí a aktivit, které s ní ergoterapeutka pořádala, vyjadřovali pacienti a pacientky nadšení z toho, že si mohou popovídat, vzpomínat a vyprávět si navzájem o své rodině nebo různé příběhy. Pacienti a pacientky častokrát děkovali, že se mohli zúčastnit aktivit, a mnohdy někteří děkovali i za návštěvu na pokoji, i když třeba účast na setkání odmítli. Vždy jakmile přišla ošetřovatelka nebo ošetřovatel, zdravotní sestra, lékař, kdokoliv, a krátkou chvíli si s pacientkou či pacientem povídali, vyjadřovali dotyční velkou radost, usmívali se, potřásli příchozí nebo příchozímu rukou a děkovali. Výjimkou byli pacienti a pacientky, jejichž zhoršený zdravotní stav zapříčinil nekomunikativnost a apatii. Dobře to opět vystihuje následující zápis z terénních poznámek.

Jednou, během skupinové diskuse, kdy jsme si s pacientkami povídaly, prošel kolem lékař, a jedna z pacientek pronesla: „To je můj kluk, ten je tak hodný. Vždy, když se mnou mluví, kouká mi do očí a poslouchá mě. Toho si moc vážím.“



U něj je vidět, že mě poslouchá, že mě vnímá a zajímá ho to, co říkám. (Terénní poznámky, 27. června, ergoterapeutické sezení)

Naslouchání a povídání si je tak pro pacienty a pacientky na oddělení dlouhodobé péče důležitým kritériem. Naopak, pokud někdo z personálu nevnímá, co pacient či pacientka říká, a nezačne si s pacientem nebo pacientkou povídat, dotyční to hodnotí tak, že je ten daný člen personálu prostě „rázný/á“, „nesympatický/á“, anebo že má spoustu práce, což nebylo hodnoceno nijak negativně. „*No ta doktorka tady, ta je taková, taková tvrdá. Ta si nás moc nevšímá, nepovídá si. Jenom přijde, koukne do papírů, a odejde. Taková docela i nesympatická,*“ řekla paní Vejvodová, pacientka, o lékařce. Její slova poukazují na důležitost komunikační reciprocity, která je zásadní v interakci mezi zdravotnickým personálem a pacientem nebo pacientkou (Roter, Hall 1989; 1993). V této souvislosti Rosie Read (2007) upozorňuje, že emoční podpora, lidský přístup a snaha o porozumění je součástí práce ošetrovatelského personálu, což ovlivňuje to, jaké si pacienti a pacientky vytvářejí ve vztahu k lékařům a lékařkám očekávání.

Výzkumnice si mohla během svého pobytu na oddělení dlouhodobé péče povšimnout, že pacientky jsou ve srovnání s pacienty mnohem komunikativnější, jsou vděčnější za pozornost, kterou jim personál věnuje, i za to, když si s nimi popovídá nebo je vyslechne. Ženy v porovnání s muži byly vřelejší a více vyjadřovaly emoce (srov. Roter, Hall 1993). To se projevovalo i v jejich větším zájmu o aktivizační činnosti a různá další setkání na oddělení. Ženy v nich vždy převažovaly (srov. Hasmanová Marháňková 2010: 226). Pravidelně se setkání aktivizační skupiny účastnil pouze jeden muž, výjimečně se v ní sešli dva, avšak nezdá se, že by muži zcela chyběli, čehož si všimla i ergoterapeutka.

Muži většinou odmítali účast na skupinových aktivitách z důvodu, že se jim jednoduše nechtělo. Uváděli, že nemají náladu nebo že jsou unavení. Spíše se ale zdálo, že muži hospitalizovaní na tomto oddělení se různými aktivitami a skupinovým diskusím vyhýbali i proto, že je spojovali s ženskými činnostmi a tématy. Jeden z pacientů, pan Pavlík, například své rozhodnutí rázně objasnil: „*Já nikam nejdu. Povídat si o vaření. Taková blbost.*“ V reakci na takové postoje proto ergoterapeutka vytvořila zvláštní skupinovou aktivitu, při níž muži hráli dvakrát týdně karty, nejčastěji *mariaš*. Té se pak zúčastňovalo zpravidla pět a více z nich. Vidíme tedy, že schopnost spolupráce a aktivitu podmiňuje v rámci ergoterapeutické péče i genderová orientace provozovaných aktivit.

Z hlediska genderu a komunikačních aspektů je také zajímavý způsob, jakým ošetrovatelé a ošetrovatelky oslovovali své pacientky a pacienty. Zatímco k ženám se často obraceli s oslovením *babi*, u mužů zpravidla používali jejich příjmení. Hospitalizované ženy většinou na toto oslovení nijak zvlášť nereagovaly. Výjimkou byla paní Vejvodová. Ta se vůči takovému oslovení ohradila a ošetrovatele upozornila, že není jeho babičkou.

Migrace a ne/schopnost komunikace při porodu

V českých porodnicích a nemocnicích se v souvislosti s těhotenstvím a porodem ročně ocitne zhruba osm tisíc žen-cizinek.³⁷ Porod je dokonce nejčastějším důvodem, proč osoby s migrační zkušeností vstoupí do českého systému zdravotní péče (Hnilicová, Dobiášová 2009: 7n15). Interakce mezi (nejen) těmito ženami a zdravotnicemi a zdravotníky však není vždy zcela jednoduchá a vstupuje do ní řada kulturních odlišností a bariér. Mezi ty nejpodstatnější patří odlišný jazyk i neverbální komunikace, pocházeli žena z obzvláště jiného kulturního prostředí (pro přehled viz Pařízková, Hrešanová, Glajchová, v tisku). V této sekci rozebíráme několik situací, v nichž se ženy v postavení cizinek pocházejících z různých zemí, s různou znalostí češtiny a migračním statutem a pobývajících v ČR po různě dlouhou dobu, ocitají kvůli jazykovým a komunikačním překážkám ve zranitelné pozici.

Například Theresa pochází z asijské země, jejíž rodný jazyk je v českém prostředí raritou.³⁸ Ačkoliv navštěvovala základní kurz češtiny pro cizince a cizinky, její znalost češtiny, ale i angličtiny jako mezinárodního dorozumívacího prostředku, je velmi omezená a sestává v podstatě jen z několika desítek slov. Theresa je však úžasná a sociálně velmi zdatná žena, jež své omezené jazykové dovednosti umí do jisté míry kompenzovat a zastřít. V promluvě poskytovatelky zdravotní péče například identifikuje klíčová slova a pak je po ní se souhlasným příkyvováním opakuje.³⁹ V kontextu interakcí se zdravotníky a zdravotnicemi, které jsou však zpravidla časově značně omezené, se tudíž zdá, že všemu, co jí zdravotník nebo zdravotnice sdělili, rozumí. Toto první mylné pochopení však vede k celé kaskádě dalších nedorozumění, které Theresu staví do zranitelné pozice. Vzájemné dorozumění mezi Theresou a zdravotnickým personálem komplikují i gesta neverbální komunikace, která jsou v případě Theresiny kultury značně odlišná od českého kontextu. Například Theresino vyjádření souhlasu, spočívající ve specifickém pohybu hlavou, vyvolalo u zdravotnic zmatení, což byl problém zejména v průběhu porodu, když porodní asistentky požadovaly souhlas k provedení lékařského zákroku.⁴⁰

Theresa měla naštěstí možnost se v případě urgentní potřeby obrátit na tlumočnicka, jenž jí veškeré důležité informace, včetně těch týkajících se poskytnuté zdravotní

³⁷ V roce 2015 to bylo podle údajů ČSÚ přesně 7 889 žen-cizinek [ČSÚ 2016]. V tomtéž roce se zde narodilo 3631 dětí, jež měly jinou státní příslušnost než českou [ČSÚ 2015].

³⁸ Z důvodu ochrany soukromí Theresy zde neuvádíme přesný původ, neboť s ohledem na nízké počty jejích krajanů a krajanek v ČR by mohla být snadno identifikována.

³⁹ Naprostá většina osob, se kterými jsme se při doprovodu Theresy v kontextu zdravotnictví setkávaly, byly ženy.

⁴⁰ Přítomná výzkumnice sice porodním asistentkám a lékařce vysvětlila, co gesto znamená, ale s ohledem na častou proměnu personálu bylo zapotřebí vysvětlovat jej stále znovu.

péče, přeložil. Jeho mužský gender však v kontextu zdravotní péče o ženské zdraví a především v souvislosti s těhotenstvím a porodem představoval problém. V Theresině kultuře jsou, jak výzkumnici vysvětlila, ženy a muži striktně odděleni a otázky týkající se sexuality nepříbuzné ženy jsou tabu.⁴¹

Řada zdravotnic a zdravotníků, s nimiž se Theresa v doprovodu výzkumnice ve zdravotnických zařízeních setkala, mluvila plynule anglicky. Avšak plynulá promluva v angličtině znamenala pro Theresu s ohledem na její omezené jazykové znalosti problém. Spíše než plynulé vysvětlování bylo pro Theresu důležité, aby mluvčí hovořili pomalu a použili zjednodušené fráze a aby pokud možno klíčová slova ochotně a vstřícně opakovali.⁴² Přizpůsobit promluvu jazykovým znalostem Theresy tak, aby tomu opravdu rozuměla, bylo nicméně pro mnohé poskytovatele a poskytovatelky zdravotní péče poměrně těžké.

Ne/schopnost hovořit cizím jazykem však zakládá nerovnosti nejen mezi ženami, které jsou příjemkyněmi těhotenské a perinatální péče, ale i mezi poskytovatelkami a poskytovateli této péče. S ohledem na globální dominanci angličtiny jako hlavního mezinárodního prostředku je v kontextu interakcí mezi personálem a cizinkami důležité, že ne všichni zdravotníci a zdravotnice umějí anglicky. Podle Vanessy, další ženy, s níž jsme měly možnost hovořit, se právě nedostatečná znalost angličtiny u porodních asistentek, které se o ni staraly po porodu v jedné pražské porodnici, podepsala na celkové zdravotní péči, kterou zde dostala, a to v tom smyslu, že porodní asistentky se interakci s ní raději vyhýbaly anebo komunikaci zkracovaly na minimum.

Ale prostě přístup těch sestřiček na tom poporodním oddělení byl totálně stejný [jako na jiných odděleních nemocnice]. A totálně jak, já jsem vpadla v depresi pak. Prostě jsem dostala poporodní depresi, protože jsem viděla, jak ona se baví s těma Češkama, všechno jim vysvětlují jako, ukazovali jim i jak mejt to mimino, jak přebalovat, [...] říkali jim to všechny věci a se mnou se zase nikdo nebavil. Já jsem –, prostě, přišla sestra a –, a nějak to jenom tak ukázala a –, já jsem to všechno viděla den, den dřív, jak to dělala s ženou Češkou. A prostě její přednáška trvala půl hodiny a mně vyřídila ta ženská během 10 minut. Já jsem prostě totálně nevěděla, co s tím dítětem. Nevěděla jsem, jak ji umejt, nevěděla jsem, jak ji přebalit, neporadila mi, jaké pleny, nic, takže –, takže –, manžel pořídil úplně špatné pleny, dítě se oprudilo –. To mi prostě taky trvalo nějak tři

⁴¹ Zároveň v ČR nebyla k tlumočení k dispozici žádná žena, jež by byla ochotna Theresu ke gynekoložce a do porodnice doprovázet.

⁴² Přesně takto se s Theresou domlouvala i výzkumnice, přičemž v případě nedorozumění použila překladatelskou aplikaci v mobilu a v urgentních případech obě kontaktovaly dotyčného tlumočnicka.

dny. Začali přikrmovat to dítě, až po těch třech dnech přišla žena, která kontrolovala mě, každé tři hodiny, jak to dělám a –, a učila, jak to udělat. Ale prostě přes to první –, přes ty první tři dny, nikdo to neřešil. Prostě –, hele, udělej to tak. (Vanessa, 24. dubna 2017, polostrukturovaný rozhovor)

Ne/schopnost dorozumět se anglicky na straně poskytovatelů a poskytovatelek péče, respektive ne/schopnost uzpůsobit mluvu jazykové úrovni příjemkyni péče může tudíž v interakcích s uživatelkami péče rovněž posilovat zranitelnost těchto žen.

Ovšem v jiných situacích, i když žena umí výborně česky, vyvstávají v interakcích mezi uživatelkou zdravotní péče a poskytovateli bariéry jiného typu. Cecily pochází z Ugandy a v České republice žije již patnáct let. Hovoří plynně česky, ale je přesvědčena, že více než její jazyková vybavenost byla v komunikaci s personálem porodnice důležitější její barva pleti. V průběhu první doby porodní se o ni porodní asistentky nijak zvlášť nezajímaly a prý jedinou radu, kterou jí daly, bylo, ať jde do sprchy a skáče na míči. Cecily popisuje:

Vůbec jsem nevěděla, co mám se sebou dělat. Najednou jsem si uvědomila, že ležím na podlaze v koupelně nahá. [...] a že kolem mě uklízečka vytírá. A najednou přijde sestra a říká, zvedněte se. A vrazí mi klystýr do zadku bez jediný otázky!⁴³ (21. 6. 2017, polostrukturovaný rozhovor)

Cecily vnímala takovou situaci jako ponižující. Přístup porodních asistentek a ostatních zdravotníků byl podle ní ostentativně nepečující, lhostejný a přezíravý. Během porodu jí nikdo nepodával informace o tom, co se přesně děje, a když se zeptala, dotyčné zdravotnice a zdravotníci reagovali podrážděně. Cecily tak měla pocit, že k ní zdravotnický personál nepřistupuje poctivě a lže jí. Navíc určité body poskytované péče, k nimž nedala písemný souhlas, byly i přesto porušovány. Cecily si například nepřála, aby u jejího porodu bylo hodně lidí, což uvedla i v příslušných formulářích, které vyplňovala při příjmu. Přesto k jejímu porodu napochodovala skupina neznámých lidí, pravděpodobně mediků, v čele se starším mužem, jenž se nepředstavil a ani jinak s Cecily nekomunikoval.

[...] rozhodně to nebyla komunikace. Spíš to byl výklad. Domlouvali se mezi sebou, a měli bysme udělat tohle a tamto. Dadada. [...]

⁴³ Tento rozhovor proběhl v angličtině. Překlad doslovného přepisu provedla první autorka, která rozhovor rovněž provedla.



Na závěr porodu k Cecily přistoupila porodní asistentka zdatné postavy, která při další kontrakci „bez jakéhokoliv varování“ zatlačila svými lokty silně na její břicho směrem dolů, zatímco jiná sestra jí provedla nástřih. Cecilin popis odpovídá postupu kontroverzní intervence známé jako Kristellerova exprese, na jejíž škodlivost upozornila řada vědců (např. Habek et al. 2008; Mehri, Awonuga 2005). Prudká bolest, kterou Cecily při takovém zákroku pocítila, však nebyla tím nejhorším.

Spíš než o tý bolesti to bylo o těch lidech, víš, o tom způsobu, jakým s tebou zacházeli, cítila ses jako –, jako kdyby tam nebyl vůbec žádný zájem! Byla jsi jenom –, subjekt, který –, jakýkoliv návrh, víš, který jsi měla –, to vůbec nebylo bráno jako názor. Jakákoliv otázka, co se s tebou děje. Tak oni na to: mlčte!

V dalších částech rozhovoru Cecily vypráví výzkumnici o svých četných zkušenostech s rasismem v různých sférách života v České republice (i jinde), o napadení na ulici a rasistických nadávkách, včetně těch ze strany městské policie. Je zřejmé, že pod tíhou těchto negativních zkušeností z českého prostředí rozumí i nedostatku zájmu a péče ze strany zdravotnického personálu jako něčemu, co nezbytně *vykazuje* rasistické konotace, platí-li, že v pracovní náplni porodních asistentek je *pečovat* o rodící ženu i v průběhu porodu.

Cecily: Víš, někdy si přeju, abych česky neuměla, protože pak bych nebyla tak hrozně frustrovaná. Protože když mluvíš [česky], možná sem tam dojde k pár chybám v komunikaci, že se nepochopíte, ale když opravdu komunikuješ a víš, že se vyjadřuješ tak, že ostatní chápou, co máš na mysli, a oni tě konzistentně znevažují! [...] a všichni, jako kdyby postupovali podle toho samého scénáře, víš. Výzkumnice: Myslíš jako v tom, že nemají respekt? Cecily: Ano, prostě pohrdavě, víš?

O liknavém přístupu některých porodních asistentek k péči o ženy však hovořila i jiná žena. Clara je původem z Německa a během svého pobytu na oddělení po císařském řezu mohla několik hodin pozorovat debaty porodních asistentek o současném dění. Během této doby se ale ani jedna z nich na ni neobrátila, zda nemá nějaké otázky či jednoduše náladu si popovídat, což Clara měla, protože ji zajímalo a zároveň stresovalo, co se s ní bude dít dále.⁴⁴

Ovšem i ženy, které se v České republice narodily, si nezřídka stěžují na nedostatek informací, které jim o poskytované péči zdravotnický personál poskytuje, a na celkově problematickou komunikaci s rodícími ženami. Reprezentativní šetření kvali-

⁴⁴ Polostrukturovaný rozhovor s Clarou proběhl dne 14. 11. 2017.

ty perinatální péče mezi českými rodičkami, jež provedly Lea Takács a Jitka Seidlová (2012), odhalilo velmi nízkou spokojenost žen s celkovým množstvím informací, jež zdravotníci ženám poskytli (c.d.: 21). Z výzkumu dále vyplývá, že bezmála polovina dotázaných žen vnímá přístup lékařů i porodních asistentek za neosobní. Autorky shrnují, že řada lékařů i porodních asistentek nepovažuje komunikaci a navázání vztahu důvěry za stěžejní součást své práce, což podle nich souvisí s tím, že profesionalitu chápou jako přístup oproštěný od emocí (c.d.: 20–21). Naopak pro mnohé rodící ženy je známkou profesionálního jednání respekt k uživateli péče. Neprofesionální je pro ně především takové zacházení, v němž respekt a slušné zacházení chybějí. Vyplývá to z kvalitativního výzkumu porodní péče se čtyřiceti ženami, jež provedla Ema Hrešanová (2011: 66). V něm si mnohé ženy na takový neprofesionální přístup zdravotnického personálu a na hrubé a arogantní zacházení stěžovaly. Podle slov několika z nich se s nimi v porodnici nikdo nebavil (Hrešanová 2011: 68; Hrešanová 2014: 969, 973–974). Podobně jako Cecily si i Františka a další ženy ve výzkumu stěžovaly na to, že na pouhé vznesení otázky ohledně poskytované péče personál reagoval nepřátelsky (Hrešanová 2011: 67). Zatímco však Cecily, v kontextu svých zkušeností v českém prostředí, rozuměla takovému způsobu zacházení a komunikace jako rasistickému, s ohledem na svou barvu pleti, české ženy si jej vykládaly jako něco, co je nechvalným dědictvím socialistického zdravotnictví (c.d.; též Hrešanová 2017).

Při porodu i při řadě dalších interakcí mezi personálem a cizinkou v průběhu těhotenství ale vynikají i drobné komunikační a jazykové bariéry jako významné. A to platí i pro situace, kdy žena ovládá český jazyk velmi dobře, i když nejde o její mateřštinu. Clara hovoří dokonalou češtinou s drobným přízvukem. Noční mûrou však pro ni bylo, že se v situaci tak intimní a náročné, jako je porod, může setkat s porodními asistentkami pocházejícími ze Slovenska. Vnímát slovenštinu jako cizí jazyk je v českém kontextu podle jejího názoru ožehavé téma a něco, co může potenciálně dotyčné mluvčí urazit. Přesto je slovenština jazykem, kterému ona jako někdo, kdo není rodilou mluvčí češtiny, zkrátka nerozumí. Ne/jinakost slovenštiny tak pro ni představovala výrazný stresový faktor, kvůli kterému se rozhodla porodit své druhé dítě raději ve své rodné zemi.

To pro Natálii, jež pochází z Ruska, je její bezchybná čeština zdrojem hrdosti. V průběhu rozhovoru v několika situacích zdůraznila, že česky umí dobře, jen snad jednou jí někdo při pracovním pohovoru vyčetl, že má mírný přízvuk. V rámci rozhovoru vyprávěla o rozdílech mezi českou a ruskou péčí v těhotenství a porodu a podivovala se nad tím, že v České republice se v průběhu těhotenství provádí mnohem méně vyšetření oproti Rusku. O poskytnuté péči v průběhu těhotenství i porodu se však vyjadřovala velmi pozitivně: „*Ale jinak já si nemůžu stěžovat na nic. Porodní asistentky, sestřičky, tak byly šikovné, všechny. Starostlivé, takové pečlivé [...] jsem byla spokojená.*“ (18. 5. 2017, polostrukturovaný rozhovor) Jistou roli hrálo i to, že pravidelná



vyšetření ke konci těhotenství jí v nemocnici prováděl lékař původem z Ruska. Ten měl dokonce službu, když Natálie rodila. Natálie sice tvrdila, že z hlediska samotné komunikace pro ni nebyla přítomnost tohoto lékaře natolik zásadní právě proto, že ona česky rozumí dobře, nicméně podotkla, že pro ni bylo příjemné zajít za ním „na takový ten pokec“. To ocenila i Clara po porodu svého druhého dítěte v Německu, u kterého asistoval český lékař, jenž byl v německé porodnici zaměstnaný. Možnost a schopnost popovídat si česky s Clarou a jejím českým partnerem zde rovněž fungovala jako katalyzátor vzájemného porozumění. A přesně ten a také celkové pozitivní naladění ke komunikaci je důležitou přidanou hodnotou, kterou ve své péči zřejmě postrádaly Cecily i Vanessa.

Rekonceptualizace zranitelnosti: Závěr

V tomto textu jsme se soustředily na sociální interakce mezi zdravotnickým personálem a a uživateli a uživatelkami zdravotní péče ve dvou různých segmentech českého zdravotnictví: na oddělení dlouhodobé péče a na gynekologicko-porodnických odděleních. Na základě etnografického výzkumu jsme popsaly, jak mezi těmito dvěma stranami probíhá vzájemná komunikace a co ji případně komplikuje. Zajímaly jsme se při tom o to, co konstituuje anebo posiluje pozici zranitelnosti na straně příjemců a příjemkyň zdravotní péče. K této otázce jsme přistoupily z pozic intersekcionalní teorie, konkrétně tzv. procesuálního pojetí (Choo, Ferree 2010), které se soustředí na interkategorickou komplexitu a vztahy sociálních nerovností mezi různými skupinami (Giritli-Nygren, Olofsson 2014; McCall 2005).

Vztah mezi poskytovateli/kami a uživateli/kami zdravotní péče je s ohledem na zkušenost nemoci či na kontext, v němž se interakce odehrává, vždy charakterizován mocenskou asymetrií a nerovností. My jsme se výzkumně soustředily na dvě různé skupiny uživatelů a uživatelek: jednak na skupinu osob v seniorském věku, jež byly hospitalizovány na oddělení dlouhodobé péče, jednak na skupinu žen s migrační zkušeností, jež se nenarodily v České republice. Věk a migrace přitom patří spolu s genderem, sexualitou, sociální třídou, etnicitou/rasou a dalšími mezi ty význačné faktory, které zranitelnost ve smyslu náchylnosti k různým formám újmy podmiňují, nebo dokonce vyvolávají.

Kromě těchto faktorů, jež charakterizuje relativní stálost v čase, však náš výzkum ukázal, že zranitelnost podmiňují i mnohem proměnlivější faktory. Jedním z nich je kognitivní nebo jazyková zdatnost, jež výrazně ovlivňuje průběh komunikace a vztah mezi příjemci/kyněmi a poskytovateli/kami zdravotní péče. Na oddělení dlouhodobé péče je kognitivní zdatnost pacientek a pacientů dokonce pravidelně měřena prostřednictvím lékařských vyšetření, která ji v jistém smyslu konzervují jako relativně stálou vlastnost. Zdravotnický personál potom k pacientovi nebo pacientce přistupuje odpo-

vídajícím způsobem a kategorizuje je jako spolupracující/ho či nespolupracující/ho. Kognitivní zdatnost se ale v čase výrazně proměňuje, a to zvláště v případě některých onemocnění. Například pacient trpící Alzheimerovou chorobou, například pan Nový, je někdy schopný reagovat na zdravotníky a spolupracovat, a jindy zase naopak.

Podobně i jazyková vybavenost představuje faktor, který se proměňuje v čase a jehož adekvátnost závisí na konkrétním situačním nastavení. Ženy s migrační zkušeností, s nimiž jsme provedly kvalitativní polostrukturované rozhovory anebo které jsme doprovázely do zdravotnických zařízení, ovládaly český jazyk anebo angličtinu jako prostředek mezinárodní komunikace do různé míry. Avšak i ženy, které oba tyto jazyky uměly dobře, se v některých situacích nebo ve vztahu s určitými zdravotnicemi a zdravotníky ocitaly ve zranitelné pozici, například když poskytovatelky zdravotnické péče hovořily slovensky nebo nehovořily anglicky. Můžeme tedy shrnout, že ne/schopnost komunikace mezi uživateli/kami a poskytovateli/kami zdravotní péče je situační, přičemž ji podmiňuje momentální kognitivní či jazyková vybavenost ke komunikaci ať již na straně poskytujících péči, nebo na straně přijímajících.

Jako zvláštní bariéra v komunikaci se ve vztahu žen s migrační zkušeností a zdravotnického personálu objevila i barva pleti a „rasa“. Ta byla podle Cecily, jedné z žen v pozici příjemkyň porodní péče, důvodem neochoty poskytovat patřičnou péči v průběhu porodu. S neochotou komunikovat a interagovat se však setkala i Vanessa. Ta ji rovněž interpretovala ve vztahu ke svému cizinectví a možné jazykové nevybavenosti porodních asistentek, jež o ni měly pečovat. Zcela zásadní byla ne/ochota komunikovat ze strany zdravotnického personálu v případě Theresy, která se svými vytříbenými sociálními schopnostmi snažila kompenzovat svou jazykovou nevybavenost. V interakcích mezi zdravotnickým personálem a osobami hospitalizovanými na oddělení dlouhodobé péče se neochota komunikovat také objevovala jako významná bariéra. V tomto případě ale do jisté míry odrážela i zdravotní stav a momentální kognitivní zdatnost dotyčného pacientka či pacientky. Samozřejmě je však možné, že i v tomto kontextu hraje roli odlišná etnicita nebo barva pleti. Tyto faktory jsme ale v našem výzkumu neměly možnost sledovat.

Pro hodnocení poskytnuté péče v obou segmentech zdravotnictví se ochota personálu naslouchat hospitalizovaným osobám a „popovídat si“ s nimi jevila jako klíčová a představovala základ pro budování pozitivního vztahu v obou sektorech zdravotnictví. Zdá se, že obzvláště důležitá byla v případech některých žen s migrační zkušeností, které ji spojovaly s respektem a „lidským přístupem“. Zatímco se některé z nich, například Vanessa a Cecily, setkávaly spíše s neochotou komunikovat, v případě Natálie bylo ono „popovídání s ní“ příjemným bonusem navíc, jenž plynul jednoduše z toho, že jejím ošetřujícím lékařem byl její krajan, s nímž si díky tomu mohla vytvořit nadstandardní vztah. Podobně i Clara a její český partner profitovali z přítomnosti českého lékaře v německé porodnici.



Hlavní argument našeho příspěvku lze tedy stručně vystihnout následovně. Zranitelnost uživatelů a uživatelů zdravotní péče v interakcích se zdravotnickým personálem není jen výsledkem průsečíků faktorů (více méně trvalejšího rázu), jako je gender, sexualita, etnicita nebo sociální třída, věk, migrace apod., ale významnou roli zde hraje i (časově mnohem nestálější) kontextuální a situační ne/schopnost komunikace. V tomto textu jsme se soustředily především na její souvislost s kognitivními a jazykovými bariérami spjatými zejména s vyšším věkem a zkušeností migrace. Kontextuální a situační neschopnost či neochotu komunikovat však může pochopitelně způsobovat a podmiňovat řada dalších, obtížněji uchopitelných vlivů.

V poslední řadě chceme upozornit na důležitost temporální dimenze, která zranitelnost pacientů a pacientek v komunikaci se zdravotnickým personálem podmiňuje. Projevuje se nejen v otázce, jak dlouho různé faktory ovlivňují dané interakce v průběhu poskytování zdravotní péče a kdy do souvisejících situací vstupují. Možnost dorozumět se je limitována časově i v tom ohledu, že se musí odehrát v rámci určitého časového intervalu. Když pacient nebo pacientka ošetřující osobě nerozumí, ať už kvůli jazykovým, kognitivním nebo jiným komplikacím, zdravotník či zdravotnice zpravidla nemohou do komunikace investovat více času kvůli dalším uživatelům nebo uživatelkám a pracovním povinnostem. Na individuální přístup k pacientkám či pacientům nadto zdravotnický personál zpravidla nemá čas vůbec kvůli nedostatečnému počtu personálu ve zdravotnickém zařízení. Navíc, jak jsme upozornily výše, například na oddělení dlouhodobé péče vykonávají ošetřovatelé a ošetřovatelky řadu pracovních aktivit nad rámec svých kompetencí, přičemž podobná situace je i na řadě gynekologicko-porodnických oddělení (viz Hrešanová 2008: 131–139). Nedostatek času a personálu, které ztěžují možnosti komunikace mezi poskytovateli a přijímajícími péči, je však nutné vidět v širším rámci jako neduhu, jež nejsou pouhou záležitostí jednotlivých konkrétních zařízení. Jde o problém vyvěrající ze širších strukturálních faktorů a z toho, jak je zdravotní péče jako celek organizována, spravována a financována. Otázka zranitelnosti v kontextu sociálních interakcí mezi zdravotnickým personálem a pacienty a pacientkami se tak nevyhnutelně váže k širšímu nastavení zdravotnického systému jako celku.

Literatura

- Adanu R. M. K., Johnson, T. R. B. 2009. „Migration and Women’s Health.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 106, No. 2: 179–181, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>.
- Aday, L. A. 1994. „Health Status of Vulnerable Populations.” *Annual Reviews of Public Health*, Vol. 15: 487–509, <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.002415>.
- Adger, W. N. 2006. „Vulnerability.” *Global Environmental Change*, Vol. 16: 268–281, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>.

- Ahern, J. et al. 2008. „Population Vulnerabilities and Capacities Related to Health: A Test of a Model.“ *Social Science & Medicine*, Vol. 66, No. 3: 691–703, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.011>.
- Banks, K. H., Kohn-Wood, L. P. 2002. „Gender, Ethnicity and Depression: Intersectionality and Context in Mental Health Research with African American Women.“ *Scholarship*. Paper 6.
- Bracken-Roche, D. et al. 2017. „The Concept of ‚Vulnerability‘ in Research Ethics: An In-depth Analysis of Policies and Guidelines.“ *Health Research Policy and Systems*, Vol. 15, No. 1: 8, <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-016-0164-6>.
- Brown, T. 2011. „‚Vulnerability is Universal‘: Considering the Place of ‚Security‘ and ‚Vulnerability‘ within Contemporary Global Health Discourse.“ *Social Science & Medicine*, Vol. 72, No. 3: 319–326, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.010>.
- Caiola, C., et al. 2014. „Using an Intersectional Approach to Study the Impact of Social Determinants of Health for African-American Mothers Living with HIV.“ *ANS Advances in Nursing Science*, Vol. 37, No. 4: 287–298, <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0000000000000046>.
- Collins, P. Y., von Unger, H., Armbrister, A. 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 & Medicine*, Vol. 67, No. 3: 389–397, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.013>.
- Cunha, T., Garrafa, V. 2016. „Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics?“ *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 25, No. 2: 197–208, <https://doi.org/10.1017/S096318011500050X>.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., Shirley, W. L. 2003. „Social Vulnerability to Environmental Hazards.“ *Social Science Quarterly*, Vol. 84, No. 2: 242–261, <https://doi.org/10.1111/1540-6237.8402002>.
- ČSÚ. 2015. *R82 Narození cizinci v ČR podle státního občanství – vývoj v letech 1995–2015* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 9. 3. 2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/49262391/c08R82_2015.pdf/ed9cfebb-868e-4b40-a147-522deefd0513?version=1.
- ČSÚ. 2016. *T66 Hospitalizovaní cizinci v nemocnicích podle příčin hospitalizace v roce 2015* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 13. 1. 2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/40291466/1512_c06t66.pdf/e20aa771-951b-419c-a60b-25a75eb95fcb?version=1.0
- Delor, F., Hubert, M. 2000. „Revisiting the Concept of ‚Vulnerability‘.“ *Social Science & Medicine*, Vol. 50, No. 11: 1557–1570, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7).
- Derosé, K. P., Escarce, J. J., Lurie, N. 2007. „Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability.“ *Health Affairs*, Vol. 26, No. 5: 1258–1268, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1258>.
- Dworkin, S. L. 2005. „Who is Epidemiologically Fathomable in the HIV/AIDS Epidemic? Gender, Sexuality, and Intersectionality in Public Health.“ *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 7, No. 6: 615–623, <https://doi.org/10.1080/13691050500100385>.
- Eide, A. H. et al. 2013. „Addressing Equitable Health of Vulnerable Groups in International Health Documents.“ *European Journal of Disability Research*, Vol. 7, No. 3: 153–162,



- <https://doi.org/10.1016/j.alter.2013.04.004>.
- Friedlová, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Giritli-Nygren, K., Olofsson, A. 2014. „Intersectional Approaches in Health-Risk Research: A Critical Review.“ *Sociology Compass*, Vol. 8, No. 9: 1112–1126, <https://doi.org/10.1111/soc4.12176>.
- Gjengedal, E. et al. 2013. „Vulnerability in Health Care – Reflections on Encounters in Every Day Practice.“ *Nursing Philosophy*, Vol. 14, No. 2: 127–138, <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x>.
- Habek, D., Vuković Bobić, M., Hrgović, Z. 2008. „Possible Feto-maternal Clinical Risk of the Kristeller’s Expression.“ *Central European Journal of Medicine*, Vol. 3, No. 2: 183–186.
- Hasmanová Marhánková, J. H. 2010. „Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory.“ *Sociologický časopis*, roč. 42, č. 2: 211–234.
- Haškovcová, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team.
- Holmes, S. 2011. „Structural Vulnerability and Hierarchies of Ethnicity and Citizenship on the Farm.“ *Medical Anthropology*, Vol. 30, No. 4: 425–449, <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576728>.
- Hnilicová, H., Dobiášová, K. 2009. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Praha: Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Dostupné z: http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana
- Hřešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic*. Plzeň: Vydavatelství Západočeské univerzity.
- Hřešanová, E. 2011. „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, roč. 12, č. 2: 63–74.
- Hřešanová, E. 2014. „‘Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You’: Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women’s Childbirth Narratives.“ *Czech Sociological Review*, Vol. 50, No. 6: 961–986, <http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2014.50.6.150>.
- Hřešanová, E. 2017. „The Natural Childbirth Movement in the Czech Republic.“ Pp. 277–307 in Fábíán, K., Korolczuk, E. (eds.). *Rebellious Parents: Parental Movements in Central-Eastern Europe and Russia*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Hurst, S. A. 2008. „Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room?“ *Bioethics*, Vol. 22, No. 4: 191–202, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>.
- Chambers, R. 1989. „Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy.“ *IDS Bulletin*, Vol. 20, No. 2: 1–7, <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x>.
- Chambers, R. 1995. „Poverty and Livelihoods: Whose Reality Counts?“ *Environment and Urbanization*, Vol. 7, No. 1: 173–204, <https://doi.org/10.1177/095624789500700106>.
- Choo, H. Y., Ferree, M. M. 2010. „Practicing Intersectionality in Sociological Research: A Critical Analysis of Inclusions, Interactions, and Institutions in the Study of Inequalities.“ *Sociological Theory*, Vol. 28, No. 2: 129–149, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9558.2010.01370.x>.
- Inhorn, M. 2012. „Introduction: Medical Anthropology at the Intersections.“ Pp. 1–22 in Inhorn, M., Wentzell, E. (eds.). *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms and Futures*. Durham, London: Duke University Press.

- Inhorn, M. C. 2006. „Defining Women’s Health: A Dozen Messages From More Than 150 Ethnographies.” *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 20, No. 3: 345–378, <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.3.345>.
- Ivanová, K., Špatenková, N., Bužgová, R. 2010. „Rizikové senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace.” Pp. 67–78 in Ryšavý, D. (eds.). *Acta universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica, Sociologica – Andragogica*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kalvach, Z., Holmerová, I. 2008. „Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén.” *Medicína pro praxi*, roč. 5, č. 2: 66–69.
- Lacas, A., Rockwood, K. 2012. „Frailty in Primary Care: A Review of its Conceptualization and Implications for Practice.” *BMC Medicine*, Vol. 10: 4, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>.
- Little, M. et al. 2000. „Vulnerability in the Narratives of Patients and Their Carers: Studies of Colorectal Cancer.” *Health*, Vol. 4, No. 4: 495–510, <https://doi.org/10.1177/136345930000400405>.
- Machálková, L. et al. 2017. „Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči u seniorů.” *Interní medicína pro praxi*, roč. 19, č. 1: 38.
- Martin, E. 2012. „Grafting Together Medical Anthropology, Feminism and Technoscience.” Pp. 23–40 in Inhorn, M., Wentzell, E. (eds.). *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms and Futures*. Durham, London: Duke University Press.
- McCall, L. 2005. „The Complexity of Interseccionality.” *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 30, No. 3: 1771–1800, <https://doi.org/10.1086/426800>.
- Mehri, Z. O., Awonuga, A. O. 2005. „The Role of Uterine Fundal Pressure in the Management of the Second Stage of Labor: A Reappraisal.” *Obstetrical and Gynecological Survey*, Vol. 60, No. 9: 599–603.
- Paliativní medicína. 2013. *Standardy paliativní péče 2013*. [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny [cit. 10. 10. 2017]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.
- Parker, R. 2012. „Critical Intersections and Engagements: Gender, Sexuality, Health, and Rights.” Pp. 206–238 in Inhorn, M., Wentzell, E. (eds.). *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms and Futures*. Durham, London: Duke University Press.
- Pařízková, A., Hrešanová, E., Glajchová, A. (v tisku). „Migrace a porod: sociální aspekty prolinání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen.” *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*.
- Read, R. 2007. „Labour and Love: Competing Constructions of ‚Care‘ in a Czech Nursing Home.” *Critique of Anthropology*, Vol. 27, No. 2: 203–222, <https://doi.org/10.1177/0308275X07076798>.
- Reimer-Kirkham, S. 2014. „Race, Religion, Health, Intersections of.” Pp. 1651–1656 in Cockerham, R., Dingwall, R., Quah, S. (eds.). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, and Behavior*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell, <https://doi.org/10.1002/9781118410868>.
- Rogers, A. C. 1997. „Vulnerability, Health and Health Care.” *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 26, No. 1: 65–72, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>.



- Roter, D. L., Hall, J. A. 1989. „Studies of Doctor-Patient Interaction.“ *Annual Review of Public Health*, Vol. 10, No. 1: 163–180.
- Roter, D., Hall, J. A. 1993. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport: Praeger.
- Ruof, M. C. 2004. „Vulnerability, Vulnerable Populations, and Policy.“ *Kennedy Institut of Ethics Journal*, Vol. 14, No. 4: 411–425.
- Song, J.-E. et al. 2016. „A Qualitative Review of Immigrant Women’s Experiences of Maternal Adaptation in South Korea.“ *Midwifery*, Vol. 39: 35–43, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.008>.
- Spiers, J. 2000. „New Perspectives on Vulnerability Using Emic and Etic Approaches.“ *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 31, No. 3: 715–721, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x>.
- 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*, Vol. 3, No. 2: 1–13, <https://doi.org/10.1177/2055102916679349>.
- Sýkorová, D. 2006. „Senioři v České republice. Mýty a jejich dekonstrukce.“ *Sociológia*, roč. 38, č. 2: 151–164.
- Takács, L., Seidlová, J. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček. Zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
- ten Have, H. 2015. „Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics.“ *Bioethical Inquiry*, Vol. 12, No. 3: 395–408, <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9641-9649>.
- ten Have, H. 2016. *Vulnerability: Challenging Bioethics*. Abingdon: Routledge.
- Toader, E., Damir, D., Toader, T. 2013. „Vulnerabilities in the Medical Care.“ *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Vol. 92: 936–940, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.780>.
- Turner, B. L. et al. 2003. „A Framework for Vulnerability Analysis in Sustainability Science.“ *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 100, No. 14: 8074–8079, <https://doi.org/10.1073/pnas.1231335100>.
- Vörösmarty, Ch. J. et al. 2000. „Global Water Resources: Vulnerability from Climate Change and Population Growth.“ *Science*, Vol. 289: 284–288, <https://doi.org/10.1126/science.289.5477.284>.
- Watts, M. J., Bohle, H. G. 1993. „The Space of Vulnerability: The Causal Structure of Hunger and Famine.“ *Progress in Human Geography*, Vol. 17, No. 1: 43–67, <https://doi.org/10.1177/030913259301700103>.
- Weber, L., Parra-Medina, D. 2003. „Intersectionality and Women’s Health: Charting a Path to Eliminating Health Disparities.“ Pp. 181–230 in Segal, M., Demos, V., Kronenfeld, J. *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes*. Amsterdam, Boston: Elsevier/JAI.
- Weijer, Ch. 1999. „Research Involving the Vulnerable Sick.“ *Accountability In Research*, Vol. 7, No. 1: 21–36, <http://dx.doi.org/10.1080/08989629908573940>.

- Winchester, M. S. 2015. „Synergistic Vulnerabilities: Antiretroviral Treatment Among Women in Uganda.“ *Global Public Health*, Vol. 10, No. 7: 881–894, <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1007468>.
- Zhou, Y. R., Majumdar, B., Vattikonda, N. 2016. „Culture, but More Than Culture: An Exploratory Study of the HIV Vulnerability of Indian Immigrants in Canada.“ *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 18, No. 9: 1067–1080, <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1162328>.

© BY-NC Ema Hrešanová, Alena Glajchová, 2018

© BY-NC Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2018

Ema Hrešanová je odbornou asistentkou v oboru sociální antropologie na katedře sociologie ISS FSV UK a výzkumnou pracovnící na katedře sociologie FF ZČU. Dlouhodobě se zabývá tématy z oblasti genderu a zdraví, zejména sociálními studii reprodukčního zdraví a porodu. V současném kolaborativním výzkumném projektu studuje tyto otázky v souvislosti s procesy migrace. Korespondenci zasílejte na adresu: ema.hresanova@fsv.cuni.cz.

Alena Glajchová působí jako interní doktorandka katedry antropologie a výzkumná pracovníce na katedře sociologie FF ZČU. Věnuje se tématům spojeným s nerovnostmi ve zdraví, podobou současného systému zdravotnictví, lékařskou profesí a vztahem mezi poskytovateli a příjemci zdravotní péče. Hlavní pozornost ve svém výzkumu věnuje interpretaci zkušenosti týkající se poskytování zdravotní péče a komunikaci mezi zranitelnou populací a lékařským personálem. Korespondenci zasílejte na adresu: alenag@kss.zcu.cz.