Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha
Škola veřejného zdravotnictví

KVALITATIVNÍ VÝZKUM – ÚVOD DO METODOLOGIE

MUDr. Martina Novotná

Praha 2009

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha
Škola veřejného zdravotnictví

KVALITATIVNÍ VÝZKUM – ÚVOD DO METODOLOGIE

(atestační práce)

Vypracoval: MUDr. Martina Novotná

Konzultant: PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D

Praha
2009

Souhrn

Cílem práce je představit lékařům metodu kvalitativního výzkumu tak, aby lékařská obec seznala, že kvalitativní výzkum je plnohodnotná metoda vědecké práce, a aby jej, ke své škodě, nepodcenili. Aby lékaři byli schopni rozpoznat, kdy je na místě tento přístup použít, a aby práce, vytvořené tímto výzkumným nástrojem, dokázali správně interpretovat a využít ve své praxi.

Klíčová slova*:* kvalitativní výzkum, kvantitativní výzkum, kvalitativní výzkum v medicíně, metodologie

Summary:

The aim of this work is to introduce a method of qualitative research to medical community, to emphasize that a qualitative analysis is also a full-value method of scientific research which should not be underestimated.

Our aim is to provide the doctors with information regarding situation when this method can be used, how to interpret the results of this analysis correctly and how to exploit this method in practice.

Key words: qualitative research, quantitative research, qualitative research in medicine, methodology

Prohlášení

Prohlašuji, že tuto atestační práci jsem vypracovala samostatně za použití podkladů a materiálů, uvedených v seznamu (§ 31 Autorského zákona č. 121/2000 Sb.).

Souhlasím, aby moje atestační práce byla digitálně zpracovaná a v elektronické formě zpřístupněna odborné veřejnosti na webových stránkách IPVZ (dle § 14, § 18 a § 37 Autorského zákona č. 121/2000 Sb.).

Praha, únor 2009 MUDr. Martina Novotná

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila velké poděkování a uznání své školitelce paní PhDr. Heleně Hnilicové, Ph.D. za její pomoc, vstřícnost a cenné rady při vypracování mé atestační práce.

Děkuji tímto i všem lektorům školy veřejného zdravotnictví, se kterými jsem měla tu čest se během svého studia veřejného zdravotnictví setkat.

Dále děkuji kolegům, přátelům i členům rodiny, kteří mě svými podněty inspirovali k vytvoření této práce a zvláštní dík patří Ing. Davidu Mášovi za jeho vytrvalou podporu mého záměru takovouto práci sepsat.

Praha, únor 2009 MUDr. Martina Novotná

Obsah práce:

1. Úvod 7
2. Vstupní otázka 7
3. Osobní historie 11
4. Kořeny kvalitativního výzkumu 12
   4.1 Exkurz do sociologie 13
5. Teoretické základy 14
   5.1 Paradigma 14
   5.2 Kvantitativní výzkum 16
   5.3 Kvalitativní výzkum 16
   5.4 Smíšený výzkum 20
   5.5 Příběh fotografa 20
   5.6 Kvantitativní versus kvalitativní 21
   5.7 Shrnutí rozdílů 23
6. Metodologie kvalitativního výzkumu 24
   6.1 Přístupy kvalitativního výzkumu 24
   6.2 Sběr dat 25
   6.3 Metody sběru dat 26
   6.4 Zaznamenání dat 28
   6.5 Kategorizace dat a zpracování 29
   6.6 Výzkumná zpráva 30
   6.7 Hodnověrnost výzkumu 31
   6.8 Hodnocení kvalitativního výzkumu 32
7. Kvalitativní výzkum v praxi 33
   7.1 Modelový příklad kvalitativního výzkumu 34
   7.2 Kvalitativní výzkum v medicíně 37
   7.3 Epidemiologická studie 39
   7.4 Kvalitativní výzkum v dalších oborech 41
8. Závěr 42
9. Rozloučení 44
10. Seznam literatury 45

Motto: „Neexistuje jediné poznání reality, jenom alternativní typy porozumění.“

Jan Hendl

1. Úvod

Jak jsem uvedla výše ve shrnutí, cílem mé práce je představit kvalitativní výzkum lékařům. Představit jej tak, aby v případě, že dosud neměli možnost se s touto výzkumnou metodou blíže seznámit, získali představu, o co se jedná, jaká jsou pravidla kvalitativního výzkumu, jeho silné a slabé stránky a především, jakým způsobem jej mohou využít ve své lékařské praxi.

Má práce je zpracována postupy kvalitativního výzkumu, a proto je možné, že bude na čtenáře působit nezvykle, netradičně a v některých pasážích možná i ne dostatečně „vědecky“. Proč tomu tak je se pokusím v jejím průběhu osvětlit a zdůvodnit. Proto prosím laskavého čtenáře při jejím čtení o otevřenou mysl a trpělivost.

2. Vstupní otázka

„Pánbůh s Vámi, kolegyně!“, vyslechla si jako první reakci na svoji prezentaci ročníkové práce v roce 1996 studentka pátého ročníku medicíny. Tou studentkou jsem byla já. A nebylo to naposled, kdy jsem větu obdobného významu slyšela. Musím přiznat, že tato reakce pro mě byla šokem. Poctivě jsem připravovala projekt, zpracovávala data, formulovala závěry, přednesla prezentaci a nestačilo to.

Má práce s názvem „**Sociální role lékaře**“ se zabývala zkoumáním toho, jak se liší představa role lékaře z pohledu lékaře a z pohledu pacienta. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní přístup a prostřednictvím rozhovorů se šesti lékaři a se šesti pacienty nemocnice jsem získala popis toho, jak si představuje pacient, že role lékaře vypadá a jak si myslí lékař, že si pacient roli lékaře představuje. Srovnáním odpovědí

obou skupin jsem zjišťovala, zda **existují v pohledu lékaře a pacienta na roli lékaře významné rozdíly**, které by byly zajímavé pro další zkoumání.

Abych nenechala čtenáře v nejistotě, skutečně se ukázalo, že rozdílné oblasti jsou. Jednalo se o poskytování informací lékařem o zdravotním stavu pacienta, kdy lékaři neočekávali, že by to byla tak důležitá kategorie, jak udávali pacienti. Další rozdíl byl v pohledu obou skupin na informování o postupu léčby, kdy pacienti nepožadovali takové množství informací, jaké si lékaři představovali, že pacient vyžaduje. Snad největší rozdíl byl v tom, že lékaři měli představu, že pro pacienta je nejpodstatnější množství času, které s ním stráví. Ale pacienti si byli vědomi velké časové vytíženosti lékařů a nebylo pro ně tak důležité, zda s nimi lékař dlouze hovoří, ale že se ho dovolají, když budou potřebovat jeho pomoc. Obě skupiny se shodly v otázkách důvěry, kterou musí pacient v lékaře mít, a v tom, že lékař musí být odborník. (*Srov. Novotná 1996)*

Přes všechno úsilí jsem u pedagogů a vědeckých pracovníků fakulty narazila na nepochopení a zlehčení celé práce. Nebylo mi jasné, proč mé prezentaci neporozuměli a proč je mých dvanáct respondentů hodnoceno jako nedostatečně velký vzorek na seriózní výzkum, přestože se jedná o kvalitativní metodologii, přestože šest pacientů v prezentaci o onemocnění střev je dostatečných, i když se jedná o přístup kvantitativní.

Byla jsem si vědoma toho, že **moje práce se nachází na pomezí medicíny a sociologie**, ale že bude tak těžké tento přístup obhájit, jsem nečekala. Spoléhala jsem na to, že jsem na akademické půdě, která by měla nové pohledy a přístupy vítat a podporovat. To se ale nestalo.

Moji sebeúctu výzkumníka zachránila až socioložka, která na naší fakultě přednášela sociologii medicíny. Byla také v publiku, když jsem prezentovala svůj příspěvek. Po skončení konference ke mně přišla a řekla mi, že se jí moje práce líbila a že je to dobrý nápad. Vzhledem k tomu, že z titulu své profese znala, na rozdíl od lékařů, metodologii mé práce, rozuměla tomu, jak a proč jsem postupovala a co lze ze zjištěných výsledků vyvozovat.

A tady leží odpověď na otázku, proč má práce nebyla pochopena. Vědci s lékařským vzděláním dobře rozuměli pracím, které pojednávaly o čistě medicínských tématech a

byly zpracovávány kvantitativním přístupem. Ale témata na rozhraní psychologie, sociologie a medicíny pro ně byla už příliš vzdálená, vágní a neuchopitelná a o kvalitativních metodách výzkumu většinou neslyšeli. A domnívám se, že jsou i další příčiny tohoto postoje. V moderní době není možno obsáhnout všechny vědní obory tak, jak tomu bylo v historii. Specializace s sebou přináší možnost prozkoumat problémy do hloubky, ale je to za cenu ztráty kontaktu s okolními vědami. Prohlubování znalostí a výzkumu v konkrétním oboru vzdaluje výzkumníka od možnosti seznamovat se s vývojem v oborech jiných. A při současném množství dostupných poznatků na všech úrovních vědy to ani není jinak možné.

Pokud se přesto některý odvážný vědec vydá prozkoumávat témata, která leží blízko hranic s jiným vědním oborem, dostává se na velmi nejistou půdu. Nejistou hned z několika důvodů. Kolegy ze svého „domovského" oboru bude považován za odpadlíka nebo minimálně za někoho, kdo se zabývá ne podstatnými tématy a tedy nedělá „skutečnou vědu". Tento postoj bude tím výraznější, čím vzdálenější bude nový obor tomu původnímu. A na druhé straně, vědci z nového oboru na tohoto průkopníka budou pohlížet s nedůvěrou jako na vetřelce, v lepším případě nováčka a zelenáče, který má co dohánět a těžko kdy může být jejich rovnocenným partnerem. **Odvážný vědec se tak stává dobrodruhem na velmi nebezpečném území**, který není brán vážně ani na jedné straně hranice a musí si těžce dobývat respekt a pochopení obou vědeckých táborů. To vše s mizivou jistotou, že se mu to někdy podaří.

V našem případě musí výzkumník na pomezí medicíny, sociologie a psychologie nejen dokazovat lékařské obci, že témata z oblasti psychických a sociálních faktorů týkající se jak pacientů, tak zdravotnických pracovníků jsou důležitá, někdy i rozhodující pro dosažení nejlepších léčebných výsledků, ale musí se také zorientovat alespoň v základních aspektech sociologie a psychologie a naučit se tyto vědy používat pro výzkumy v oblasti medicíny a zdravotnictví. Musí umět skloubit odlišná paradigmata obou vědeckých přístupů, kdy paradigma medicíny vychází z přírodních věd a paradigma sociologie a psychologie vychází z věd sociálních.

Podruhé jsem na neporozumění narazila po ukončení studia lékařské fakulty **při prezentaci plánu své doktorandské práce**, která se měla zabývat vytvořením

specifického edukačního programu pro dekompenzované diabetiky, cíleně zaměřeného na problémovou oblast konkrétního pacienta. Program měl být sestaven na základě zjištěných psychosomatických faktorů, které by byly získány na základě identifikačního dotazníku, který by odhalil problémovou oblast daného pacienta. Sestavení dotazníku i edukačního programu mělo být předmětem doktorandského studia. Východiskem mého nápadu byl fakt, že u dekompenzace diabetu hrají velkou roli psychosomatické a sociální faktory a také to, že dekompenzace je pro diabetika komplikací ohrožující ho na životě.

Když jsem se tedy po ukončení studia na pražské lékařské fakultě s preventivním zaměřením rozhodla pro doktorandské studium a vybrala si **téma z oblasti preventivní medicíny, ukázalo se, že neexistuje oborová rada, která by tuto oblast zaštiťovala**. Teprve na základě mého zájmu se zahájily kroky na vytvoření této rady a já jsem musela být zařazena pod obor interní. To byl možná také jeden z důvodů, který mi mou cestu za kvalitativním výzkumem zkomplikoval.

Se svým školitelem – internistou jsem dlouho diskutovala o svém tématu a snažila se mu vysvětlit, že charakter mé práce vyžaduje výzkumné kroky lišící se od práce doktoranda zpracovávajícího čistě medicínské téma. Pochopitelně jsem neuspěla, protože došlo ke konfrontaci odlišných paradigmat a pochopení pro mé výzkumné postupy by měl spíše sociolog než klinik. Nakonec jsem z těchto důvodů postgraduální studium opustila. V té době mě nenapadlo studium dokončit na některé fakultě vyučující sociální vědy. Dodnes mě to mrzí. Oborová rada preventivní medicíny byla ustavena rok po mém odchodu.

Třetího setkání s tímto svým gordickým uzlem jsem se dočkala při atestační přípravě na katedře veřejného zdravotnictví. Musím říct, že náplň atestace veřejného zdravotnictví mě nadchla a vzhledem k mému nahlížení na zdraví a nemoc plně odpovídala mým představám o oblasti, ve které bych si chtěla své znalosti prohlubovat. Přednášené okruhy měly široký záběr - včetně přednášek z oblasti psychologie a sociologie a tak jsem se rozhodla při **volbě tématu atestační práce** navázat na svou studentskou práci a podrobněji zpracovat téma sociální role lékaře z pohledu lékaře a z pohledu pacienta. Tak zněl i název mé práce a školiteli byl můj nápad přijat se zájmem. Předpokládala jsem, že prostředí veřejného zdravotnictví,

které stojí svou náplní na pomezí mnoha oborů včetně ekonomiky, managementu, práva a pochopitelně psychologie, sociologie, medicíny a dalších, bude toto téma srozumitelné a bude akceptováno jako rovnocenné.

Moje **původní představa** byla vybrat si nemocnici střední velikosti a pozorováním prostředí a prostřednictvím rozhovorů s pacienty a lékaři zjistit, jak si pacienti a lékaři představují roli lékaře a zda existují v pohledu pacienta a lékaře významné rozdíly, které by stály za pozornost pro další výzkum. Když jsem svůj výzkumný záměr v rámci atestační přípravy prezentovala, reagoval školitel s obdobnou opatrností, jako kdysi onen profesor při prezentaci mé studentské práce. Reakce nebyla zdaleka tak emotivní, jako ono památné zvolání skeptického posluchače, ale bylo zjevné, že dle názoru školitele tak malý vzorek nemůže vést k žádným smysluplným závěrům. Na druhou stranu, vzhledem k rozsahu atestačních prací, vlastně ani nelze očekávat plnohodnotný výzkum a má práce bude brána jako orientační vhled do problému. A musím dodat, že reakce mých kolegů lékařů při rozhovorech o tématu mé atestační práce byly obdobné.

A tehdy mi to došlo. Aby vůbec mohla být práce z oblasti medicíny, založená na kvalitativních metodách výzkumu, která má být určena lékařům, lékaři pochopena a akceptována, musí mít lékařská obec o existenci, formě a cílech kvalitativního výzkumu povědomí. Musí si být vědoma plnohodnotnosti tohoto způsobu výzkumné práce v porovnání s výzkumem kvantitativním. Proto jsem se rozhodla, na základě zjištěných informací a vlastních zkušeností, že **téma své atestační práce změním** a zkusím předložit lékařům malou „příručku metodologie kvalitativního výzkumu pro lékaře“. Dovolím si tedy pozvat čtenáře na tuto krátkou procházku do možná neznámé krajiny a pokusím se její krásy a tajemství, které mi tak učarovaly, přiblížit co možná nejsrozumitelněji. Prosím laskavého čtenáře o trpělivost, shovívavost a odvahu při naší společné cestě.

3. Osobní historie

Na tomto místě musím čtenáři ozřejmit, proč jsem se vůbec rozhodla vybírat si tak ne zcela typická témata svých studentských a vědeckých prací. **Proč se studentka medicíny nadchne pro oblast sociologie medicíny**. Proč raději nezkoumá, který

druh antibiotika má na hojení hnisavých ran lepší vliv nebo netvoří epidemiologické studie o výskytu infekčních onemocnění? Odpověď leží, jako u mnohých z nás, v rodině, v rodinném příkladu. Tak, jako se mnoho studentů medicíny rozhoduje pro tuto školu proto, že jejich rodiče nebo příbuzní jsou lékaři, podobně jsem se i já rozhodla pro témata sociologie medicíny. Má matka byla sociolog a tak jsem se zcela přirozeně seznamovala s tématy tohoto oboru.

Matka pracovala jako sociolog velkého ostravského průmyslového podniku a poději se osamostatnila a realizovala průzkumy a poradenství v oblasti podnikové sociologie. Měla jsem proto možnost ještě na střední škole sledovat ji při práci a později se i **účastnit sběru dat, jejich zpracovávání, vyhodnocování a tvorby závěrečných zpráv**. Získala jsem zkušenosti i jako tazatelka v marketingových průzkumech realizovaných kvalitativním dotazováním, které jsem dělala jako brigády, později jsem také prezentovala výsledky sociologických průzkumů na konferenci a podílela se také na tvorbě dotazníků pro projekty v oblasti preventivní medicíny na lékařské fakultě.

Rodinné prostředí mě přirozeně vedlo k rozšíření si pohledu do oblasti sociologie a psychologie a ve spojení se studiem medicíny vyplynula témata týkající se psychologických a sociologických aspektů, které hrají v procesu zdraví a nemoci roli. Osobně jsem přesvědčena, že psychické a sociální faktory mají **zásadní význam zejména v oblasti chronických nemocí**, kde se často klasická medicína dostává na hranice svých možností vyléčit. Jak je zřejmé ze zdravotnických statistik, počet chronicky nemocných stále narůstá a i to je důvod, proč tento pohled na zdraví a nemoc získává na pozornosti i v řadách lékařů a tvůrců zdravotní politiky. Domnívám se proto, že kvalitativní výzkum, který svou podstatou umožňuje poznat kořeny problémů, má v medicínském výzkumu své opodstatnění.

4. Kořeny kvalitativního výzkumu

Nyní už k tomu, co to vlastně kvalitativní výzkum je. Vyjdeme z výzkumu kvantitativního, který je medicínskému výzkumu bližší, a jeho porovnáním

s výzkumem kvalitativním si ozřejmíme jejich rozdíly, vlastnosti, vztahy a účely. A začneme tím, odkud se tento typ výzkumu vzal.

4.1 Exkurz do sociologie

Kvalitativní i kvantitativní výzkum jsou metody, které dala světu sociologie. Sociologie je věda poměrně mladá, poprvé byla pojmenována teprve v první polovině 19. století francouzským filozofem Augustem Comtem. (*Srov. Berger 1991, str.16*) **Sociologie je věda zabývající se poznáváním společnosti a vztahů ve společnosti, sociálními jevy, vztahy mezi jedinci a vztahy mezi skupinami a jejím cílem je porozumění těmto vztahům.** Sociologie zkoumá vztahy mezi lidmi na všech rovinách společnosti - od rodiny, přes pracovní skupiny až po vztahy v národech a mezi národy. Její záběr je velice široký. Základní otázkou, na kterou každý sociolog hledá odpověď, je otázka „proč?“.

Sociologové se po II. světové válce začali více zabývat specifickou částí společnosti a to medicínou. Postupně se vyvinul samostatný sociologický obor – sociologie medicíny. **Sociologie medicíny** se věnuje dvěma velkým oblastem. Je to poznávání toho, jak sociální vlivy působí na zdraví a nemoc a druhou oblastí je analyzování vztahů ve zdravotnických zařízeních a ve zdravotnických profesích. Jejím zájmem, zjednodušeně řečeno, je nemocnice jako systém a zdraví a nemoc. (*Srov. Bártlová 2005, str.15*)

Zde je zajímavé uvést, že problematikou sociálních aspektů a jejich vlivu na zdraví se již před sociologií zabývali i někteří lékaři a medicínský obor **sociální hygiena**. Řešili zejména otázky související se sociálními příčinami nemocí. K takovýmto lékařům patřil ve druhé polovině 19. století například R. Virchow.

K otázce sociálních aspektů zdraví a nemoci se tedy z různých stran dostali jak lékaři tak sociologové a v tomto místě se oblasti zájmů obou odlišných vědních disciplín prolínají. Lékaři ve své praxi jako první pozorovali, jak různé sociální podmínky ovlivňují vznik nemoci nebo udržení zdraví. A sociologové následně přinesli do oblasti medicíny svou metodologii.

S postupem času bylo oběma stranám čím dál jasnější, že sociální faktory, spolu s fyzickými a psychickými, jsou velice zásadní pro udržení zdraví a nemoci. Tento

fakt se nakonec odrazil i v samotné **definici zdraví** podle Světové zdravotnické organizace, kdy zdraví bylo definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. (*Srov. Bártlová 2005, str.12*) Tento oficiálně deklarovaný pohled na zdraví a nemoc dal sociologii větší prostor uplatnit se výzkumech realizovaných v oblasti medicíny a zdravotnictví. Bohužel v České republice byla sociologie obecně, a pochopitelně s ní i sociologie medicíny, vědou, kterou komunistický režim nepodporoval, a tak byl její rozvoj zásadně zpomalen. Teprve pro roce 1989 se může znovu nadechnout a začít dohánět, co zanedbala. (*Srov. Bártlová 2005, str. 13*) Myslím, že i to je jeden z důvodů, proč jsou kvalitativní přístupy tak málo známé v lékařské obci.

Je zřejmé, že bych na tomto místě mohla hovořit o historii kvalitativního výzkumu mnohem šířeji a vyjmenovat mnoho důležitých osobností a okolností. To ale není cílem této kapitoly. Jestliže čtenář získal představu, kam je kvalitativní výzkum ve své historii zařazen a že nejde o žádnou novinku ve vědeckém světě, účel byl naplněn a můžeme pokročit dále.

5. Teoretické základy

5.1 Paradigma

Jak jsem uvedla v popisu vlastního zážitku z prezentace na studentské konferenci, jediný vědec, který mé práci rozuměl a byl schopen výsledky správně interpretovat, byla socioložka. Je to proto, že sociologie je s pojmem kvalitativního výzkumu seznámena již delší dobu, na rozdíl od věd přírodních, do jejichž povědomí se kvalitativní výzkum teprve dostává. A dále, sociologie patří do oblasti společenských věd, jejichž paradigma je odlišné od paradigmatu věd přírodních a má práce byla zpracovávána právě paradigmatem společenských věd. Co pojem paradigma vlastně znamená?

„Paradigmata jsou přijímané příklady aktuální vědecké praxe, příklady, které zahrnují zákony, teorii, aplikace a instrumentaci. To poskytuje model, ze kterého vyvěrá určitá koherentní tradice vědeckého výzkumu.“ *(Disman 1998, str. 12)* Tolik definice. Když bychom chtěli tuto definici říci jinými slovy, mohli bychom paradigma chápat

jako úhel pohledu, jako **rámec, který zahrnuje všechny výzkumné aktivity**, které skupina vědců označí jako vědu. Neboli, „věda je to, co za vědu považují vědci v daném oboru“. (*Disman 1998, str. 13)*

V rámci paradigmatu se pak odehrává většina aktivit normální vědy a tím dochází ke zpřesňování paradigmatu. Ale na druhou stranu, paradigma představuje **omezení**, protože množina problémů i řešení je uzavřena v onom rámci. S některými podstatnými problémy tak není normální věda vůbec konfrontována a některá řešení na položené otázky také leží mimo její paradigma.

Jako **„normální věda“** jsou chápány vědní obory, které mají své paradigma již dlouho vydefinované (matematika, astronomie) nebo nově vzniklé vědní obory, které si postupně svá paradigmata vytvořily (biologie, výpočetní technika). Některé obory ale paradigma teprve hledají – nemají definitivní jednotu své vědecké obce o teorii a metodách (sociologie). Ona **neuzavřenost paradigmatu** má i své výhody, protože v rámci existujícího paradigmatu není možno udělat zásadní pokrok v daném vědním oboru. Teprve posun hranic paradigmatu a jejich přijetí, umožňuje rozšíření vědeckého obzoru. Ale posunovat hranice má svá rizika.

„Pracovat mimo rámec paradigmatu může být v normální vědě velice riskantní. V minulosti mnohý narušitel zemřel na hranici. V naší osvícenější době je pravděpodobnost, že takový narušitel bude publikovat ve vědeckých časopisech nebo že jeho habilitační práce bude přijata, nulová.“ (*Disman 1998, str. 13)*

Když jsem si kdysi tento odstavec v knize pana Miroslava Dismana přečetla, udělala jsem si na okraj stránky poznámku: „To znám z praxe, že?“ A myslela jsem tím právě svou zkušenost ze studentské konference, kdy má práce nebyla přijata. Předpokládám, že od té doby se paradigma klasické vědy rozšířilo natolik, že k podobným nepochopením již nedochází.

A nyní přejděme k popisu dvou základních výzkumných přístupů – kvantitativnímu a kvalitativnímu výzkumu. Začneme tím, co je medicíně bližší – kvantitativním výzkumem. Možná se budu pro někoho opakovat, když se pokusím stručně popsat jeho základní charakteristiky, ale toto připomenutí se bude hodit pro následné srovnávání s výzkumem kvalitativním.

5.2 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum se svým přístupem dosti podobá metodám, jakými postupují **přírodní vědy**. Stanovuje se výchozí teorie a hypotézy, provádí se vlastní pozorování, pak vyhodnocení a otestování pravdivosti hypotézy. Další společné rysy s výzkumem přírodních věd jsou výběr vzorku pomocí náhodného výběru, silně strukturovaný sběr dat pomocí dotazníků nebo pozorování, analýza dat statistickými postupy. Je zde požadována validita a reliabilita. Vlastní výzkum je připraven dopředu, jednotlivé kroky jsou do detailu stanoveny před zahájením výzkumu. (*Srov. Hendl 2005, str. 46)*

Výhodami kvantitativního výzkumu je především to, že vorek je natolik rozsáhlý a reprezentativní, že závěry lze vztáhnout na zkoumanou populaci. Sběr dat je relativně rychlý a nenáročný a data jsou na výzkumníkovi nezávislá. Zpracování dat je možné pomocí statistických analýz, které jsou v dnešní době prováděny počítačově a výsledky výzkumu můžeme tak mít k dispozici poměrně rychle. Kvantitativní výzkum je metodou vhodnou pro zkoumání velkých skupin.

Nevýhodami kvantitativního výzkumu je, že přestože závěry vztahujeme na celou zkoumanou populaci, nemusí odhalit lokální zvláštnosti. Dále, protože je ke zkoumání vybrán jen určitý aspekt reality, je možné, že výzkum pomine nějakou rozhodující skutečnost jen proto, že nebyla taková hypotéza testována. Ono zobecnění obnáší ještě jedno riziko a to, že dospějeme k tak obecnému závěru, který nebude možné použit pro konkrétní podmínky. Redukce dat je velká a to také může omezovat praktické použití zjištěných závěrů. (*Srov. Hendl 2005, str. 49)*

„…meze kvantitativního výzkumu jsou daleko užší, než často věříme.“
(*Disman 1998, str. 9)*

5.3 Kvalitativní výzkum

A nyní k výzkumu kvalitativnímu. Nejprve definice: **Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření, které usiluje o zjištění významu sbíraných dat a o jejich interpretaci.**

Cílem kvalitativního výzkumu je **POROZUMĚT**. Porozumět lidem a vztahům v dané sociální situaci. V kvalitativním výzkumu výzkumník nehledá pravdu, absolutní, jedinou a neměnnou. Ví, že to, co lze pozorovat, je pravda konkrétního jedince nebo skupiny v konkrétní situaci. (*Srov. Disman 1998, str. 294)* Pozoruje tedy sociální realitu a snaží se o porozumění toho, proč se něco děje, o **porozumění významu** zkoumaného děje.

V kvalitativním výzkumu **navazuje tazatel s respondentem vztah**. Někdy až tak těsný, že se sám stává součástí respondentovy reality, životní zkušenosti, členem zkoumané skupiny. Svým přístupem ke zkoumané osobě vytváří prostor pro to, aby mu respondent mohl **sdělit svoji zkušenost**. Nenutí ho, aby se vešel do předem stanovených škatulek odpovědí. Výzkumník naslouchá a respektuje. Výzkumník vede respondenta tak, aby výzkumníkovi sdělil svůj pohled a své prožitky v dané sociální situaci. Výzkumník má respekt ke sbíraným datům a k empirické realitě.

Kvantitativní a kvalitativní výzkum se odlišují v mnoha ohledech. Především jsou rozdílné jejich cíle a tím se liší i výchozí aspekty a postupy práce. Porozumění dění, které je základním rysem kvalitativního výzkumu, vyžaduje, aby o daném problému bylo zjištěno co nejvíce informací, aby na problém bylo nazíráno z co největšího počtu úhlů.

Dalším odlišným rysem kvalitativního výzkumu je, že to **není výzkumník, kdo vybírá relevantní data**. Je to zkoumaná osoba, kdo při sběru dat rozhoduje, jaké informace tazateli sdělí, které jsou podstatné a které ne. Tím vytváří podklady pro výzkumníka, který na základě analýzy toho, co z této výpovědi zjistil, určí, která osoba nebo dokumenty budou v dalším kroku relevantní pro sběr dat. Na základě informací od jednoho respondenta se vybírá, kdo bude zařazen do výzkumu jako další zkoumaná osoba. Oba – výzkumník i respondent – jsou tak v kvalitativním výzkumu rovnocennými partnery podílejícími se na jeho vzniku.

Velký rozdíl mezi oběma typy výzkumů je i v **časovém sledu** realizace jednotlivých částí výzkumu. Kvantitativní výzkum má jasně odděleny jednotlivé kroky – tvorba pracovní hypotézy, výběr vzorku, sběr dat, analýza dat, ověření nebo zpřesnění teorie. Realizují se postupně, jeden po druhém. Naproti tomu kvalitativní výzkum nevychází z teorie, kterou by se snažil ověřovat, ale z vybraného společenského problému a

všechny kroky – výběr vzorku, sběr dat, analýza a interpretace dat, vytvoření hypotézy, určení souvislostí, tvorba zprávy o výzkumu - **probíhají souběžně**, všechny v jednom časovém intervalu a navíc se opakují v cyklech. (*Srov. Disman 1998, str. 299)*

Na tomto místě bych čtenáři ráda předložila termín spojený s kvalitativním výzkumem - „**grounded theory**“. Objevuje se v sociologii v roce 1967 a jeho volný překlad zní „teorie s pevnými základy“. Jde o postup, kdy se **z existujících, sesbíraných dat vytváří teorii** bez toho, aniž bychom předem stanovili kritéria pro výběr dat a aniž bychom předem formulovali hypotézy. Tento postup se zásadně liší od „klasické vědy“, kdy většina prací slouží k ověřování již existujících teorií.

V kvalitativním výzkumu tedy nejde o ověření teorie, ale vytvoření teorie. Jedná se o vytváření teorie v procesu sběru dat a jejich průběžného vyhodnocování. Výzkumník současně data hledá, sbírá, vyhodnocuje a následně upřesňuje, kde sbírat další data tak, jak se teorie postupně zaostřuje nebo proměňuje. Koncepty a hypotézy jsou vytvářeny, měněny nebo zavrhovány průběžně. Neboli, výzkumník může měnit a mění nejen hypotézy, ale i techniky sběru dat a analyzované subjekty podle toho, jaké informace sesbíral do daného okamžiku. Hledá tak dlouho, dokud už se dalším sběrem dat ke své otázce nedovídá nic nového. Výzkum je tak teoreticky nasycen. Žádný nový respondent už neposkytne ke zkoumanému tématu nové informace. (*Srov. Disman 1998, str. 299)*

Jinak řečeno, **struktura kvantitativního výzkumu** je sestavena z po sobě jdoucích kroků, jejichž pořadí nelze měnit: teorie (Předpokládám nějaký jev.) - hypotéza (Nachází se tento jev v realitě?) - vzorek (Kde jev budu hledat?) - výstup (Předpokládány jev jsem našel nebo nenašel - potvrzení nebo vyvrácení hypotézy a tím zpřesnění výchozí teorie).

V kvalitativním výzkumu se „používají relativně málo standardizované metody. Hlavním instrumentem je výzkumník sám.“ (*Hendl 2005, str. 52)* V kvalitativním výzkumu je předem známa obecná struktura výzkumného postupu: existující problém (Co chci zkoumat?) - sběr dat (Chci získat co nejširší záběr informací.) - grounded theory (Co jsem o problému nalezl? Jaké struktury a souvislosti můžu prokázat? Jakou teorii mi nalezená data poskytla?). Ale naplnění jednotlivých kroků konkrétním

postupem je utvářeno až během samotného výzkumu na základě průběžně zjišťovaných dat a **všechny kroky se realizují souběžně**.

„Kvalitativnímu výzkumu se vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze – na rozdíl od kvantitativního výzkumu – těžko replikovat. Protože pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, vznikají také obtíže se zobecňováním výsledků. (Zobecnitelnost v kvantitativním výzkumu zajišťuje náhodný výběr. Tato procedura se však v kvalitativním výzkumu vůbec nepoužívá.)“ „Výhrady proti kvalitativnímu výzkumu jsou vyváženy jeho jinými vlastnostmi. Navíc to, co kvantitativní výzkumníci kritizují, je vlastně v mnoha případech přednost. Výzkumný proces je vždy kompromisem a vyvažováním nedostatků a výhod. **Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky.**“ (*Hendl 2005, str. 52-53)*

Nevýhodami kvalitativního výzkumu je, jak již bylo řečeno, že nemusí být možné zobecnění výsledků na velké skupiny, sběr dat a analýza je časově značně náročná a je náročná i na schopnosti výzkumníka a tazatele a je větší riziko ovlivnění výsledků tazatelem. (*Srov. Hendl 2005, str. 52)*

Hlavními **přednostmi** kvalitativního výzkumu je právě onen detailní vhled do chování a jednání skupiny při zkoumání nějakého jevu, pozorování se provádí v přirozeném prostředí, výzkum je schopen dobře reagovat na místní podmínky a umožňuje poznat vztahy a příčiny dějů. Další předností je, že kvalitativní výzkum je schopen navrhovat teorie. (*Srov. Hendl 2005, str. 52)*

Ona neuvěřitelná **flexibilita kvalitativního výzkumu** je zaplacena tim, že kvalitativní výzkumník není schopen předem předložit pevný a podrobný výzkumný plán. Metodologie konkrétního výzkumu se vybírá až na základě sběru dat. Výzkumník nejdříve musí začít se sběrem dat a teprve na jeho základě se postupně profiluje konkrétní výzkumný postup. **To je možná jedním z důvodů, proč výzkumné záměry řešené metodami kvalitativního výzkumu vypadají vágně a „nevědecky“,**

jak v očích grantových komisí, tak v očích vědecké obce a čtenářů výzkumných zpráv. (*Srov. Disman 1998, str. 299)*

5.4 Smíšený výzkum

Tím, jak si kvalitativní výzkum postupně vydobyl své pevné místo v sociálních vědách, výzkumníci pochopili, že je výhodné použít obou metod najednou. Formuje se třetí typ výzkumu – výzkum smíšený. Smíšený výzkum představuje **kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu v jednom výzkumném záměru**. Podle potřeby se například může začít kvalitativním dotazováním, následuje statistické šetření pomocí strukturovaného dotazníku a získané výsledky se upřesňují rozhovory s vybranými respondenty. Podle fáze výzkumu a podle sledovaných cílů výzkumník používá kvalitativní nebo kvantitativní přístup tak, aby získal co nejpřesnější data a závěry. Kombinují se výhody obou metod.

5.5 Příběh fotografa

Fotograf stojí s fotoaparátem v ruce uprostřed záplavy exotických rostlin a chce přijít na to, v jakém prostředí se vlastně nachází. Fotograf je také výzkumník a tak ví, že si může postup zkoumání vybrat. Použije-li metodu kvantitativného výzkumu, bude předpokládat, že fotí tropický prales (výchozí teorie – jsem v pralese). Pro ověření si stanoví hypotézu, že se zde bude nacházet tropická fauna a flóra. Vyfotí řadu snímků rostlin a živočichů (vybraný zkoumaný vzorek) a zjistí, že jsou na nich banánovníky, palmy a exotičtí motýli. Jeho závěry tedy potvrdí vybranou hypotézu (ano, tropická fauna a flóra byla prokázána, což odpovídá výchozí teorii) a bude znát i procentuální zastoupení jednotlivých druhů. Tím je teorie ověřena a fotograf z toho usoudí, že se nachází v tropickém pralese.

Pokud si náš fotograf vybere metodu kvalitativního výzkumu, na začátku si položí otázku, v jakém prostředí se nachází (výchozí otázka – Kde to jsem?). Bude fotit vše, co kolem sebe uvidí (široký záběr sběru informací). Na jeho snímcích budou také rostliny a živočichové, ale objeví se i zahradník s konví, holčička s cukrovou vatou a obrázek otevřeného okna. Analýzou všech získaných fotografií vytvoří hypotézu, že se nachází ve skleníku tropických rostlin. Pro ověření pokračuje ve focení objektů,

které by toto potvrdily nebo vyvrátily. Vyfotí další návštěvníky, rostliny v květináčích a nakonec i informační tabulku, která oznamuje, že se nachází ve skleníku botanické zahrady „Fata morgana“. Tím je pravdivá jeho hypotéza a teorie o tom, že fotografoval ve skleníku je potvrzena. Nezná sice přesně počty jednotlivých druhů a exemplářů, ale ví hodně o tom, kdo a proč do skleníku chodí, k čemu skleník slouží, jak funguje.

Tento malý fiktivní příběh ukazuje, jak rozdílné výstupy mohou být získány ve stejné situaci za použití různých přístupů. Je zde patrné i to, že kvantitativní výzkum si z reality vybírá jen malý výsek, který hledá a zkoumá, a proto se může stát, že pomine jiné struktury, byť by byly pro danou otázku sebepodstatnější. Naproti tomu kvalitativní výzkum sbírá co největší rozsah informací o vybraném problému a v nich pak hledá souvislosti a vazby, kterými by mohl zkoumaný jev popsat a charakterizovat.

Na uvedeném příkladu se skleníkem si lze také přiblížit, **jak na sebe oba typy výzkumu mohou navazovat**, jak mohou spolupracovat, čerpat jeden z druhého, doplňovat se. Pokud vyjdeme z výsledků fotografa využívajícího kvalitativní výzkum, víme, že se nacházíme ve skleníku a navazující kvantitativní výzkum nám dále může ozřejmit nejen zastoupení rostlin a živočichů, ale třeba i skladbu návštěvníků, dobu, kdy jich hodí nejvíce, nejpreferovanější část expozice a podobně. Pokud budou jako základ sloužit informace z kvantitativního výzkumu, můžeme pak pokračovat metodami výzkumu kvalitativního, kdy nás bude třeba zajímat, jak se rostlinám žije a seznámením se s jejich světem objevíme, že vídají velké množství lidí, že jsou zakořeněny v nádobách a že se někdy jejich listy dotýkají skla. Postupně se vynoří plastický obraz skleníku, který v původním kvantitativním výzkumu nebyl viditelný.

5.6 Kvantitativní versus kvalitativní

Výše uvedená ilustrace kvantitativního a kvalitativního výzkumu ukazovala rozdíly obou přístupů. Ty lze pojmenovat přesnými termíny. Základní rozdíl obou typů výzkumů je v **redukci**. K redukci dochází v obou z nich, ale na rozdílných místech.

Kvantitativní výzkum silně redukuje realitu - vybírá si ke zkoumání jen její malou část. Počet otázek i odpovědí v dotazníku je předem dán, nelze jej rozšířit, respondenti se musí do těchto kategorií vtěsnat. Nedochází k redukci počtu zkoumaných případů, respondentů, vzorek je co největší a takový, aby bylo možno závěry vztáhnout na celou zkoumanou populaci.

V kvalitativním výzkumu zdaleka nedochází k tak výrazné redukci dat jako v kvantitativním výzkumu. Záběr zkoumané reality je maximální. Respondent sděluje ke zkoumanému problému vše, co je dle jeho názoru relevantní, není ve své výpovědi ničím omezován. Tato charakteristika kvalitativního výzkumu umožňuje, že zkreslení dat je podstatně menší než u výzkumu kvantitativního. A tedy i realita je méně zkreslena. Výzkumník má možnost přesně zjistit, co skutečně znamená to, co mu respondent sděluje. To je něco, co u kvantitativního přístupu není možné. To, co **kvalitativní výzkum redukuje, je počet případů**/respondentů. Proto není možné zjištěné výsledky vztahovat na celé populace, ale získáváme podrobnou představu o struktuře a podstatě zkoumaného problému. (*Srov. Disman 1998, str. 298)*

Neboli, „kvantitativní výzkum vyžaduje velice silnou standardizaci. Silná standardizace zajišťuje vysokou reliabilitu. Silná standardizace vede nutně k silné redukci informace. Respondent, místo aby plně popsal svoje mínění, je omezen na volbu jediné kategorie z nabídnutého velice malého souboru kategorií. To nutně vede k poměrně nízké validitě. Standardizace v kvalitativním výzkumu je slabá a proto má kvalitativní výzkum poměrně nízkou reliabilitu. Slabá standardizace kvalitativního výzkumu, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně proto může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu.“ (*Disman 1998, str. 287)*

Jinak řečeno, spolehlivost, že v kvalitativním výzkumu jeho opakováním získám stejné výsledky, je malá. Ale pravděpodobnost, že svým výzkumem zjistím přesně to, co jsem zjistit chtěl, je vysoká.

Na tomto místě vyvstává otázka, nač vůbec kvalitativní výzkum provádět, když jeho opakováním nezískáme stejné výstupy. Ale kvalitativní výzkum není svou podstatou koncipován tak, aby zaručoval, že dva výzkumníci, kteří budou nezávisle na sobě zpracovávat shodná data, dospějí k totožným závěrům tak, jak to umožňuje koncepce

výzkumu kvantitativního. Ale pokud dva výzkumníci pro zpracování dat použijí stejnou výchozí perspektivu, dojdou ke **srovnatelným výsledkům**.

Věrohodnost kvalitativního výzkumu se opírá o průhlednost a logičnost analýzy dat a celého výzkumného procesu. Prezentace výzkumné zprávy předkládá ne jen samotné závěry, ale krok za krokem čtenáři ukazuje, jakým způsobem se k závěrům dospělo. Čtenář sám sleduje výzkumný proces od začátku až do konce a to mu umožňuje srovnávat závěry výzkumníka s vlastními úvahami a názory. (*Srov. Disman 1998, str. 302)*

5.7 Shrnutí rozdílů

Jak bylo řečeno, sociální vědy využívají ve svém výzkumu **dvě základní formy** – kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní výzkum zkoumá velké skupiny, využívá statistické zpracování dat a výsledky lze vztáhnout na celou zkoumanou populaci. Kvalitativní přístup je zaměřen na **hloubkové studium jednotlivých případů** zejména formou pozorování a dotazování, výzkum se děje v přirozených podmínkách sociálního prostředí, výzkum má pružný charakter, který umožňuje přizpůsobení postupu výzkumu podle zjištěných dat nebo okolností. Jeho cílem je zjistit hodnotové orientace, motivace a zájmy respondentů, úkolem výzkumníka je pak dát výsledky získané detailním prozkoumáním jednoho případu do souvislosti s obecnějšími jevy a umožnit tak porozumění případům podobným.

Základní rozdíly kvantitativního a kvalitativního výzkumu jsou shrnuty v tabulce:

Výzkum	**KVANTITATIVNÍ**	**KVALITATIVNÍ**
Rozsah informací	Omezený	Rozsáhlý
Počet jedinců	Velký	Malý
Redukce	Počtu sledovaných aspektů a vztahů mezi nimi	Počtu zkoumaných jedinců
Otázky	Kdo, co, kolik, jak často	Kdo, co, kde, jak, proč
Zobecnění na populaci	Lze	Nelze

Touto tabulkou můžeme ukončit kapitolu o charakteristikách kvantitativního a kvalitativního výzkumu a jejich základních rozdílech. Zbývá ještě jedna krátká poznámka o **zcela specifické možnosti kvalitativního výzkumu**.

„Zajímavý aspekt kvalitativního výzkumu je, že výzkumník může popsat svoji metodologii jako výsledek kvalitativního výzkumu o této metodě. Nejaktivnější z výzkumníků mohou napsat metodologický článek „z hlavy", bez jakéhokoliv sběru dat a jejich kódování, protože jednoduše tento výzkumník ví, co ví; prožil zkušenost výzkumu a byl úspěšný. Lidé mu budou věřit, protože prošel touto zkušeností. Když výzkumník píše takový článek, provádí prostě terénní výzkum sám na sobě." (*Disman 1998, str. 303)*

A právě z tohoto přístupu vychází i má práce. Čtenáři předkládám zkušenosti lékařky snažící se využívat metody kvalitativního poznávání reality v prostředí přírodních věd, kde naprosto převládá kvantitativní výzkum. V prostředí, jehož aktéři většinou nebyli s tímto odlišným vědeckým přístupem konfrontováni a pro nedostatek informací o charakteru kvalitativního výzkumu na něj pohlížejí s nedůvěrou a výsledky nepovažují za validní. Předkládám čtenáři svou zkušenost i teoretické poznatky a to vše interpretuji a analyzuji s cílem najít ten správný úhel pohledu srozumitelný lékařům a třeba i profesionálům z jiných oborů, kteří se nikdy s termínem kvalitativního výzkumu nesetkali.

6. Metodologie kvalitativního výzkumu

„Je dobře vědět, jak se to dělá jinak. Zůstaneme-li jen uvnitř své vlastní metodologie, hrozí nám nebezpečí, že budeme náležet mezi ty, o nichž Filestead říká, že „měří všechno a nerozumí ničemu".

Miroslav Disman

6.1 Přístupy kvalitativního výzkumu

V kvalitativním výzkumu existuje velká škála přístupů k řešení stanovených výzkumných otázek, což odráží pružnost a plastičnost kvalitativního výzkumu. Mezi

základní přístupy patří **případová studie, etnografický výzkum, zakotvená teorie, fenomenologický výzkum, historický výzkum**.

„Případová studie se zabývá podrobně definovaným případem (jedincem, skupinou, institucí). Také se porovnávají případy mezi sebou. Etnografický výzkum zkoumá kulturu skupiny a způsoby, jak ji jedinci vytvářejí. Fenomenologické přístupy se snaží určit podstatu lidské zkušenosti nějakého fenoménu. Zakotvená teorie hledá teorii zakotvenou v datech pro vysvětlení určitých fenoménů. Tyto a další strategie kvalitativního výzkumu se vyznačují pružnými plány postupu. Znamená to, že se v průběhu výzkumu mění v závislosti na aktuálních potřebách a dosavadních výsledcích.“ (*Hendl 2005, str. 143)*

Pro vykreslení pestrosti přístupů kvalitativního výzkumu ještě doplňuji výčet o **biografický výzkum** (popis historie života a jeho interpretace jedince nebo skupiny jedinců), **akční výzkum** (kdy do procesu výzkumu jsou výzkumníci i zkoumané osoby zapojeni stejným dílem a výzkum má i intervenční charakter), **kritický výzkum** (je zaměřený na okrajové jedince a skupiny společnosti a hledá způsoby jak změnit zažité mýty a předsudky o těchto sociálních kategoriích v očích ostatních i v očích samotných aktérů) a studium dokumentů (postup používaný i ve výzkumu kvantitativním, v kvalitativních studiích se pro jeho nereaktivnost používá spíše k doplnění dat získaných interaktivními přístupy). (*Srov. Hendl 2005, str.103-143)*

Jak je vidět, výzkumník si může vybrat přístup, který nejlépe odpovídá jeho výzkumnému záměru, možnostem i okolnostem výzkumu, dokonce bych řekla, že si může vybrat podle toho, co nejlépe odpovídá jeho povaze a schopnostem.

6.2 Sběr dat

Základním materiálem každého výzkumu jsou nashromážděné informace. Kvantitativní i kvalitativní výzkum získávají informace zkoumáním vybraného vzorku - provádějí sběr dat. Rozdíl obou přístupů je v tom, jaký cíl sledují při **sestavování vzorku**.

Vzorek pro kvantitativní výzkum má **reprezentovat** celou **populaci** jedinců. Vzorek pro kvalitativní výzkum má **reprezentovat problém** v celé jeho šíři. Jeho konstrukce

je dokončena ve chvíli, kdy další získaná data nepřinesou o zkoumaném problému nové informace. Vzorek v kvalitativním výzkumu se tedy nesestavuje jako první krok vědecké práce, jak je tomu u kvantitativního výzkumu, ale zkoumání začíná rozhodnutím, studiem kterého prvku výzkumník začne. Nebo-li, vyberu si, se kterým jedincem zahájím rozhovor, který dokument prostuduji jako první, a teprve na základě analýzy získaných informací rozhoduji, kterým směrem se bude sběr dat ubírat, který objekt bude jako další předmětem mého zkoumání. Tímto způsobem pokračuji tak dlouho, dokud se mi daří získávat nové poznatky. Jakmile se informace začnou opakovat, můj vzorek je kompletní. Sběr dat je možno ukončit.

Data v kvalitativním výzkumu jsou jasně spojena se zkoumanou sociální realitou, podrobně ji popisují a nejsou vytržena z kontextu.

6.3 Metody sběru dat

Dvě základní metody sběru dat v kvalitativním výzkumu jsou **pozorování** (prosté, zúčastněné) a **rozhovor** (standardizovaný, nestandardizovaný, neformální, narativní). Velká flexibilita kvalitativního výzkumu se odráží i v pestrosti prostředků získávání dat a výzkumník může využít i další postupy jako je sebereflexe, analýza osobních dokumentů (deníky, zapsané výpovědi respondenta o vlastním životě, dopisy), skupinová diskuse atd..

Prosté pozorování představuje situaci, kdy výzkumník je pouze vnějším pozorovatelem, který se nijak nezapojuje do probíhající situace. Zachovává si odstup a jeho interakce se zkoumanými subjekty je minimální. Snaží se o co nejmenší narušení děje. Omezením je, že se nemusí podařit přesné pochopení významu probíhajících jevů a většinou je tento postup doplňován rozhovory s jednotlivými aktéry tak, aby byly pozorované informace validovány. (*Srov. Hendl 2005, str. 202)*

Zúčastněné pozorování je jednou z nejdůležitějších metod kvalitativního výzkumu. „Zúčastněným pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč.“ (*Hendl 2005, str. 193)* Tento přístup znamená, že se výzkumník stává součástí zkoumané reality, podílí se na dění v dané sociální situaci. To mu umožňuje získat vhled do prožívání a zkušeností zkoumaných

osob a dobře porozumět podstatě problému, který zkoumá. Míra zapojení se do života skupiny může být různá. Je to od pouhého pasivního pozorování uvnitř skupiny, kdy ostatní ví, že je výzkumníkem, až po situaci, kdy je fungujícím členem skupiny a jeho identita jako výzkumníka není skupině známa. Každý přístup má svá omezení, role skrytého pozorovatele například musí řešit i závažné etické otázky (např. respektování hodnot skupiny tak, aby zveřejněné výsledky nevedly k poškození zájmů nebo členů zkoumané skupiny; neztotožnit se s problémy skupiny natolik, aby to bránilo v objektivním posouzení reality). Ale velkou výhodu je získání detailních znalostí zkoumaného prostředí, vnitřních pohnutek jednotlivých členů a to významně snižuje riziko mylných interpretací sesbíraných dat.

Nestandardizovaný rozhovor je taková komunikace mezi výzkumníkem a zkoumanou osobou, kdy má tazatel obecnou kostru rozhovoru, ale nejsou přesně formulovány žádné otázky. Každá další otázka se rodí na základě předchozí odpovědi, tazatel přizpůsobuje průběh rozhovoru respondentovi a tomu, co se od něj dozvěděl. Takovéto volné schéma rozhovoru má následující výhody:

- „lze přezkoušet, zda dotazový otázkám porozuměl;
- dotazovaný může vyjevit své zcela subjektivní pohledy a názory;
- dotazovaný může samostatně navrhovat možné vztahy a souvislosti;
- je možné tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného.“ (*Hendl 2005, str. 166)*

Účastí na tvorbě rozhovoru se tak respondent stává spoluautorem výzkumu, což je pro kvalitativní výzkum charakteristické.

Standardizovaný rozhovor je tvořen předem sestavenými otázkami a užije s v situaci, kdy potřebujeme minimalizovat zkreslení tazatelem a získat data, která se nebudou zásadně lišit strukturou, což pak umožní jejich srovnávání. Je omezena pružnost dotazování, ale získané informace se snadněji analyzují a je možné zopakovat průzkum v jiném čase a jinými výzkumníky. (*Srov. Hendl 2005, str. 173)*

Neformální rozhovor probíhá jako přirozený rozhovor tazatele a respondenta, kdy otázky jsou formulovány tak, jak vyplyne z rozhovoru v přirozeném prostředí, například při pozorování v terénu.

Narativní rozhovor je zcela volné vyprávění, kdy nejsou dány žádné otázky předem a respondent je pouze povzbuzován tazatelem k hovoru.

Samostatnou kapitolou je vlastní **provedení rozhovoru tazatelem**, které klade velké nároky na umění tazatele jednat s lidmi. Musí být schopen s respondentem navázat vztah, prolomit bariéry, musí být schopen respektovat jeho aktuální psychické a fyzické možnosti a přitom musí být sám pozorný a orientovaný v právě probíhajícím toku informací. Musí být schopen formulovat otázky tak, aby jimi zkoumané osobě nepodsouval žádné odpovědi, vyvarovat se kladení více otázek najednou, podpořit respondenta k vyprávění o své situaci, musí být schopen sestavit správnou otázku během rozhovoru. Je toho opravdu hodně, co musí tazatel při vedení rozhovoru ovládat, a kvalitativní dotazování je možno nazvat uměním.

Tazatel může rozhovor využít ne jen k získání informací, ale i k **intervenci**, pokud je schopen v dané situaci respondentovi pomoci. (*Srov. Hendl 2005, str. 167)* To ostatně ještě uvidíme níže v dalším příkladu - ilustraci.

Kromě osobních dokumentů lze v kvalitativním výzkumu využít jako **zdroj dat** také všechny dokumenty zpracovávané v kvantitativních výzkumech a navíc i další, pro kvantitativní výzkum netradiční. Mezi takové patří fotografie, filmy, kreslené vtipy, osobní předměty atd., to vše ale v kontextu výpovědi toho, kdo má k těmto dokumentům vztah, kdo je tvořil, užíval, prožíval.

6.4 Zaznamenání dat

V kvantitativním výzkumu je zaznamenání dat krok velice jednoduchý, protože je to umožněno vysokou standardizací této metody. Máme dotazník a respondent do něj zaškrtne příslušné odpovědi. Z existujících kategorií, které byly sestaveny na ověření hypotézy, vybíráme jednotlivé položky a přiřazujeme jim získané hodnoty.

Naproti tomu zaznamenání dat v kvalitativním výzkumu je **komplikovaná záležitost**. Je to proto, že všechny výzkumné procesy (výběr vzorku, sběr a analýza dat, určení dalšího postupu a tak pořád dokola) probíhají současně. A zároveň toto **všechno musí být zachyceno krok po kroku tak, jak se odehrávalo v čase, aby bylo možno**

zajistit již zmiňovanou průhlednost celého výzkumu a tím i jeho validitu. Zápis ze sběru dat obsahuje definice zkoumaného problému, přepisy rozhovorů, písemné, fotografické i jiné materiály týkající se tématu, poznámky výzkumníka o rýsujících se souvislostech, první interpretace atd.

Další charakteristikou kvalitativního výzkumu je, že **tvorba záznamu je zároveň procesem zpracování a interpretace dat**. Nástrojem, který toto v kvalitativním výzkumu umožňuje, je výzkumník sám. Tím se liší od výzkumu kvantitativního, kdy jsou data zpracovávána statistickými postupy, které jsou přesně definované. Ale i v kvalitativním výzkumu je potřeba „nástroj zpracování dat" popsat a identifikovat. Proto výzkumník kvalitativního výzkumu musí být v záznamech přiznaný a viditelný, aby byl „nástroj" použitý ke zpracování dat, srozumitelný. Proto je vhodné uvést postoje, pohnutky a hodnoty výzkumníka, aby byl čtenář schopen sledovat jeho myšlenkové procesy, dojmy, nápady, změny postojů, hledání vazeb a závěrů, průběžné interpretace. A to vše musí záznam dat kvalitativního výzkumu obsahovat.

Je potřeba, aby zápis dat probíhal průběžně se sběrem dat, protože vzhledem k plasticitě kvalitativního výzkumu dochází v průběhu výzkumu k proměně různých jeho částí a mohlo by se stát, že zpětně by nebylo možné jednotlivé kroky vystopovat, vzpomenout si na každý nápad nebo úvahu. Tento průběžně vznikající záznam nazýváme „**terénní dokumentací**" a v podstatě představuje dialog výzkumníka se sebou samým.

6.5 Kategorizace dat a zpracování

Terénní dokumentace představuje ohromné kvantum informací. Aby bylo možno je utřídit a najít mezi nimi souvislosti, je potřeba provést formalizovanou redukci dat. V kvantitativním výzkumu je silná redukce dat provedena na začátku výzkumu tím, že jsou formulovány hypotézy. Tím si v realitě vymezíme malou část, která bude pro daný výzkum zajímavá. Naproti tomu v kvalitativním výzkumu jsou **kategorie stanoveny až na základě získaných dat a jejich interpretace** a tak se i kategorie mohou v průběhu výzkumu proměňovat podle nově získaných informací.

Kategorie jsou vybírány podle potřeby konkrétního výzkumníka a kategorií může být například prostor (kde se zkoumaný objekt nebo událost nacházela), aktivita respondenta (co dělal, kdy a kde), strategie (jaký postup byl zvolen pro dosažení cíle), vztahy ve skupině (neformální vazby a vzorce chování), názory a priority (co si zkoumané osoby myslí o daném problému, co prožívají, jak jednají, co upřednostňují) atd..

6.6 Výzkumná zpráva

Na základě stanovených kategorií je následně terénní dokumentace zpracovávána do výzkumné zprávy. Co se týká zajištění anonymity respondentů ve zprávě, pokud si nepřeje zkoumaný jedinec nebo skupina odhalit svoji totožnost, jsou jména a místa šifrována a kódována tak, aby byla jejich anonymita zcela zachována.

Zpracování dat může mít podobu tabulek, schémat, grafů apod., jak je typické pro kvantitativní výzkum, ale hlavní metodou pro zobrazení setříděných dat kvalitativního výzkumu je text. (*Srov. Hendl 2005, str. 214)*

Struktura zprávy kvalitativního výzkumu má různé podoby podle zvolené metody výzkumu. **Specifickými rysy je to, že v sobě má spojovat kvality vědeckosti, investigativního žurnalismu a estetická kritéria**. (*Srov. Hendl 2005, str. 321)* Například zpráva o životním osudu určité osoby bude mít formu vyprávění příběhu. Další charakteristikou zprávy kvalitativního výzkumu je, že autor je neustále viditelný a jsou prezentovány jeho názory a jednotlivé kroky. „Autor informuje čtenáře o svém osobním podílu na pozorování a o způsobu interpretace. Představuje své názory i problémy a nedostatky, které se objevily v průběhu výzkumu. … Výsledkem je směs vlastních zkušeností a názorů a popisů předmětu.“ (*Hendl 2005, str. 323)*

Zprávy obecně obsahují rozsáhlé pasáže citací z rozhovorů, z použitých dokumentů, popisy situací, prostředí, dějů i vlastních zkušeností. „…**styl kvalitativní studie má spíše osobní charakter a styl kvantitativní zprávy formální, distancovaný charakter.**“ (*Hendl 2005, str.326)* Protože kvalitativní výzkum má velké množství přístupů, stejně tak existuje velká variabilita v tom, jakou formou výsledky zpracovat.

Od zpráv, které jsou strukturované a koncipované stylem bližším zprávě z výzkumu kvantitativního, až po méně tradiční formy, jako je vyprávění, **báseň, esej, kresba nebo soubor fotografií**. (*Srov. Hendl 2005, str. 323)*

Domnívám se, že výzkumná zpráva jako báseň by byla velmi extrémním způsobem zpracování výsledků a jistě by působila velmi nevědecky. Ale přesto je třeba mít na paměti, že by i báseň, za splnění kritérií kvalitativního výzkumu, byla plnohodnotná forma výstupu vědeckého zkoumání. Zde si dovolím připomenout výše uvedenou kapitolu o odlišných paradigmatech, které jsou klíčové pro přístup k nezvyklým formám výzkumných zpráv z kvalitativního výzkumu.

6.7 Hodnověrnost výzkumu

Existuje řada kroků, které mohou zajistit, aby zpráva o kvalitativním výzkumu byla dostatečně hodnověrná. Jedním z nich je průkaz, že **studie trvala dostatečně dlouhou dobu** na to, aby výzkumník byl schopen poznat sledovanou realitu, pochopit její fungování a vazby.

Další možností, jak zvýšit důvěryhodnost výzkumu, jsou **diskuse** s lidmi, kteří nejsou zahrnuti ve vlastním výzkumu a jejich pohled „zvenčí“ může odhalit oblasti, které výzkumník, nacházející se „uvnitř problému, situace“ nemůže vidět. (*Srov. Hendl 2005, str.337)*

Jiným krokem je **analýza negativních případů**, kdy se hledá „případ, který se co nejméně hodí do pracovní hypotézy. Jeho analýza vede buď k reformulování pracovní hypotézy, aby nová teorie negativní případ buď zahrnula nebo vyloučila jako nepřípustný. Tímto způsobem se postupuje tak dlouho, až není možné nalézt žádný negativní případ, který by nevyhovoval teorii nebo nespadal do vyloučených případů.“ (*Hendl 2005, str.339)*

A jako další postup může výzkumník pro zvýšení důvěryhodnosti své zprávy použít metodu **triangulace**, kdy se k evidenci teorie použije více zdrojů informací, odlišné metody sběru dat nebo různí tazatelé.

Posledním způsobem je **kontrola subjektem** nebo členy skupiny, kdy se respondent vyjadřuje k popisu situace i k závěrům, které z pozorování výzkumník vytvořil, v tom

smyslu, zda skutečně odpovídají tomu, jak respondent dané děje prožívá. (*Srov. Hendl 2005, str.339)* Zde je další bod v kvalitativním výzkumu, kdy se zkoumaná osoba podílí na vytváření závěrů výzkumu a stává se tak v plném slova smyslu jeho spoluautorem.

6.8 Hodnocení kvalitativního výzkumu

Vědecká studie obecně je hodnocena podle několika kritérií. Zkoumá se její význam pro rozšíření poznatků v dané oblasti, zda výzkumný plán odpovídá zkoumaným otázkám, jak byl proveden sběr, analýza a interpretace dat a nakonec se posuzuje důvěryhodnost předložených výsledků. Protože, jak jsme si ukázali, kvalitativní výzkum má svá specifika, **nelze při jeho hodnocení postupovat mechanicky podle obecných hodnotících kroků a je třeba mít kritéria otevřenější**. Často se stává, že pokud je kvalitativní výzkum hodnocen jen podle kritérií patřících výzkumu kvantitativnímu, jsou kvalitativní výzkumné zprávy považovány za nedostatečně hodnověrné. (*Srov. Hendl 2005, str.335)*

Přístupů k hodnocení výsledků kvalitativního výzkumu je řada, tak jak se tento mladý obor postupně vymezuje a hledá svou jednotnou metodologii. Jeden z přístupů je založen na hodnocení validity práce z pěti různých úhlů. Popisuje se **validita deskriptivní** (zda nedošlo ke zkreslení pozorované reality, zda byla přesně pozorována a popsána), validita **interpretativní** (zda bylo správně zachyceno, co popsané děje znamenají pro samotné účastníky), validita **teoretická** (jak výzkumník vysvětluje sledované jevy, jaké teoretické konstrukty předkládá nebo tvoří), validita **zobecnitelnosti** (jedná se o jiný způsob zobecnění než u kvantitativního výzkumu. Hodnotí se, jakým způsobem lze závěry uplatnit v obdobných situacích, populacích, dějích, ať už v rámci sledované komunity nebo komunit jiných. Jak lze závěry daného výzkumu aplikovat na jiný případ, který je svým charakterem podobný. Jak lze závěry využít pro praxi samotného čtenáře.) a nakonec validita **hodnotová** (pokud zpráva obsahuje závěry, které mají hodnotící charakter, které se vyjadřují k tomu, zda sledovaný jev je žádoucí nebo nežádoucí.). (*Srov. Hendl 2005, str.337-9)*

Pokud budeme hodnotit objektivitu práce, vztahuje se toto kritérium ne na objektivitu výzkumníka, ale na to, zda bylo shromážděno dostatečné množství informací, které umožní posoudit čtenáři, zda celý postup i jeho výsledky jsou adekvátní. Hodnocení si všímá hrubých dat a jejich zpracování, redukce a analýzy, poznámek výzkumníka o postupu a o jednotlivých krocích nebo změnách, rekonstrukce dat a tvorby konceptů, návaznosti na existující výzkumy a znalosti atd. (*Srov. Hendl 2005, str.340)*

Tato kapitola měla ozřejmit, že reakce profesora na studentské konferenci nevyjadřovala ani tak nedostatečnou kvalitu mého příspěvku, jako spíše obecné nevědomí o způsobech, jakými se kvalitativní studie hodnotí a že pro ně nelze mechanicky uplatnit kritéria používaná pro hodnocení prací výzkumu kvantitativního.

7. Kvalitativní výzkum v praxi

V předchozích kapitolách bylo ukázáno, odkud se kvalitativní výzkum vzal, jaké jsou jeho základní přístupy, charakteristiky a vlastnosti, čím se liší od kvantitativního výzkumu a také něco o tom, jak se tento typ výzkumu dělá. V tuto chvíli si trpělivý čtenář klade otázku, k čemu může být ten kvalitativní výzkum dobrý jemu. Zkusíme níže ukázat, jak se v praxi dá kvalitativní výzkum použít a zejména, kde a jak se uplatní v oblasti medicíny a zdravotnictví.

Začneme příkladem. V současné době už je snad ve všech větších zdravotnických zařízeních běžně známý termín kvalita poskytované péče. V souvislosti s tím probíhají v mnoha z nich průzkumy spokojenosti pacientů, které představují jeden ze základních aspektů pro hodnocení kvality daného zařízení. Formy těchto průzkumů jsou rozmanité a předpokládám, že každý z nás už se s nimi někdy setkal, ať už jako pacient nebo zdravotník. Proto jsem si tento moment vybrala pro simulaci situace, na které chci ilustrovat použití kvantitativní a kvalitativní metody výzkumu ve zdravotnickém zařízení.

7.1 Modelový příklad kvalitativního výzkumu

Zkusíme si představit situaci manažera zdravotnického zařízení, středně velká nemocnice, který má na starosti peněžní toky tohoto zařízení. V tržním konkurenčním prostředí je pro něj pacient ekvivalentem zákazníka. A spokojený pacient je ekvivalentem spokojeného zákazníka. Za předpokladu dobrého materiálního i personálního zázemí v dané nemocnici je jeho úkolem zajistit, aby kapacita tohoto zařízení byla maximálně využita. Zajistit, aby nemocnice byla pacienty vyhledávána. Z tohoto důvodu potřebuje mít představu o tom, jak se pacienti v daném zdravotnickém zařízení cítí.

Tato otázka není jen teoretickou, ale stává se podstatnou z ekonomického hlediska. Spokojený pacient nejen, že se bude na takové pracoviště vracet, ale bude na něj dávat dobré reference svým známým. A jak velice dobře vědí marketingové firmy, zlaté pravidlo reklamy zní - osobní reklama je reklama nejúčinnější. V případě, že je pacient nespokojený, důvody jeho rozladění jsou klíčové pro nalezení toho, co je v nemocnici špatně a co je nutné udělat pro nápravu. Tato úvaha zodpovědného manažera vede k závěru, že potřebuje nalézt vhodný způsob, jak zjistit, zda jsou pacienti jeho nemocnice s péčí spokojeni. Jaké má možnosti?

Jako nejrychlejší a nejlevnější způsob se nabízí krátký anonymní dotazník s pěti body, který necháme ležet u východu z budovy. Myslím, že většina z nás se s něčím podobným v nemocnicích setkala a asi nebude mnoho těch, kteří ho skutečně vyplnili. Jaká je totiž motivace pacienta, opouštějícího nemocnici, přemýšlet na oněmi pěti řádky neosobního dotazníku, který skončí v ještě neosobnější krabičce na anonymní chodbě?

Je zjevné, že návratnost vyplněných dotazníků by byla mizivá. Je potřeba najít účinnější způsob. Lze třeba dát dotazník každému pacientovi prostřednictvím ošetřujícího lékaře spolu s propouštěcí zprávou a s prosbou o spolupráci. Zajistíme tím, že vzorek respondentů bude stoprocentní a osobní předání dotazníku lékařem vděčného (i nespokojeného) pacienta více motivuje. Navíc je zjevné, že čím byl pobyt v zařízení delší, tím podstatnější a pro nás zajímavější budou odpovědi.

Lze očekávat, že návratnost vyplněných dotazníků bude vyšší než v předchozím příkladě, a také, že odpovědi budou pravdivější. Ale i přesto je potřeba počítat s tím,

že respondent jen zaškrtne nabízenou odpověď nebo stručně napíše, co se mu líbilo nebo nelíbilo, protože po pobytu v nemocnici je při propuštění soustředěn především na svůj odchod domů a bude chtít splnit tento úkol co nejrychleji. Odpovědi pravděpodobně budou klouzat po povrchu a je možné, že podstata nám unikne.

Jaká je další možnost? Jakou metodu zvolit, když by manažer potřeboval vědět, kde jsou slabá a silná místa nemocnice? A právě zde přichází ke slovu metody kvalitativního výzkumu. Umožní jít dostatečně do hloubky, k příčinám problému, a ozřejmit, jak se pacient cítil a co k tomu přispívalo, ať v pozitivním nebo negativním smyslu.

Abych názorně ukázala použití jedné z metod kvalitativního výzkumu, zvolím teď z hlediska kvantitativního pohledu netradiční postup (z hlediska kvalitativní zprávy postup možný) a zahraji si jakousi dvojroli. Jednou postavou budu já jako výzkumník – tazatel T a druhou já jako respondent R. V obou rolích budu vycházet z vlastní zkušenosti. Zkušenosti, kterou jsem zažila jako pacient při menším operativním zákroku v jedné české nemocnici, a zkušeností výzkumníka, které jsem získala jako tazatelka i jako autorka studentského projektu. A když už jsem použila filmovou terminologii, dovolím si v ní pokračovat i nadále a fiktivní rozhovor dvou postav zachytím v podobě scénáře. Podotýkám, že se jedná o velké zjednodušení takového rozhovoru a nastíním pouze úryvek jinak „mnohostránkového scénáře“. Přesto doufám, že jako ilustrace to splní svůj účel.

Výchozí situace: velká nemocnice, chirurgické oddělení, pacient po menším zákroku, který prováděl místní špičkový operatér, je právě propouštěn do domácí péče.

T (vstřícně a klidně): Jak jste spokojen s pobytem v naší nemocnici?

R (opatrně) : No moc ne.

(*Komentář nezúčastněného pozorovatele – v tomto okamžiku by takovýto pacient v dotazníku zaškrtl „nespokojen“ nebo „ne příliš spokojen“ a tím by celá otázka byla uzavřena. Náš výzkumník se s tím ale nespokojí.)*

T (povzbudivě): Můžete mi prosím říci, co se Vám u nás nelíbilo?

R (dodá si odvahy): Nejsem spokojen s péčí, která mi byla poskytnuta.

T: Povídejte, to mě zajímá. Co přesně se Vám zdálo špatně?

(*V tuto chvíli to vypadá, že problém bude v léčebném postupu.)*

R (trochu naštvaně): Nelíbilo se, že mi nic neřekli. Nelíbilo se mi, jak se mnou jednali.

T (dívá se na pacienta, mírně): Kdo Vám co neřekl?

R (naštvaně): Že mi operující chirurg neřekl, že se během operace něco pokazilo, že došlo ke komplikaci.

(Teprve na tomto místě odhalujeme podstatu nespokojenosti pacienta. Nejednalo se ani tak o výhrady k léčebnému postupu, péči personálu nebo ke službám, ale o narušenou komunikaci mezi lékařem a pacientem.)

T (s pochopením, během řeči R si dělá poznámky): To je vážná věc. Jak byste si představoval, že by se situace měla napravit?

R (už klidněji): Víte, mě by nevadilo, že se něco nepovedlo. To se může stát, to chápu. Ale operatér, který mě po výkonu kontroloval, měl říct: stalo se to a to, proto a proto, bude to mít takové důsledky, mrzí nás to, ale i to se někdy stává. Původně jsem si chtěl stěžovat, ale když vidím, že se o to u vás v nemocnici zajímáte, bude mi stačit, že to s panem doktorem proberte a že se to příště už nikomu nestane.

T (s úsměvem): Ano, přesně z těchto důvodů s Vámi vedu tento rozhovor, abychom se podobných chyb vyvarovali. Děkuji za spolupráci a přeji Vám brzké uzdravení.

R (spokojeně odchází domů)

(Happy end)

Pochopitelně, celý tento fiktivní rozhovor by byl v reálné situaci delší a jistě existuje mnoho variant řešení problému zvoleného respondenta. Ale i tato krátká ukázka naznačuje možnosti, které rozhovor vedený v rámci kvalitativního výzkumu poskytuje. Nejen, že se v našem příkladě podařilo zjistit, kde byl problém, ale zároveň tazatel dokázal zabránit stížnosti na postup lékaře a z nespokojeného pacienta udělal pacienta spokojeného.

Jaký závěr o předložených výzkumných metodách si manažer nemocnice udělá? Jsou pro něj dotazníky lepší než rozhovor? Nebo je to obráceně? Který postup si vybere? Odpověď zní, že otázkou není, zda je některá z metod lepší než ta druhá. Určující pro výběr metody jsou potřeby a priority nemocnice, záleží na tom, jaké cíle manažer má. Pokud chce jen orientačně znát procento spokojených případně nespokojených pacientů, zvolí méně náročnou metodu anonymního dotazníkového šetření. V případě, že potřebuje přesně vědět, kde jsou silné a slabé stránky nemocniční péče, vybere si některou z kvalitativních metod. Popřípadě zvolí smíšený výzkum a použije obě metody současně nebo v návaznosti.

7.2 Kvalitativní výzkum v medicíně

Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum není ještě pevně zakotven v širším vědeckém povědomí, mohlo by se zdát, že tento přístup není příliš využíván ve vědeckém výzkumu medicíny a zdravotnictví. Ukážeme si, že tomu tak úplně není, i když samozřejmě si tyto práce svoje místo v medicíně teprve dobývají.

Právě ono obhájení významu a smyslu kvalitativního výzkumu v medicíně představuje, zejména v posledních deseti letech, téma řady prací ve světe i u nás. Články v odborných časopisech popisují vlastnosti a **metodologii** kvalitativního výzkumu a zdůvodňují účely využití pro medicínu a zdravotnictví. [1,2,3,4,5,6]

Další práce věnující se kvalitativnímu výzkumu prokazují, že jednou z úloh kvalitativního výzkumu je **překlenovat propast mezi výsledky vědeckých výzkumů a klinickou praxí**. Je možné například zjišťovat, jaké jsou důvody v porušování doporučených pravidel léčby pacientem. Tato otázka byla zkoumána u astmatických

---

1 *HUSTON, PROWAN.:Qualitative studies. Their role in medical research.* Can Pam Physician, 1998 Nov;44:2453-8. .
2 LIU, JP.: Qualitative research ande evidence based medicine. Zhongguo Zhong Xi Jie He Za Zhi. 2008 Feb;28(2):165-7.
3 MALTERUD, K.: *Qualitative methods in medical research—predictions, potentials and limitations*. Tidsskr Nor Laegeforen.2002 Oct 20;122(25): 2468-72.
4 RYAN, F., COUGHLAN, M.,CRONIN, P.:*Step-by-step guide to critiquing research.Part 2: Qualitative research.* Br J Nurs. 2007 Jun 28-Jul 11;16(12):738-44.
5 IVANOVÁ, K.: *Kvalitativní sociologický výzkum – jeho význam a praktické využití ve zdravotnictví.* Zdravotnictví v ČR, č.4, 2004
6 KONEČNÁ, H.: *Kvalitativní výzkum v medicíně – teoretické šance a praktické uplatnění.* Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice, 2008.

pacientů. Astma jako chronické omezující onemocnění vyžaduje trvalou medikaci a spolupráci pacienta. Kvalitativní výzkum ukázal, že tito pacienti odmítají akceptovat nálepku „astmatik“, kterou cítí jako stigmatizující. Nechtějí být vnímáni jako nemocní a méněcenní. To je důvodem podceňování závažnosti diagnózy a samotných symptomů pacientem a vede k nedodržování předepsaného dávkování léků. Další z pacientů prostě jen neradi berou léky ze strachu, že hormonální terapie může jejich zdraví poškozovat. Přestože jsou si všichni pacienti vědomi toho, že takové jednání může zkracovat délku jejich života, a že je vědecky prokázán pozitivní vliv medikace astmatu na kvalitu života, pro pacienta, který se svou nemocí denně žije, je pohled na realitu jiný.[7]

Obecně lze říci, že **kvalitativní výzkum je svou podstatou** (jít do hloubky problému, studovat děje v přirozeném prostředí, navázání vztahu s respondentem, hledání příčin, motivací a vazeb) **vynikající nástroj ke zkoumání citlivých medicínských témat**. Tím, že respondent není jen dalším anonymním číslem z dotazníku, že je možno získat si důvěru respondenta osobním kontaktem s tazatelem, je možné získat důvěrné, citlivé a pravdivé informace, které by se v dotazníkovém šetření neobjevily. Jednak proto, že kvantitativní výzkum nemůže jít ke kořenům problému, dále proto, že respondent nemusí přesně porozumět otázce a nebo na ni nechce odpovídat pravdivě, což dotazník neodhalí, a může tak dojít ke zkreslení informací. Jak je zřejmé, zdraví člověka je samo o sobě velice citlivou oblastí z mnoha důvodů a proto se domnívám, že by těžiště výzkumných metod tohoto oboru mělo ležet právě v kvalitativním výzkumu.

Realizované kvalitativní výzkumy se zabývají tématy jako jsou zdraví bezdomovců [8] a imigrantů [9], psychiatrické choroby [10], sexuální chování [11], pohlavně přenosné nemoci, užívání návykových látek, ale také otázkami komunikace ve zdravotnictví, nebo spokojenosti občanů se zdravotnickou péčí [12], problémy marginálních skupin společnosti (handicapovaní, senioři, svobodné matky, menšiny atd.).

---

7 GREEN, J., BRITTEN, N.: Qualitative research and evidence based medicine. BMJ 1998;316: 1230-1232 (18 April).
8 BARTÁK, M., HNILICOVÁ, H.: *Zdravotní stav bezdomovců v ČR a jeho determinanty – výsledky kvalitativního výzkumu*. Zdravotnictví v ČR, číslo 1, 2006.

Jinou oblastí vhodnou pro kvalitativní studie je téma **vztahu mezi lékařem a pacientem**, kdy vzhledem k významu a dopadu tohoto fenoménu na kvalitu péče a zdraví pacienta i lékaře, se tomuto tématu věnuje velká řada prací. Vztah lékaře a pacienta je nahlížen z mnoha stran, zkoumají se témata od slovní zásoby dialogu mezi lékařem a pacientem, přes rozdílné pohledy lékaře a pacienta na výběr terapie až po negativní dopady na psychiku lékaře při odchodu pacienta do jiné ordinace. [13,14,15,16]

Závěrem této kapitoly lze shrnout, že v medicíně a zdravotnictví je velký prostor pro realizací kvalitativních výzkumů, jak je to dáno intimní podstatou zdraví a nemoci.

7.3 Epidemiologická studie

Při studiu realizovaných výzkumů mě velice zaujala práce kolektivu autorů v čele s Miroslavem Dismanem, která se zabývala **užíváním drog mezi středoškoláky v České republice**. [17] Jednalo se kvantitativní studii zahrnující 3997 respondentů – studentů středních škol a ze závěrečné zprávy vyplývá řada otázek a autoři dospívají k závěru, že pro porozumění podstatě studovaného fenoménu je potřeba doplnit tuto studii navazujícím kvalitativním šetřením, jak dokládají následující citace z této zprávy.

---

9 IZPE: *Výzkumy zdravotní péče a zdraví migrantů v letech 2000-2005.* Výsledky a závěry výzkumů IZPE v letech 2001-2006

10 MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E., NOVÁK, T., ČERMÁK, J., NECHUTNÁ, R.: *Schizofrenie a rodina: Mapování názorů, postojů a prožitků příbuzných jako základ rodinných intervencí.* Psychiatrie 2005;9(Suppl.3):104

11 ŽAMPACHOVÁ, M.: P*řístupy ke zkoumání rizikového sexuálního chování adolescentů vzhledem k AIDS.* Plánování rodiny, 2008.

12 DIMITROVÁ, M.: *České zdravotnictví očima veřejnosti.* Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., tisková zpráva, 1.2.2008

13 JUCKS, R., BROMME, R.:*Choice of words in doctor-patient communication:an analysis of health-related internet sites.* Health Communicatin, 21(3):267-77, 2007.

14 MANZONI, GC., TORELLI, P.:*The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management.* Neurological Sciencies.28 Suppl 2:S130-3, 2007 May

15 HARELI, S., KARNIELI-MILLER, O., HERMONI, D., EIDELMAN, S.: *Factores in the doctor-patient relationship that accentuate physicians' hurt feelings when patients termintate the relatlionship with them.* Patient Edutacion and counseling.67(1-2):169-75, 2007 Jul.

16 KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N.: Praktický lékař očima pacienta. Praktický lékař, 2005, 85, No. 7, p. 404 – 408.

17 DISMAN, M., POLANECKÝ, V., STEHLÍKOVÁ., E., ŠEJDA, J.: *Epidemiologická studie o užívání drog mezi středoškoláky v České republice.* Praha, 1994.

„*Uživatelé drog jsou daleko více izolováni od rodičů, neinformují je, nesvěřují se jim a uvádějí o něco (ale stále statisticky významně) častěji, že jejich rodiče používají pro řešení konfliktu strategie odrážejících málo pochopení respondentových stanovisek. Opět otázka kauzálního charakteru těchto vztahů zůstává široce otevřena. Je spíše možné, že rozpory přispívají k vytvoření vztahu k drogám, a ten pak tyto konflikty opět prohlubuje*." (*str.206)*

„*Otázky o postojích studentů k drogám nám poskytly dosti nejednotný obraz, který není prost protikladů. Analýza dat nás varuje, že v interpretaci postojových dat musíme být velice konzervativní. Mnohé z odpovědí zrcadlí mínění, které vzniklo „ad hoc", teprve po té, kdy si respondent otázku přečetl*." (*str. 205*)

„*Nelze vyloučit, že naše data jsou zkreslena; mladí lidé – zejména muži – chtějí zdůraznit svoji dospělost a proto nadsazují. Rovněž některá data o intoxikaci (alkoholem) ve velmi útlém věku mohou být vyprodukována rodinnými legendami (o malém Jeníčkovi o dědečkových narozeninách)."* (*str.208*)

Souhlasím s názorem autorů studie, že kvalitativní výzkum by tato zkreslení omezil. Myslím si, že bezprostřední kontakt výzkumníka s respondentem by dokázal jít do hloubky odpovědí a například zjistit, proč když je všeobecná povědomost o tom, že pití alkoholu je nebezpečné a mělo by být přísněji trestáno, se nikdo nebojí sankcí ani zdravotních důsledků a neomezí to studenty v pití alkoholu. Nebo zda konflikty v rodině jsou primární a užívání drog sekundární problém, který slouží jako východisko z těžké rodinné situace, nebo zda je proces opačný, či zda skutečně existuje jiná společná příčina pro oba problémy.

Navázáním vztahu s respondentem v rámci kvalitativního výzkumu je vytvořeno prostředí důvěry a odpovědi proto jsou upřímnější a pravdivější. Výzkumník také může podle neverbálních reakcí či znalosti povahy respondenta řadu zkreslení odhalit. V rámci kvalitativního dotazování lze s respondentem diskutovat a tím získat pravdivou odpověď, ne jen odpověď pro odpověď, jak se to pravděpodobně dělo při vyplňování dotazníků.

Na příkladu této studie je vidět, že uvedený kvantitativní výzkum si přímo žádá to, aby na něj navázal výzkum kvalitativní a dopověděl na otázky, které se objevily zpracováním dotazníků. Otázkou zůstává, zda by pro zkoumání tohoto výzkumného tématu nebyl pro první krok šetření vhodnější kvalitativní výzkum a teprve následně by byl jako krok druhý sestaven kvantitativní dotazník a realizováno kvantitativní šetření. Tím by se pak ověřilo, zda zjištěné závěry z kvalitativního výzkumu lze zobecnit na celou populaci středoškolské mládeže.

Osobně by mě velice zajímala odpověď na otázku, **proč jsou uživateli tvrdých drog statisticky častěji děti rodičů s nejvyšším vzděláním**, jak z výzkumu vyplynulo. Zpráva naznačuje jako možnou hypotézu liberální prostředí nebo vyšší časovou zaneprázdněnost rodičů v této skupině. Dodala bych, že zaneprázdněnost může souviset s nedostatkem komunikace. V rodině, kde chybí komunikace, si rodiče nevšimnou si, že děti mají problémy a že je řeší pomocí drog. Ale očekávala bych, že v rodinách s vyšším vzděláním rodičů komunikují lépe než v rodinách s nižším vzděláním rodičů. Další možností, proč děti vysokoškoláků častěji sahají po drogách, by mohla být potřeba vymezit se vůči životnímu stylu rodičů, který je nadprůměrný a proto děti „padají na dno". Jakási rebelie, zkoušení si, kam až můžu zajít. Výzkum ale uvádí, že nejčastěji se s drogou setkají studenti technických SOU - učni, kde bych očekávala spíše děti rodičů se středním vzděláním. Je tu tedy rozpor. Přestože SOU je prostředí, kde je snazší se s drogou setkat, uživatelé jsou častěji děti na prestižnějších školách. A právě tyto otázky by mohl kvalitativní rozhovor ozřejmit.

I sami autoři v závěru v kapitole „Co bude dále…" uvádějí, že „Pro efektivní intervenci by bylo důležité porozumět, jak studenti konstruují realitu užívání substancí, jak uvnitř drogové subkultury, tak i mimo ni. Hloubkový kvalitativní výzkum je pravděpodobně jediným nástrojem nabízejícím porozumění těmto procesům zevnitř a měl by být zařazen do plánu budoucích výzkumů." [17]

7.4 Kvalitativní výzkum v dalších oborech

Kvalitativní výzkum nachází **uplatnění v dalších oblastech** a oborech, kde je možno zkoumat jedince a skupiny. Řada prací je realizována v oblasti pedagogiky, kvalitativní výzkum našel své uplatnění v marketingu a reklamě, obchodě, ve farmaceutickém výzkumu, personalistice a pochopitelně ve všech oborech sociologie, psychologie a tak dále.

Také v rámci cílů programů Evropské unie v oblasti veřejného zdraví je podporován výzkum témat jako sociální důsledky alkoholismu, reprodukční zdraví, HIV/AIDS, duševní zdraví a mnoha dalších otázek, jejichž citlivost a specifičnost si kvalitativní

metody přímo žádá. [18] Proto předpokládám, že v rámci mezinárodní spolupráce v EU bude při zpracovávání vyhlášených témat podíl kvalitativních výzkumů narůstat.

8. Závěr

Přiznávám, že jsem nikdy větší kvalitativní výzkum nerealizovala a právě proto to byl můj původní záměr pro tuto atestační práci. Chtěla jsem využít prostředí školy veřejného zdravotnictví a zkušeností své konzultantky PhDr. Heleny Hnilicové, Ph.D, abych si tuto metodu vyzkoušela. Nemůžu tedy čtenáři nabídnout rozsáhlé zkušenosti z toho, jak kvalitativní výzkum realizovat. **Mým úmyslem bylo předložit svědectví o zkušenostech lékařky**, která měla představu, že kvalitativní výzkum má v medicíně velké uplatnění, a kterou by bavilo v této oblasti pracovat, ale které se nepodařilo s tuto myšlenkou v jejím vědeckém mikroklimatu uspět.

Je možné, že se jednalo o pouhou nešťastnou shodu náhod. Ale možná, že podmínky pro přijetí této myšlenky objektivně nebyly v minulosti příznivé. Pokud tomu tak bylo, byla bych ráda, kdyby má zkušenost upozornila na tuto situaci v medicínské komunitě a otevřela tak dveře jiným nadšencům z řad lékařů i sociologů. Myslím, že poznatky, které nám sociologie medicíny a kvalitativní výzkumy v medicíně mohou přinést a přinášejí, jsou pro nás lékaře zajímavé a potřebné. A s tím, jak se posunuje nazírání toho, co zdraví je a jak ho můžeme chránit, jak je stále více kladen důraz na udržení zdraví a prevenci nemocí a ne jen na léčení nemocí, potřebujeme stále podrobnější znalosti o tom, jak se jedinec i skupiny na udržení zdraví nebo nemoci podílejí a které ne biologické faktory je ovlivňují. Takovéto detailní informace a porozumění podstatě těchto jevů je nám schopen přinést právě kvalitativní výzkum.

Téma kvalitativního výzkumu je obsáhlé, ale atestační práce mi umožňuje nabídnout čtenáři jen **vhled do toho, co tato zajímavá výzkumná metoda představuje**. Při studiu literatury, článků a materiálů o kvalitativním výzkumu jsem velice často byla v situaci, kdy bych chtěla ještě uvést další a další zajímavé nebo důležité informace. Přestože nerada, musela jsem jich celou řadu vynechat vzhledem k omezenému

---

18 internetový zdroj: http: //ec.europa/health-eu/helath_in_the_eu/index_cs.htm

rozsahu práce a některé kapitoly jsou tak stručnější, než bych si představovala a než by si zasloužily. **Pokusila jsem se tedy čtenáře spíše inspirovat a zaujmout, naznačit možnosti kvalitativního výzkumu, jeho přednosti a omezení**.

Byla bych ráda, kdyby v povědomí čtenáře zůstalo, že kvalitativní a kvantitativní výzkum jsou metody blízké, jejichž silné stránky lze kombinovat a to i v rámci jednoho výzkumu. Že otázka nezní, která metoda je „lepší" nebo „horší", vědečtější nebo méně vědecká. Že oba přístupy (včetně smíšeného výzkumu) jsou rovnocenné vědecké výzkumné metody a mají své cíle, postupy a očekávané výstupy. Podstatné je, aby výzkumník měl znalosti o možnostech, které mu každá metodologie nabízí, a mohl tak pro sebe zvolit ten nejpřínosnější způsob.

A navíc, každý lékař během svého studia a praxe mnohokrát realizoval takový malý kvantitativní výzkum. Protože co jiného je odběr anamnézy, než specifická forma kvalitativního dotazování? Jak je vidět, přestože tento postup definovala a popsala sociologie, jsme to právě my lékaři, kdo jej v praxi používá již tisíce let. Je tedy jen na nás, zdali uchopíme širší možnosti kvalitativního výzkumu a dokážeme je využít i v dalších oblastech vědy i své praxe v medicíně.

9. Rozloučení

Vážený čtenáři, jsem si vědoma toho, že mé cíle stanovené v úvodu byly spíše vize a že omezený rozsah práce mi ani neumožňuje jejich úplné naplnění. Snažila jsem se spíše podnítit Váš zájem o metodu kvalitativního výzkumu, vzbudit zvědavost a pootevřít nové dveře. Poznat a naučit se používat jiná vědecká paradigmata a přístupy vyžaduje značné množství času a studia a tento exkurz do metodologie kvalitativního výzkumu na to nestačí. Jestliže si ale alespoň jeden z vás při čtení mého textu pomyslel „aha, tak takhle to je!“, jsem více než spokojena. Milý čtenáři, děkuji za společnou cestu a bylo mi ctí.

„Absolutní znalost neexistuje. Každá informace je neúplná. Musíme k ní přistupovat pokorně.“

J. Bronowski

10. Seznam literatury

Barták, M., Hnilicová, H.: *Zdravotní stav bezdomovců v ČR a jeho determinanty – výsledky kvalitativního výzkumu*. Zdravotnictví v ČR, číslo 1, 2006.

Bártlová, S: *Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1197-4.

Berger, Peter L.: *Pozvání do sociologie.* Praha: Správa sociálního řízení FMO, 1991. ISBN 80-85469-08-01.

Dimitrová, M.: *České zdravotnictví očima veřejnosti.* Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., tisková zpráva, 1.2.2008

Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-141-2.

Disman, M., Polanecký, V., Stehlíková., E., Šejda, J.: *Epidemiologická studie o užívání drog mezi středoškoláky v České republice*. Praha, 1994.

Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Ivanová, K.: *Kvalitativní sociologický výzkum – jeho význam a praktické využití ve zdravotnictví*. Zdravotnictví v ČR, č.4, 2004.

Janečková, H.: *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví.* Praha: Edice Školy veřejného zdravotnictví, 1997.

Jucks, R., Bromme, R.: *Choice of words in doctor-patient communication:an analysis of health-related internet sites*. Health Communicatin, 21(3):267-77, 2007.

Konečná, H.: *Kvalitativní výzkum v medicíně – teoretické šance a praktické uplatnění.* Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice, 2008.

Křečková Tůmová, N.: *Praktický lékař očima pacienta.* Praktický lékař, 2005, 85, No. 7, p. 404 – 408.

Křížová, E.: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie.* Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006. ISBN 80-86429-57-1.

Křížová, E.: *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví.* Praha:Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-690-0.

Manzoni, GC., Torelli, P.:*The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management*. Neurological Sciencies.28 Suppl 2:S130-3, 2007 May

Motlová, L., Dragomirecká, E., Novák, T., Čermák, J., Nechutná, R.: *Schizofrenie a rodina: Mapování názorů, postojů a prožitků příbuzných jako základ rodinných intervencí.* Psychiatrie 2005;9(Suppl.3):104

Novotná, M.: *Sociální role lékaře.* Ročníková práce 3.LF UK: Praha 1996.

Hareli, S., Karnieli-Miller, O., Hermoni, D., Eidelman, S.: *Factores in the doctor-patient relationship that accentuate physicians' hurt feelings when patients termintate the relatlionship with them*. Patient Edutacion and counseling.67(1-2):169-75, 2007 Jul.

Internetové zdroje:

GREEN, J., BRITTEN, N.: Qualitative research and evidence based medicine. BMJ 1998;316: 1230-1232 (18 April). Dostupné na internetu: http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7139/1230

HUSTON, P., ROWAN, M..: Qualitative studies. Their role in medical research. Can Pam Physician, 1998 Nov;44:2453-8. Dostupné na internetu: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9839063?ordinalpos=51&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

IZPE: *Výzkumy zdravotní péče a zdraví migrantů v letech 2000-2005.* Výsledky a závěry výzkumů IZPE v letech 2001-2006. Dostupné na internetu: www.mighealth.net/cz/index.php/Výzkumy_zdravotní_péče_a_zdraví_migrantů_v_letech_2000_-_2005 - 21k

LIU, JP.: Qualitative research ande evidence based medicine. Zhongguo Zhong Xi Jie He Za Zhi. 2008 Feb;28(2):165-7. Dostupné na internetu: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18386582?ordinalpos=42&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

MALTERUD, K.: *Qualitative methods in medical research—predictions, potentials and limitations*. Tidsskr Nor Laegeforen.2002 Oct 20;122(25): 2468-72. Dostupné na internetu: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448119?ordinalpos=75&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

RYAN, F., COUGHLAN, M.,CRONIN, P.:Step-by-step guide to critiquing research.Part 2: Qualitative research. Br J Nurs. 2007 Jun 28-Jul 11;16(12):738-44. Dostupné na internetu: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851363?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

ŽAMPACHOVÁ, M.: Přístupy ke zkoumání rizikového sexuálního chování adolescentů vzhledem k AIDS. Plánování rodiny, 2008. Dostupné na internetu: www.planovaniroidny.cz/view.php?cisloclanku=2008111601-25k.

ZDRAVÍ-EU, dostupné na internetu: http: //ec.europa/health-eu/helath_in_the_eu/index_cs.htm