

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Diplomová práce

Tomáš Novotný

Sociologie zdraví

Zdraví a média v sociálním kontextu

Sociology of Health

Health and media in the social context

Praha 2010

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Dana Mudd, PhD.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu.

Datum: 20. 12. 2010

Podpis:

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Daně Mudd, PhD. a Ing. Petře Průšové za pomoc s empirickou částí práce, PhDr. Janě Duffkové CSc. za podnětné připomínky, švédskému lékařskému institutu Karolinska Institutet za umožnění přístupu do jejich vědecké knihovny, českým pacientům, ošetřujícímu personálu za pomoc při sběru dat i všem ostatním respondentům za ochotu při vyplňování ankety.

ABSTRAKT

Sociologie zdraví • Zdraví a media v sociálním kontextu

Moderní vědecká medicína byla do poloviny 20. století ověčena skvělou pověstí univerzálně účinné instituce. V posledních desítkách let však dochází k demytologizaci této představy, protože zjišťujeme, že idealizovaný obraz medicíny sliboval více, než mohl splnit. Její obraz se za posledních 50 let značně proměnil a do jejího vývoje začaly zasahovat otázky životního prostředí, politiky nebo hospodářství. Diplomová práce se proto zabývá aktuálními otázkami zdravotnického systému, informacemi o zdraví a masmédií zprostředkovávajícími společnosti informace o zdraví. Jedním z důvodů kritiky moderní medicíny je skutečnost, že nedokáže pokrýt veškeré náklady spojené s péčí o pacienty; mezi dalšími uvedme například lobby ve zdravotnictví nebo obtížné porovnávání kvality služeb ve zdravotnictví.

Právě média hrají velkou úlohu v procesu „sekularizace medicíny“, navíc se pro veřejnost stala hlavním zdrojem informací o zdraví a zdravotnictví. Sdělovací prostředky ovšem plní ještě jinou funkci - upínají naši pozornost ke zdravotním tématům a zahlcují nás informacemi o ideálu zdraví, jehož normy je téměř nemožné splnit a nabízeného ideálu dosáhnout. I díky silnému vlivu médií, která dokážou masově distribuovat významy připisované realitě, sdělovací prostředky přeneseně působí i na společenské vědomí v oblasti zdraví a zdravotnictví. Především elektronická média nás zaplavují neověřenými zprávami, za které často nikdo ani nenese redakční zodpovědnost. Vybírat si ty správné informace v mediální záplavě novinek různorodé kvality se stává novou dovedností, se kterou se společnost seznamuje a učí pracovat.

V závěrečné kapitole analyzujeme kontext mezi informacemi o zdraví a sdělovacími prostředky. Oproti ostatním evropským státům Češi méně využívají Internet a internetové diskuze při vyhledávání informací se zdravotní tematikou (analýza obsahu internetových stránek nemocnic nám ukázala, že ani zdravotnická zařízení nejsou připravena na elektronickou komunikaci s pacienty). V českém mediálním prostředí ale stále dominuje televize následovaná tiskem.

ABSTRACT /ENG/

Sociology of Health • Health and media in the social context

Until the middle of the twentieth century, modern scientific medicine had an excellent reputation as a universally effective institution. In recent decades, however, this idea has been called into question, because the public has realised that the idealised image of medicine promised more than it could fulfil. The image of medicine over the past 50 years has changed significantly and today it is closely associated with other areas, including the environment, politics and the economy. The thesis is therefore devoted to current issues of health systems, health information and mass media as a mediator of health information. One reason why we will criticise modern medicine is that the Czech Republic can not cover all the costs associated with caring for patients; others will include lobbies in the health sector, and the general difficulty of comparing the country's quality of health care and research to other countries.

For the public, the media, playing a major role in the process of the "secularisation" of medicine, has become the main source of information on health and health care. But the media also has another function: to direct our attention to health issues and overwhelm us with information about the ideal of health, but it is almost impossible to live up to these expectations. On the basis of their ability to create and mass distribute the meanings one usually associates with reality. Because of the media, we must also perceive health as a social issue. Most electronic media are loaded with rumours, for which often no one assumes editorial responsibility. Picking out the right pieces of information in this media flood of news is becoming a new skill that society is learning to master.

In the final chapter, we analyse the relationship between health-related information and the media. Compared to other European nations, fewer Czechs use the Internet and online discussion when searching information about health topics (an analysis of hospital websites shows us that no medical institutions are able to electronically interact with their patients). The Czech media environment is still dominated by television, followed by the press.

Obsah

1	ÚVOD	9
2	ASPEKTY SOCIOLOGIE ZDRAVÍ.....	12
2.1	Klíčové termíny	12
2.2	Sociologie medicíny a zdravotnictví.....	15
2.3	Nejnámější klasifikace sociologie medicíny a zdravotnictví.....	17
3	PRÁCE S INFORMACEMI.....	19
3.1	Zpracování nových informací.....	21
3.2	Most mezi informační teorií a sociologií.....	24
4	ZDRAVOTNICKÁ TÉMATA V MÉDÍÍCH.....	28
4.1	Moderní medicína a vztah k životnímu prostředí.....	30
4.2	Moderní medicína a politika	32
4.3	Moderní medicína a hospodářství.....	34
4.4	Kritika moderní medicíny.....	37
4.5	Přístup Čechů ke zdraví a zdravotnictví.....	39
4.6	Ideální a dostupná medicína.....	45
4.7	Kvalita zdravotnictví a výběr zdravotnického zařízení.....	50
4.8	Lobby ve zdravotnictví a regulace reklamy.....	54
5	MÉDIA A ZDRAVOTNÍ INFORMACE	57
5.1	Zadavatelé reklamy	63
5.2	Tisk.....	66
5.3	Televize.....	70

5.4	Internet.....	76
5.4.1	Klasifikace uživatelů Internetu vyhledávajících informace o zdraví.....	76
5.4.2	Průzkum obsahu webových stránek nemocnic.....	82
5.5	Lékaři a média	88
ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ.....		92
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		95
PŘÍLOHA 1	Přehled českých médií se zdravotní tematikou	100
PŘÍLOHA 2	Anketa	101
PŘÍLOHA 3	Regulační poplatky ve zdravotnických zařízeních	110
PŘÍLOHA 4	Průzkum obsahu webových stránek nemocnic; 2009	111
PŘÍLOHA 5	„Farmakokorupce“	115
PŘÍLOHA 6	Ukázka skryté PR inzerce.....	119

1 ÚVOD

V této práci se budeme zabývat aktuálními otázkami vztahu zdraví, zdravotnického systému, poznatky o zdraví a sdělovacími prostředky přinášejícími zdraví společnosti. Zjistíme, jak se média podílejí na determinaci stavu lidského zdraví. Budeme se zabývat organizací, nabídkou a posuzováním efektivnosti zpráv se zdravotní tematikou. S tím souvisí otázka, zda tematika zdraví přesahuje medicínský rámec a zda ji mezi sebou lidé sdílejí i jako sociální téma. Pokusíme se prokázat, že péče o zdraví je procesem vzájemné interakce mezi lidmi při výměně informacemi o něm. Vzhledem k neustálému medicínskému pokroku dosahuje zdraví určité dynamiky a rovněž lidský vztah ke zdraví se v sociálním prostředí neustále mění a znovu adaptuje. I proto byl hned v první větě použit přívlastek „aktuální“, protože se pokusíme zmapovat současný stav zkoumané problematiky a pomocí příkladů z nedávné doby popíšeme pozici zdraví, kterou v naší společnosti nabyla i za pomoci masmédií.

Výchozím bodem pro tuto práci jsou individuální procesy nakládání s informacemi - procesy rozhodování ovlivněné v běžném životě sociálními faktory a nabytými osobními zkušenostmi člověka. Jedná se o dovednosti, kterými děláme svůj svět smysluplným a srozumitelným, a kdy vlastním úsilím zlepšujeme kvalitu života, tedy i své zdraví. Téměř každý jedinec o zdraví ví; rozumí tomu, proč je důležité být zdravý, a zná mnohé zásady zdravého života. Britský sociolog Frank Furedi je přesvědčen, že dnešní společnost je přímo posedlá zdravím (a nemocemi). K tomuto závěru dospěl na základě pozorování každodenních činností Britů, kteří stále více času tráví sebeanalizováním domnělých chorob a zkoumáním vlastního zdravotního stavu, jak se cítí. Furedi tento stav nazývá jako „*therapy culture*“ nebo „*medi(c)al culture*“.¹ Podíváme-li se na situaci v Čechách, tak podle výzkumu společnosti Median až 75 % respondentů uvedlo, že pečuje o své zdraví aktivně, 72 % jí spíše zdravě a 67,5 % ve volném čase dělá něco pro své zdraví (Nováková 6. 3. 2006). Péče o zdraví je pro člověka i společnost natolik důležitá, že mu věnujeme prostor v každodenním životě a sdílíme užitečné informace o zdraví i se svým okolím. Sdílení informací o zdraví je jedním z hlavních zdrojů poznatků o zdraví. Dalším, často až zahlcujícím, zdrojem informací je enormní množství nových informací, které k nám proudí z médií. A v souvislosti s médii nezapomínejme, že se zdraví stalo novým trhem a výnosným průmyslovým

¹ <http://www.frankfuredi.com/index.php/site/category/C6/>

odvětvím. Proto silný komunikační proud zdravotnických informací podporují (a ovlivňují) i soukromé společnosti. Zpracování a třídění relevantních informací je proto nová dovednost, kterou v této práci rozebereme, abychom tak demonstrovali náročnost procesu výběru spolehlivých zdrojů. Tedy takových zdrojů, kterým můžeme důvěřovat a řídit se podle nich.

Obyvatelé České republiky, kteří čtou tisk, poslouchají rozhlas, sledují televizi nebo brouzdají po Internetu, mají široké spektrum možností, jak mohou zůstat kontinuálně informováni o zdravotních otázkách. Média a medicína se v soudobé společnosti velmi úzce prolínají. Podle Janet Rolinsonové můžeme „**zdravotní informace**“ definovat jako zprávy na pomezí faktů, dobrých rad z oblasti zdraví a zdravotními novinkami (Rolinson 1998). Ovšem jak rozlišit, co je opravdu zdravotní novinkou a co pouhým sdělením, vytvořeným uměle např. PR-agenturou - tzv. **infotainmentem**? Historik Thorsten Nybom dokonce hovoří o **žurnanihilismu** (Ek 2005: 91). Poznáme snadno, které informace nás vzdělávají, podporují naše znalosti v oblasti zdraví, a které nás pouze lákají k větší konzumaci, k *nákupu zdraví*? Jenom letmý pohled na výčet českých médií, které mají alespoň jednu rubriku či přílohu věnovanou zdraví, naznačuje, že se zdravotní informace staly nedílnou součástí obsahu médií, který čtenáře, posluchače i diváky láká (viz příloha 1). Jasně hranice mezi reklamou a informací, zábavou a kulturou se totiž pomalu vytrácejí. Komercializaci zdraví popsal B. M. Fennis výstižným termínem **medi(c)alisation** (Fennis 1999), protože média zařadila téma zdraví do sdělovaných témat a publikují jej směrem k veřejnosti masovými prostředky. Informace, které směřují k občanům přes media, se zdají být více efektivní, než ty, které se k nim dostávají například přes oficiální kampaně státních zdravotnických institucí. Otázkou pak je, zda informace, které se k lidem dostanou, mohou být využity nejlepším možným způsobem. Některé odpovědi získáme z ankety, která je součástí této práce, respektive ze zahraničních výzkumů a případových studií.

² Pojem „infotainment“ vznikl v 70. letech v americké žurnalistice z angl. ‚information‘ (informace) a ‚entertainment‘ (zábava). Nástup a užívání infotainmentu jsou spojovány především s rozvojem kabelových televizi v USA a s potřebou upoutat pozornost publika v žánrech, které byly doposud vnímány pouze jako seriózní). Dnes se tímto pojmem označuje především nový trend ve zpravodajství, který je založen na podávání zpráv zábavnou cestou: např. subjektivní kamera, pohyby reportéra, činnost ilustrující téma zprávy, animace atd. (Reifová a kol.: 88 – 89).

Budeme se sice zabývat sdílením informací z oblasti zdraví, častěji se ale dostaneme k chování jedinců ve stavu nemoci, případně k chování jedinců v problematické situaci související se zdravotním stavem. První zmínky o propojení sociologie s medicínou pocházejí z poloviny 20. století a od té doby spolu tyto dvě vědní disciplíny spolupracují a vzájemně rozšiřují znalosti o lidském zdraví. Do této práce byly také zařazeny kapitoly, které přibližují soudobý stav medicíny a jeho interpretaci masmédií. To by nám mělo pomoci k vytvoření představy, jakou pozici získalo zdraví v našem sociálním prostředí. Jednotlivé celky této práce postupně vedou k závěrečné kapitole, která na základě dostupných empirických dat analyzuje mediální a zdravotní prostředí v sociálním kontextu. Data z celorepublikových a mezinárodních výzkumů doplňuje vlastní anketní průzkum, který byl proveden během posledních dvou červnových týdnů v roce 2009 ve třech pražských zdravotních zařízeních (Všeobecná fakultní nemocnice, Nemocnice Homolka, FN Motol). Tak se dotazníky dostaly ke zdravotnickému personálu, studentům medicíny a nemocným. Sice tímto krokem musíme rezignovat na reprezentativnost vzorku a přijmout fakt, že zjištěná data vypovídají pouze o konkrétním souboru obyvatel Prahy a Středočeského kraje (a nedají se tudíž zobecnit na celou populaci), ovšem tento postup byl levnější a pro účely této práce dostačující.³

³ Sebraná data byla zpracována ve statistickém programu SPSS 15. K sekundární analýze dat byly samozřejmě použity tradiční metody; kromě kontingenčních tabulek, také korelační analýza, χ^2 test ad. Z celkového počtu 251 respondentů bylo 39 % mužů a 61 % žen. Polovina respondentů (52 %) dosáhla vysokoškolského vzdělání, 48 % tvořili středoškolsky vzdělaní s maturitou, vyučení bez maturity a osoby se základním vzděláním. Na otázku „Pracujete ve zdravotnictví?“ odpovědělo 15 % dotázaných kladně.

2 ASPEKTY SOCIOLOGIE ZDRAVÍ

V této kapitole obhájíme propojenost sociologie a zdraví v historickém kontextu. Doktorka Eva Křížová například připomíná, že v roce 2007 uplynulo 50 let od vydání prvního sborníku lékařské sociologie.⁴ Půlstoletí je již dostatečně dlouhá doba, abychom sociologii zdraví a medicíny akceptovali jako plnohodnotný obor, nikoliv jako módní výstřelek. Kritéria zdraví se ale stále proměňují, rady a informace o zdraví rozšiřují, často si navzájem protiřečí.

2.1 Klíčové termíny

Zdraví. Tento pojem byl v roce 1948 definován Světovou zdravotnickou organizací jako „stav tělesné a duševní pohody“ (WHO 1946: 100). Od konce druhé světové války se ale ozývaly námitky, že zdravotní stav velmi úzce souvisí i s kvalitou života. Proto byla v 60. letech definice zdraví doplněna o přívlastek „sociální pohody“ (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Už tento doplněk naznačuje komplexnost pojmu „zdraví“ a vymaňuje jej zúženému pohledu exaktních věd. Pro bližší pochopení humanitně zaměřeným jedincům tedy můžeme říci, že organismus člověka je determinován sociálním prostředím. O dnešní západní společnosti e říká, že je posedlá zdravím (v úvodu práce jsme citovali Franka Furediho). „*Péče o zdraví, optimalizace potenciálu zdraví každého jedince a prevence nemocí jsou základními tématy naší existence (...)* Zdraví se v současné době stalo dominantním diskursem, uvnitř kterého se utváří naše identita.“ (Parusniková 2000: 131).

Zůstat zdravý tedy znamená adaptovat se na měnící se podmínky prostředí a tato adaptace probíhá přirozeně (nepodmíněně) díky autoregulaci lidského organismu, respektive si ji

⁴ Ve stati nazvané „Fünfzig Jahre Deutsche Gesellschaft für Soziologie“ René König poprvé zmiňuje oblast lékařské sociologie. Jeho práce vyšla následně jako součást sborníku „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“ v roce 1959. König se zde věnuje analýze nemocnic z pohledu empirické sociologie.

podmíníme sami (například výživou, očkováním, péčí o sebe a dalšími naučenými návyky). Aktivní péče o zdraví vzbudila zájem a společnost se začala sdružovat do různých skupin, které společně posilují své zdraví. Programovou podporu zdraví a jeho prevenci začaly podporovat i státní organizace a soukromé subjekty, které mají sekundární prospěch z minimalizace pracovních výpadků zapojených jednotlivců.

Zdravotnictví. Ve Velkém sociologickém slovníku bychom našli výklad zdravotnictví jako „*souhrn speciálních zařízení poskytujících profesionální služby v oblasti péče o zdraví v příslušném legislativním, ekonomickém a sociálním rámci. Národní zdravotnictví je regulováno zdravotní politikou v rámci sociální politiky*“ (Velký sociologický slovník 1996: 1435 – 1436). Jedná se tedy o společenskou instituci závislou na vývoji věd a ekonomických možnostech společnosti. Bohužel už ale neplatí, že by národní zdravotnictví bylo řízeno pouze státními institucemi. Medicína se v současnosti přeměnila v jakýsi **zdravotně-průmyslový komplex** na bázi silně komerčního lobby.

Kult zdraví. Jak již bylo uvedeno, péče o zdraví a pěstování zdravého životního stylu se stalo trhem, ve kterém jsou zdravotnická témata zneužívána ke komerčním účelům (Parusniková 2000: 131 - 140). Denně se skrze média dozvídáme, jak a proč je důležitá pravidelná a důkladná péče o náš organismus, jaké všechny vitamíny a minerály, jogurty, bio-výrobky, krémy, masáže a cvičení je třeba si zaplatit, abychom nezanedbali preventivní péči o své zdraví. Zdravotní stav populace je stále více propojován s kvalitou života, charakterizovanou jako komplex různých podmínek (sociálních, zdravotních, ekologických, ekonomických, politických aj.).

„Zdraví bylo samozřejmě vždy pro člověka důležitou hodnotou, avšak nyní dochází k bezprecedentnímu posunu – k uctívání kultu zdraví“ (Parusniková 2000: 132). Foucault zase hovoří o „imperativu zdraví“, což podle něj představuje *současně povinnost každého a cíl pro všechny* (Foucault 1980: 170). Uvedme jednoduché příklady z médií, se kterými se setkal asi každý, ale není lehké se orientovat v jejich aktuálnosti: vejce jako ne/vhodná potravina, ne/pít skleničku vína denně, do jídelníčku zařadit bílé/červené maso atd.

Téma zdraví v posledních letech často propojujeme i s dalšími obory, především s ekologií. Postoj **Becka, Giddense** či **Lashe** bychom mohli shrnout heslem: „*zdravě žít na zdravé planetě*“. Ulrich Beck přichází v knize *Riziková společnost* s posměšným termínem „*Nanny state*“ (pečovatelský stát). Podle Becka se někteří dobrovolně zbavují autonomie a svobody rozhodovat aktivně o svém zdraví, přestože být zdravý je v našich silách. Je to ale vážně tak jednoduché? Beckův přístup je možná až příliš radikální a spíše bychom asi souhlasili s názorem **Illiche**. Podle něj se člověk stává extrémně závislý na expertním vědění a odcizuje se od schopnosti pečovat o sebe a rozumět vlastnímu zdraví (Illich 1975: 15 - 36). Navíc hlubší odborné znalosti a dokonalejší techniky měření utvářejí v lidech dojem, že dnes vlastně už není možné být zdravý. Na druhou stranu média v lidech vyvolávají mylný dojem, že téměř všechna onemocnění jsou vyléčitelná a doktoři nemají sebemenší právo na omyl. Kvalitou sdělovaných informací se zdravotní tematikou se proto budeme zabývat v dalších kapitolách této práce.

Sociologie medicíny. Tato subdisciplína sociologie uplatňuje standardní sociologické metody pro zkoumání jevů spojených se zdravím a nemocí a zjišťuje, co determinuje lidské zdraví. Nejčastěji se uvádí klasifikace **Roberta Strausse** (viz dále): „sociology IN medicine“ a „OF medicine“ (Strauss 1957). Polská socioložka Magdalena Sokolovská užívá překlad „PRO medicínu“ a „O medicíně“ (Velký sociologický slovník 1996: 1093). Vývojovým předělem v 60leté historii sociologie medicíny byla práce **Talcotta Parsonse** *The Social System* (1951), kde se věnuje i specifiku vztahů profesionála/lékaře a pacienta. *V posledním období stále častěji vystupuje sociologie medicíny jako participující i vedoucí disciplína do komplexních interdisciplinárních výzkumů zdravotního stavu a potřeb zdravotní péče.*“ (Velký sociologický slovník 1996: 1095) V těchto výzkumech, které jsou typické zejména pro skandinávské státy, převládá zájem o analýzu sociálních, ekologických, kulturních a psychologických vlivů na zdraví. Novou tematikou v oblasti sociologie medicíny je pak prevence, samoléčba a zdravý způsob života. Lidé se chtějí vyhnout nemoci, protože ji vnímají jako „společenskou ostudu“. V rámci prevence pak podstupují množství testování a monitorování svých těl, aktivně rozvíjí zdravý životní styl. Tento proces zdravotní sebekontroly a neustálého sebezpozorování upíná náš život k medicíně a neustále nás nutí poměřovat se s ideálem zdraví, jehož normy se stále zpřísňují. Z toho vyplývá, že takového ideálu je téměř nemožné dosáhnout.

2.2 Sociologie medicíny a zdravotnictví

Ze sociologického hlediska se problematikou zdraví a nemoci začala jako první vážně zabývat francouzská sociologická škola, v jejímž středu stál **Émile Durkheim**.⁵ Sociologie medicíny musela nejprve složitě obhajovat svou smysluplnost, jelikož každý z oborů byl historicky vystavěn na principu různých paradigmat. Medicína vychází z paradigmatu scientismu a pozitivismu (exaktní model přírodních věd, pozorovatelná a ověřitelná fakta, matematizace) oproti sociologii, jež vyrostla na modelu humanitních věd (významy a smysly lidské činnosti, pozorování aspektů lidského chování). Sociologie medicíny byla definována jako subdisciplína sociologie zkoumající vztah ke zdraví a nemocem. Ve 40. letech 20. století se sociologií medicíny začali prvně zabývat v USA, od 50. let pak i v Evropě. V Československu pojem „sociologie medicíny“ poprvé použil Sokol v knize Sociológia lékářstva (Sokol 1970).

Otázka veřejného zdraví se sice diskutovala již ve 20. a 30. letech v době hospodářských krizí (připomeňme americký plán New Deal, švédský program „státního blahobytu“ Folkhemmet ad.), ale teprve výzkum stavu amerických vojáků během 2. světové války se považuje za první snahu o oboustrannou provázanost sociologie a medicíny. Hlavně lékaři si uvědomili, že je potřeba poznat více o sociálním chování pacientů a zabývat se studiem zdravého způsobu života. *„Na půdě medicíny i mimo ní se diferencovaly speciální disciplíny jako sociální lékařství, sociální hygiena, epidemiologie neinfekčních nemocí, etnomedicína apod.* (Velký sociologický slovník 1996: 1094). Jeden z prvních empirických výzkumů sledoval, jakým způsobem projevovaly trpící osoby bolest. Zjistilo se, že chování postižených odpovídalo sociokulturním normám, typickým jejich etnické příslušnosti. Dílčím zjištěním této studie byl poznatek, že pacient a lékař z diametrálně odlišných prostředí můžou docházet ke zklamání kvůli očekáváním, která na sebe obě strany kladou (Zborowski, M. 1952: Journal of Social Issues, Vol. 8, No. 4).

⁵ V díle *Sebevražda (1897)* poukazuje Durkheim na skutečnost, že akt sebevraždy závisí na stupni celkové integrace jedince do sociálních skupin, kterých je jedinec členem (rodina, sousedé, církevní komunita ad).

Aplikovanou sociologii medicíny bychom mohli pro lepší pochopení rozdělit do tří úrovní:

1) **Sociální okolnosti zdraví a nemoci na úrovni jedince**

nemoc jako sociálně nežádoucí stav, způsobující změnu sociálního statusu - Parsons používá slovní obrat „**únik do nemoci/zdraví**“ (Holton a Turner 1986: 122) - a zanechávající stopy na sociální struktuře

2) **Vliv sociálních proměnných na zdraví populace⁶**

nemocnost a výskyt nových typů nemocí (např. chronické, civilizační, návykové, pracovní či psychické), specifickou nemocnost, úmrtnost, úrazovost

3) **Zdravotnictví jako sociální systém** - z tohoto pohledu nás zajímá:

- kvalita a dostupnost (nabídka) lékařských služeb a analýza zdravotnických institucí v rámci sociálního systému
- organizace a efektivnost zdravotní péče poskytované sociálním systémem, etické otázky
- vztah mezi zdravotním stavem populace a organizací zdravotnického systému
- profesionální socializace lékařů, lékařská kultura a proces identifikace lékaře s jejími hodnotami a normami
- medicína jako „zdravotně – průmyslový komplex“

⁶ K vytvoření souhrnné charakteristiky zdraví populace jednotlivých národů se používají ekonomické či ekologické analýzy, geografický popis způsobu života jednotlivých národů a z těchto dat provádíme následnou strukturaci podle sociálních znaků: vzdělání, sociální příslušnost, profesionální zařazení, rodinný stav, národnost, finanční příjem, bydlení a další znaky. Triumf v této oblasti drží USA, Finsko a Švédsko - porovnávání států dle střední délky života, kolik procent HDP vynakládají na péči o zdraví, zdravotní výdaje na hlavu... (zdroj: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/main_tables). Především se chceme dozvědět, jaké sociální skupiny jsou šířící se chorobou ohroženy, které obyvatele je potřeba primárně ochránit, jakým způsobem komunikovat s veřejností a včas ji upozornit na riziko propukající epidemie, jejímuž vypuknutí je třeba zabránit. Při zkoumání zdravotního stavu populace zohledňujeme i vliv globalizace a moderních technologií (zejména moc genetického inženýrství). Sledujeme například frekvence výskytu onemocnění v rizikových skupinách populace (výskyt TBC, chřipkové epidemie atd.) a vzrůstající chronicitu poruch zdraví.

2.3 Nejznámější klasifikace sociologie medicíny a zdravotnictví

Nyní bychom si přiblížili dva pohledy významných světových sociologů na téma sociologie medicíny – **Strausovu** a **Parsonsovu**. Jako prvního záměrně uvedeme klasifikaci **Roberta Strausse** z roku 1957, která působí srozumitelněji, je více názorná a konkrétní. Díky tomu, že bývá častěji označována za realistickou a spíše aplikovatelnou na současné pojetí zdravotnictví, ji také odborníci více citují ve svých odborných textech. První kategorii Strauss nazývá jako **Sociology in Medicine** (sociologie pro medicínu, překlad M. Sokolowské). Z tohoto pohledu vystupuje sociologie jako vědní disciplína zkoumající zdraví, zabývající se lékařskou problematikou. Zkoumá sociální aspekty nemoci a zdraví (výskyt a průběh onemocnění), společenské dopady výskytu nemoci na skupinu (ekonomické, behaviorální, kulturní, ekologické) i jednotlivé skupiny populace (sociální epidemiologie, sociální lékařství aj.). Mimo jiné také realizuje výzkumy toho, co ovlivňuje sociální události (smrt partnera, nehoda v rodině, emigrace a problematika přistěhovalců atd.). Metody a techniky výzkumu jsou pak aplikovány na specifický problém – hlavně civilizační choroby (EB viróza / chronický únavový syndrom, psychosomatická onemocnění, srdeční a cévní choroby, zdravotní problémy způsobené zvýšenou hladinou cholesterolu, různé druhy závislostí, choroby z povolání, problematiku gerontologie a studium sebevražd).

Strauss vytyčuje ještě druhou kategorii - **Sociology of Medicine** (sociologie o medicíně, překlad M. Sokolowské). Ta sleduje zdravotnictví jako společenskou instituci. Za hlavní úkol sociologie zdravotnictví bychom podle Strausse mohli označit jakousi funkční prověrku zdravotnického systému, která se zabývá problematikou profesí, lékařského vzdělávání a třeba i lékařské kultury a vztahu doktorů k pacientům. Nejobecněji pak zkoumá globální důsledky a nežádoucí průvodní jevy moderní medicíny. Strauss třídu „sociologie o medicíně“ doplňuje sub-kategorií „**sociologie nemocnice**“, která zkoumá a popisuje sociální aspekty léčení v nemocnici (vrátíme-li se ke sdělovacím prostředkům, v médiích je v této souvislosti často diskutována otázka shromažďování a sdílení informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu).

Jako druhý možný pohled na sociologii medicíny předložme postřehy **T. Parsonse** z díla *The Social System* (1951). Vycházíme tedy z funkcionalistického modelu sociální struktury, kde společnost vystupuje jako racionálně uspořádaný systém obecných, pravidelně se opakujících vzorců lidského chování. Tito lidé mají jeden společný zájem - minimalizovat dysfunkce mezi vzorci chování a v rámci společenské činnosti dosahovat předsevzatých cílů. Jako takovou dysfunkci si Parsons představuje i nemoc. Díky zdravotním komplikacím dojde k nabeurání sociální rovnováhy, nemoc vyvolává přerušování výkonu a změnu sociální role a následuje deviace, tedy jakési ohrožení či zátěž pro sociální jednotku. Postižená osoba, závislá na skupinách zdravých, je nucena vyhledat pomoc kompetentního profesionála a napravit vzniklou situaci, odstranit dysfunkci. Parsonsovo pojetí je sice dodnes nepřekonané, zato však často diskutované. Pacient není jen disciplinovaný pasivní vykonavatel lékařovy vůle. Svou úlohu hrají celkové charakteristiky jeho sociální osobnosti, jeho zkušenosti, znalosti, vlastní interpretace nemoci, jejího původu a vhodnosti různých terapeutických strategií. Jeho jednání ovlivňuje samozřejmě i situace, typ onemocnění, kulturní návyky, které jsou vlastní jemu či sociálním skupinám, jichž je členem (Kapr 1994). Co by se dalo Parsonsovu modelu vytknout, je opomenutí skutečnosti, že se v této interakci nejedná čistě o vztah dvou rolí: pacient – lékař, ale že do toho vztahu zasahuje také ošetřující personál, příbuzní, přátelé a spolupracovníci. Nezapomínejme, že díky médiím má sám pacient řadu možností kde si vyhledávat informace. Jak se dozvíme v dalších kapitolách, zdravotní problémy jsou tématem, které se svým blízkým okolím otevřeně probíráme. Sdílení osobní situace s dalšími osobami vytváří odlišné podmínky léčebného procesu pro každého jednotlivce. Do hry tedy vstupuje laický referenční systém, často ovlivněný právě médii. Na tuto skutečnost upozorňuje **Eliot Freidson** v knize *The Hospital in Modern Society* (1963) a Parsonsovi odporuje, že jeho pojetí je pouze abstraktní konstrukcí toho, jak by to mělo ve zdravotnictví být, aby model fungoval podle receptu tvůrce systému. V medicíně je dnes doporučována aplikace tzv. „**network therapy**“ (Kapr 1994: 42). Cílem tohoto typu terapie je zapojit a koordinovat působení všech osob, které mají k nemocnému pozitivní vztah, a dosáhnout strukturálních změn v podmínkách, které ovlivňují život pacienta.

3 PRÁCE S INFORMACEMI

Termín „*společnost vědění*“ je užíván v mnoha různých kontextech, čímž se vytratila jeho jednoznačná definice. Podle sociologa Arnošta Veselého se tento výraz používá nejčastěji v obecné rovině jako metafora, který není nijak specifikovaný (Veselý 2004: 434). Setkat se můžeme s použitím ve funkci ideologickém – kam by měla společnost směřovat. Tak jej používá třeba Ministerstvo práce a sociálních věcí.⁷ Poslední definicí je ta sociologická, označující typ společnosti, ve které se vědění stává hlavní produktivní silou. Přesto se jedná o rozvolněný popis čerpající z mnoha ideových zdrojů (postindustriální společnost, informační společnost, ekonomiky založené na vědění, sociologie vědy atd.).

Za myšlenkového předchůdce konceptu společnosti vědění se považuje teorie *postindustriální společnosti*, především díky práci **Daniela Bella** (Bell 1967). Bell se domníval, že vědění bude garantovat úspěch a moc stejně jako v minulosti vlastnictví kapitálu. Podotýká ale, že půjde o vědění abstraktní, které může být použito v různých situacích. Dominantou se sice nestalo teoretické vědění, nýbrž tržně a mediálně zhodnocené vědění v dobře organizovaných podnicích. Přesto se ale potvrdil předpoklad, že se promění rozložení kapitálů a do všech sfér sociálního života pronikne kapitál symbolický/kulturní/intelektuální. „*Tomuto procesu napomohl způsobem zcela nebývalým rozvoj moderních výpočetních technologií, strojů a přístrojů zpracovávajících informace na straně jedné a technik přenosu informací, jež se vyvinuly ve svém úhrnu v samostatný mediální svět, na straně druhé.* (Petrušek 2005). Termín „postindustriální společnost“ ale začal být v 70. letech nahrazován konceptem „*informační společnosti*“ (Toffler 1980). Toffler i další sociologové dospěli k názoru, že informační technologie určují charakter sociální struktury nových společností a informace se stávají klíčovým zdrojem. Vzrůstající váha vědění a změny profesní struktury se musí projevit i ve stírání rozdílů mezi sociálními třídami a vrstvami, které dříve spočívaly na kapitálu. Novou elitou se stávají ti, kteří mají k informacím přístup a umějí s nimi zacházet (Reich je nazývá „symbolickými analytiky“; Reich 1995). Přestože se Tofflerova vize zcela nenaplnila a průmyslová výroba si zachovala klíčovou pozici,

⁷ Národního programu výzkumu: http://www.mpsv.cz/files/clanky/179/IIb_a.pdf

i když možná v jiné podobě než dříve, rozhodně můžeme pozorovat exponenciální nárůst objemu přenášených informací v reálném čase pomocí nových komunikačních technologií. Tento přebytek informací vedl k tomu, že se začalo rozlišovat mezi pojmy „vědění“ a „informace“. Vědění totiž uschopňuje k činnosti ty, co ho vlastní. *„Zatímco informace má pouze podobu strukturovaných a formátovaných dat, která zůstávají pasivní a nečinná do doby, než jsou užita těmi, kteří mají vědění k jejich interpretaci“* (David, Foray 2002: 12). Vztáhneme-li tento poznatek na oblast zdraví, můžeme konstatovat, že samotné množství informací o zdraví a zdravotnictví ještě nezaručuje jejich efektivní využití pro zlepšení našeho zdravotního stavu. **Ulrich Beck** upozorňuje, že růst vědění vyvolá růst nevědění. Podle něj moderní vědecké poznání jedinců nepovede ke kvalitnější reflexi sociálních podmínek a schopnosti měnit je (Beck 2004). Informace jsou spojeny s rychlým tempem, který neposkytuje prostor pro hlubší zamyšlení. Není čas pro kontrolu či reflexi, protože informace velmi rychle ztrácejí na aktuálnosti, mají omezenou trvanlivost a jsou rychle nahrazovány novými. Vzrůstající dynamika nabytých vědomostí navíc stále modifikuje jejich definici, takže jim nikdy nebudeme rozumět. Giddens k tomuto jevu poznamenává, že poznávání tohoto světa vlastně vede k jeho neustálému a proměnlivému charakteru (Giddens 2003: 45).

V souvislosti s množstvím sdílených informací přidejme zajímavý postřeh španělského sociologa **Manuela Castellse**, který si v díle *Informační věk* (Castells 2000) všímá globální dimenze propojování sítí. Sítě se totiž snaží propojovat to, co je hodnotné a efektivní. Tím se však řada oblastí dostává mimo hru (tzv. *černé díry informačního kapitalismu*; Castells 2000: 92), které nejsou do sítí plnohodnotně zařazeny a jsou tak odsouzeny k „chudobě“. Vlivem technologického vývoje a možností, které přinesla nová media (především Internet), se hovoří o tzv. **technologické gramotnosti** (efektivní práce s médii při vyhledávání informací) a **mediální kreativitě** (schopnost porozumět, interpretovat, ale i se aktivně podílet na vytváření obsahu médií; Dombrovská a kol. 2004: 7 - 18).

3.1 Zpracování nových informací

Podívejme se ještě na informačně-vědní teorie, jak charakterizují kognitivní stránku práce člověka s informacemi. Způsoby zpracování poznatků z informačních zdrojů jsou pro nás vodítkem, abychom obecně pochopili tento proces, který můžeme vztáhnout na hodnocení a třídění informacemi o zdraví a zdravotní tematice.

Termín **informační gramotnost** poprvé použil **Paul Zurkowski** (tehdejší prezident Information Industry Association) v roce 1974 (Dombrovská a kol. 2004: 8). Jako informačně gramotné označoval ty jedince, kteří byli „*připraveni používat informační zdroje při práci, kteří se při řešení problémů naučili využívat škálu technik a informačních nástrojů stejně jako primární zdroje*“ (citováno podle Dombrovská a kol., 2004: 3). Jako první systém využívaly propojených databází vzdělávací instituce a knihovny, které se orientovaly na vyhledávací služby. Jenže s rozšířením Internetu ztratily zmíněné instituce exkluzivitu na práci s informačními zdroji a od té doby se cesta k novým poznatkům individualizuje: „*Informačně gramotní lidé se naučili, jak se učit. Vědí, jak se učit, protože vědí, jak jsou znalosti pořádány, jak je možné informace vyhledat a využít je tak, aby se z nich mohli učit i ostatní. Jsou to lidé připravení pro celoživotní vzdělávání, protože mohou vždy najít informace potřebné k určitému rozhodnutí či k vyřešení daného úkolu.*“ (American Library Association 1989: <http://www.ala.org/acrl/nili/ilit1st.html>).

Aplikujeme-li tuto definici na zdraví a zdravotnictví, „informačně gramotná osoba“, která dokáže efektivně vyhledávat a následně správným způsobem hodnotit informace vztahující se ke své potřebě, může efektivně pracovat na zlepšení zdravotního stavu, případně odstranění obtíží. Naopak jedince, který tyto technologie využívat neumí a má proto omezený přístup ke zdrojům znalostí, nazýváme **informačně naivní** (Dombrovská a kol., 2004: 8). Informačně naivní jedinci často bagatelizují choroby, nebo se je pokouší překonat nepřilíš efektivním způsobem, často založeným na tradičních lidových receptech a babských radách. Informační gramotností lze rozumět následující sadu kompetencí jedince:

- poznat, kdy je informace potřebná (např. včas rozeznat stav nemoci),
- vyhledat informaci (nalézt správné zdroje informací, uvěřit dobrým radám, kontaktovat kompetentní osoby s žádostí o radu),
- ohodnotit informaci a efektivně ji využít (zahájit léčebný proces efektivním způsobem).

Jak jsme si řekli v úvodu této kapitoly, informační gramotnost je schopnost efektivně vyhledávat a hodnotit informace vztahující se k určité potřebě. V této definici je důležité rozšíření z prostého vyhledávání informací i na aktivní porozumění a hodnocení získaných poznatků. Vzniká tedy jakýsi cyklus, na jehož počátku stojí nutkání identifikovat informační potřebu (např. proč se necítím dobře, z jakého důvodu mě něco bolí atd.), následně je třeba nalézt požadované informace (*tyto zdroje informací budeme analyzovat v závěrečné kapitole*), zhodnotit je, správně interpretovat a nakonec je efektivně použít (zbavit se potíží). Bourdieu například upozorňuje, že každá sociální vazba je založena na latentních informacích, se kterými se chce jedinec zapojit do struktury. Přichází tedy s nabídkou svého dosavadního sociálního kapitálu (formálního i neformálního), se kterými se chce integrovat. K tomu musí ovládat lokální pravidla komunikace a vyznat se v tamní informační struktuře (Ek 2005). Sociální dovednost a zodpovědnost odráží skutečnost, že větší množství participace s sebou nese vyšší riziko a nároky na každého jedince informační společnosti. Schopnost efektivní práce s informacemi je pro existenci člověka v současné společnosti velmi důležitá. Bohužel korelace mezi informační gramotností národa a vzdělávacím systémem v České republice je stále nižší než u ostatních zemí OECD.⁸ Nejenže Češi neumějí nalézt požadované informace, ale většinou je neumějí ani zpracovat a zhodnotit.⁹

Holandský profesor **Cees J. Hamelink**, který se dlouhodobě věnuje výzkumu mezinárodní komunikace, vnímá „informační gramotnost“ za schopnost dosáhnout individuální, ucelené a samostatné perspektivy pocházející z masmédií jako zdroje informací. V 70. letech vystoupil s kritikou masmédií, které podle něho nenabízejí pluralitní názory, pouze divákům a čtenářům

⁸ <http://www.npkk.cz/csk/files/knihovny-soucasnosti-basl.pdf>

⁹ www.pisa.oecd.org

předkládají jednostranná, zjednodušená¹⁰ vysvětlení (Hamelink 1976). Požadovanou pluralitu informačních zdrojů a možnost srozumitelného vyhledávání informací přinesl o dvacet let později Internet a především poskytovatelé vyhledávacích služeb (Google, Yahoo, Ask, Seznam ad.). Celkově změnil přístup k informacím a dosavadní nedostatek zdrojů nahradil přesně opačný problém s jejich přebytkem. Podle Christine Bruce zahrnuje informační gramotnost celou škálu sociálních zkušeností (In: Knihovna 2009: 158-161). Každý jedinec potřebuje nabýt rozličných zkušeností, aby mohl správně rozhodnout, jak se relevantně zachovat v příslušných situacích v budoucnu. Její model se skládá z následujících sedmi stupňů, které upevňují rozhodovací proces. Toto schéma uvádíme, abychom si dovedli lépe představit, jak jedinec vstřebává a pracuje se zdravotními informacemi:

- 1) **informační technika** – použití informačních dovedností ke komunikaci a výměně zpráv
- 2) **informační zdroje** – jedinec dokáže informace nalézt v různých pramenech a zdrojích
- 3) **zpracování informací** – ovládnutí techniky, jak zpracovat nové informace
- 4) **kontrola informací** – schopnost zorientovat se a využít správné zdroje v rámci informačního toku
- 5) **budování dovedností** – schopnost vybudovat či vylepšit osobní dovednosti na základě poznatků z nových informačních oblastí
- 6) **rozšiřování znalostí** – rozšiřování znalostí navazujících na předchozí zkušenosti a dovednosti a osobní názory nabitě poznáváním nového
- 7) **moudrost** – informace jsou použity moudře a k prospěchu druhým

Informačně gramotná osoba tedy dokáže kombinovat a kompletují již získané dovednosti s novými zkušenostmi, které potřebuje, aby se správně orientovala v přítomnosti a poradila si s neznámými souvislostmi. Dnes je pravděpodobně tato schopnost jedna z nejdůležitějších, protože přísun nových informací vzrůstá exponenciální řadou, avšak ze zdrojů, které jsou neznámé a často nefiltrované. Není totiž snadné identifikovat odpovědné autory, kteří produkují nové informace. A tak může téměř každý publikovat cokoli, aniž by náš výstup prošel

¹⁰ Hamelink pejorativně používal výraz „předžvýkaná“

jakoukoliv formou redakční kontroly. V tomto ohledu jsou nejnebezpečnější blogy, kde může laik jen těžko posoudit, s jakým záměrem autor, o jehož odborné kvalifikaci často nic nevíme, vložil svůj příspěvek. Často se navíc jedná o promyšlenou PR (public relations) kampaň, která lobbuje za konkrétní produkt a upřednostňuje ho před všemi ostatními. To čtenář těžko posoudí. Stejně tak je riskantní četba „dobrých rad“, kde si čtenáři vyměňují zkušenosti o nemocech a léčivých medikamentech. Na základě pár vět můžete asi jen sotva doporučit člověku, kterého jste nikdy neviděl, nejvhodnější léčebné řešení při jeho komplikacích. Podle ankety, která doplňuje tuto práci, respondenti příliš nevyužívají poznatků z blogů a diskuzí v elektronických médiích (viz *závěrečná kapitola*).

3.2 Most mezi informační teorií a sociologií

V informačně vědní literatuře se používá termín **sense of coherence** (*smysl pro soudržnost/soudržnost jedince; vlastní překlad*), který v českém jazyce nemá ekvivalent. Tento pojem ale nepochází přímo z tohoto oboru, nýbrž s ním přišel izraelský sociolog **Aaron Antonowský**. Je proto na místě podat vysvětlení o původu uvedeného výrazu a krátce přiblížit přínos tohoto sociologa pro sociologii zdraví. Berme Antonowského příspěvek jako most mezi informačně-vědní teorií, kterou jsme si představili v předchozí kapitole, a sociologickou disciplínou věnující se zdraví a medicíně. Antonowského model salutogeneze je často citovanou teorií, která se v sociologii zdraví uvádí. Nám do této práce zapadá i proto, že jeho postřehy můžeme aplikovat na informační zahlcenou, které jsme vystaveni. Z Antonowského bádání dále vyplývá, že jedinec upravuje své postoje o zdraví podle sociální skupiny, se kterou se chce identifikovat.

V roce 1970 Aaron Antonowský analyzoval výsledky průzkumu o izraelských ženách, jak se v různých etnických skupinách přizpůsobily přicházejícímu období klimakteria. Jedna z těchto skupin se skládala z žen narozených ve střední Evropě a po vypuknutí druhé světové války byly tyto ženy ve věku 16 až 25 let. Zaujala ho skupina žen, která přežila pobyt v koncentračním

táboře, a přesto si dokázala uchovat dobrý zdravotní stav. Tyto ženy označily svůj stav psychického i fyzického zdraví za dobrý. Jak je možné, že nemalá skupina žen, které přežily hrůzný pobyt v koncentračním táboře, teror a po skončení války několik let migrovaly, než začaly nový život, které snesly až tři války (první světovou, druhou světovou a válku v Izraeli), označily po tom všem kvalitu svých životů za dobrou? Překvapivý paradox ovlivnil Antonowského natolik, že během dalších let začal formulovat podmínky zdraví, které shrnul do **modelu salutogeneze**; opak patogeneze – hledání podmínek nemoci (Antonovsky, 1979: 12-13, 182-185). Slovo "salutogenesis" pochází z latinského *salus* (zdraví) a *geneze* (původ). Z obecně známých výsledků a i z Antonowského bádání vyplývá, že stav nemoci je relativní a velmi subjektivní pojem. Na základě provedených výzkumů tedy přišel se studii, jak lidé zvládají stres a přitom se jim daří dobře. Stres je sice všudypřítomný, ale ne všichni jedinci dosahují negativních zdravotních výsledků v reakci na stres. Nakonec vyvodil závěr, že za zkoumáním nemocí z medicínského hlediska stojí postoje o zdravotně žádoucím chování a způsobu života v komunitě či sociální skupině, se kterou se jedinec identifikuje.¹¹ Podle jeho teorie bude stresový faktor buď patogenní, neutrální, nebo prospěšný. K popisu tohoto kontinua mu pomohla hypotéza tzv. **hlavních zdrojů odporu** (*HZO/GRO = General Resistance Resources*), které zahrnují faktory jako např. příjem/finanční kapitál, kulturní kapitál, ambice, sociální postavení, tedy obecně shrnuto vše, co vyvolává různá napětí. Hlavní myšlenkou HZO je demonstrovat život jedince a okolní svět jako vysoce komplexní, kde je každý jedinec kontinuálně bombardován často neuspořádanými a protichůdnými stimuly či nabídkami, které mohou generovat napětí, konflikty a stres a to v samotném člověku, mezi jedinci i v rámci sociální struktury. Zde můžeme vidět paralelu s informačním zahlcením, o kterém jsme se zmínili v předchozí kapitole. Jsme nuceni k neustálému sebevzdělávání a úpravě vlastních postojů, protože informace o tom, co zdraví svědčí a co mu naopak škodí, závratně rostou a člověka nejenom zahlcují, ale i matou. Neustále se mění nové poznatky a často si protiřečí. HZO pomáhají jedinci pochopit smysl událostí a zvládnout je. Je to tedy obdobný mechanismus, jaký jsme si přiblížili při výkladu osvojování nových dovedností v rámci informačního vzdělávání. Antonowský svým dílem navíc prokázal souvislost mezi sociální integritou a zdravím. Sdílení informací s blízkými a vzájemná pomoc při zvládnání náročných situací se ukázala jako důležitá i z odpovědí respondentů naší ankety (viz dále).

¹¹ *Na principu aktivního přístupu pacienta pracuje koncept preventivních prohlídek, který nutí člověka cítit se jako potenciální pacient a vnímat, že nemoc je nežádoucí stav. Smyslem samotné prohlídky je pak odhalovat nemoci v raném stádiu a současně tak snížit náklady spojené s léčbou. K preventivní návštěvě lékařů jsou čeští pacienti motivováni i tím, že za tento druh prohlídek nemusejí zaplatit regulační poplatek.*

Dostáváme se k termínu, kterým jsme tuto kapitolu otevřeli. **Sense of coherence** je teoretická formulace, jež poskytuje vysvětlení, jakou úlohu hraje stres v lidské činnosti a zda dokáže porušit náš pocit soudržnosti. V jeho představě má smysl pro soudržnost tři složky (Antonovsky 1979: 127-128):

- 1) **Srozumitelnost:** pocit, že věci se stávají opakovaným a předvídatelným způsobem; pocit, že můžeme pochopit události v našem životě a rozumně předvídat, co se stane v budoucnosti.
- 2) **Zvládnutelnost:** přesvědčení, že máme dovednosti a schopnosti, podporu, pomoc, nebo prostředky potřebné k péči o věci, a že věci jsou zvládnutelné a pod naší kontrolou.
- 3) **Smysluplnost:** víra, že události v našem životě jsou zajímavé a zdrojem uspokojení, že náš život opravdu stojí za to, je dobrý a máme důvod starat se o to, co se bude dít dále.

Antonowský používá symbolické označení **4H: head** (srozumitelnost) + **hands** (zvládnutelnost) + **heart** (smysluplnost) = **health** (zdraví). Zmíněné tři esence, především pak pocit soudržnosti, předpovídají dobrý zdravotní výsledek. To nám asi připomene již citovanou definici *zdraví* podle Světové zdravotnické organizace; tedy postulát, že jedním ze základních prvků zdraví je dobře rozvinutá spiritualita jedince. S podobnou teorií přichází v roce 1957 Leon Festinger. Za silný motivační faktor ovlivňující naše chování považuje potřebu žít v logicky konzistentním světě. Pokud se setkáme s nějakou nelogičností, začne nás zužovat nepříjemný pocit, který nás nutí k jednání s cílem nastolit konzistentní stav (Defleur 1996: 284 – 285). Na závěr tohoto celku dovoluje ještě zmínit zajímavý postřeh z Antonowského knihy *The Structure and Properties of the sense of coherence scale*. Čím více moci a kontroly nad zdroji aktér má, tím větší je jeho svoboda a schopnost zbavit se zbytečných starostí s rozhodováním.

Shrňme si ještě jednou hlavní přínos Antonowského pro sociologii zdraví a zdravotnictví. Je evidentní, že jeho induktivní výzkum salutogeneze vyústil v něco, co nám připomene informačně-vědní bádání, taktéž popsané v této kapitole. Nejedná se však o model konkrétního chování (hledání informací) ve specifické situaci (řešení problému), nýbrž o kontinuální, celoživotní problém správného výběru řešení, která vedou k zachování vlastní existence a dobrého zdravotního stavu. Zatímco informační vzdělávání probíhá kolektivně pouze v raném

věku a dále jej musí každý jedinec rozvíjet dál sám, Antonowského spíše zajímá význam sociální integrity, která ovlivňuje rozhodování členů sociálních skupin. Se vzrůstajícím objemem informací se může člověk velmi snadno cítit ztracen a právě jeho okolí může sehrát pomocnou úlohu při procesu volby optimálního řešení, výběru správné cesty.

4 ZDRAVOTNICKÁ TÉMATA V MÉDIÍCH

V přehledu klíčových pojmů (viz *druhá kapitola*) jsme zmínili, že 60. a 70. léta považujeme za přelom moderní medicíny. Péče o zdraví se již neredukuje na předepisování prášků, operace a rehabilitace, ale je vnímána komplementárně. Jednotlivé formy a metody léčby se mají vzájemně doplňovat, nikoliv vylučovat. Postupně vznikl jakýsi kvazi-komplex, ve kterém začíná být obtížné se orientovat. Obtížně ohraničitelné pole medicíny se dále protíná s oblastmi ekonomie, politiky, etiky, ekologie a dalšími. Kvalita našeho zdraví je tedy ovlivněna nespočetným množstvím faktorů, které se s medicínou prolínají. A opačně můžeme říci, že zdraví jako argument používáme i v ostatních oblastech jako je zmíněná ekologie, politika, hospodářství a další.

Dnešní medicína překročila hranice oboru a vyžaduje interdisciplinární spolupráci. V roce 2005 publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO) seznam hlavních faktorů, které by mělo každé ministerstvo zdravotnictví brát v úvahu v případě, že chce úspěšně zavést preventivní opatření při riziku šíření choroby (Macfarlane 2005). Z uvedeného dokumentu je patrné, že se zdravotnictví neobejde bez spolupráce s politiky, médii a občanskými sdruženími. WHO přímo doporučuje vyhradit finanční prostředky na dlouhodobější mediální podporu chystaných programů, např. pomocí pravidelných setkání s novináři, placených sloupků v novinách (tzv. advertoriály), případně outdoorové kampaně (billboardy, city-lighty ad.) nebo digitální kampaně na Internetu (bannery, placené články na zpravodajských serverech, ...).

Zdraví je ale straktivním tématem i pro samotné novináře. Americká nadace The Kaiser Family Foundation zveřejnila v červenci roku 2009 zajímavou analýzu amerických médií *Health News Coverage in the U.S. Media*. Zabývali se v ní pokrytím novinek a informací o zdraví, které viditelně v porovnání s předchozími roky stoupá. Podle tohoto výzkumu stoupl v USA podíl zpráv o zdravotnictví a zdraví především díky reportážím o americké reformě zdravotnictví (40,2 %

všech článků o zdraví), prasečí chřipce a potenciálním epidemiím (35,7 %)¹². Zbylá čtvrtina zpráv se věnovala specifickým onemocněním a zdravotním podmínkám obyvatel Spojených států (nejvíce článků bylo publikováno o rakovině, následovala problematika mentálního zdraví, cukrovky a obezity). Tabulka 4.1 přináší výčet deseti hlavních témat v amerických médiích za první pololetí roku 2009. Položku *zdraví (Health)* nalezneme položku na osmé příčce. Také bychom mohli toto umístění interpretovat trochu jinak; oblast zdraví se zařadila do první desítky témat, o kterých se chtěli Američané nejvíce dozvědět. Kdyby tomu tak nebylo, asi by tematiku zdraví a zdravotnictví šéfredaktori nezařadili do výběru hlavních zpráv. The Kaiser Family Foundation ve své studii dále uvádí, že se oproti předchozí sledované etapě (leden 2007 – červen 2008) jedná o 36% nárůst mediálních výstupů na téma zdraví.

Tabulka 4.1 Deset hlavních témat v amerických médiích (leden – červen 2009)

1. Economy/Economics ekonomie/finance	13,5 %	6. Crime zločin, kriminalita	6,5 %
2. Government Agencies/Legislatures vládní agenda/legislativa	12 %	7. Campaigns/Elections/Politics kampaně/volby/politici	6,1 %
3. Foreign zahraničí	11,1 %	8. Health zdraví	4,9 %
4. U.S. Foreign Affairs zahraniční politika USA	9,2 %	9. Domestic Terrorism terorismus v USA	3,6 %
5. Business obchod	9,1 %	10. Lifestyle životní styl	2,7 %

Zdroj: Health News Coverage in the U.S. Media (2009)

Zpráva Nadace Kaiserových nepřímě potvrzuje úvodní tvrzení této kapitoly o vyvázanosti medicíny z její izolace. Američtí novináři věnovali nejvíce pozornosti reformě zdravotnictví, která přesahuje do sféry politiky, financí a obchodu, vzdělávání. Hrozba epidemií se netýká pouze lékařů a zdravotnických středisek, ale zaměstnala i armádu, policii a samozřejmě se dotkla i obchodu a diplomacie. Farmaceutické firmy lobbowały za své vakcíny a sekundárně můžeme pozorovat vznik samostatných divizí výzkumných, reklamních a PR agentur

¹² Health News Coverage in the U.S. Media (2009)

zaměřených na oblast zdraví a zdravotnictví (CommonHealth, Consumer Health Sciences, Euro RSCG Life, Grey Healthcare, Ogilvy Healthworld, Young & Rubicam Health, imap Research ad.).

Následující kapitoly shrnují nejčastější okruhy mediálních výstupů o zdravotnictví. Začátek jednotlivých okruhů uvozují výběry titulů článků a reportáží k daným tématům publikovaných za období 30 dní od 20. 9. 2010 do 20. 10. 2010. Nejedná se o kompletní výčet všech zveřejněných titulků, spíše o jakési shrnutí událostí a témat, která k jednotlivým oblastem patří. Přestože v České republice nemáme provedený průzkum hlavních témat v českých médiích, i tak je z ukázek v této práci patrné, že se články se zdravotnickou tematikou objevují v českých médiích téměř denně.

4.1 Moderní medicína a vztah k životnímu prostředí

Tituly článků na ukázkou

Koalice slibuje čistší vzduch, tuto zimu to nestihne (P. Baroch - Aktualne.cz, 13. 10. 2010)

Moderní stát má chránit životní prostředí, burcuje Rath (J. Hroník - Parlamentí Listy, 29. 9. 2010)

Měření potvrdilo zvýšené zdravotní riziko u objízdných tras nedokončené D8 (A. Pelikán – Právo, 29. 9. 2010)

Ekologie připisuje velký význam sociálnímu okolí: *naše okolí není jen traumatizujícím a leckdy patogenním. Pro společenského tvora, jakým je člověk, skrývá nenahraditelné uzdravující stimuly, jež je nutno brát v úvahu při zvažování pojmu zdraví* (Křížová 1993: 28). V souvislosti s ekologií jsme již v předchozích kapitolách zmínili jména Becka, Giddense, Lashe i dalších. Již Římský klub v 70. letech poukazoval na souvislost mezi zdravím a globálními problémy.¹³ A na potřebu

¹³ **Římský klub** (dále jen **ŘK**) je mezinárodní organizace, která sdružuje vědce, veřejné činitele a lidi z podnikatelských kruhů, kteří jsou znepokojeni perspektivami vývoje lidstva. ŘK vznikl na jaře 1968, kdy italský ekonom, prognostik a manažer (člen vedení Fiatu) Aurelio Peccei pozval třicet významných osobností zabývajících se globální problematikou na konferenci do Říma. V rámci diskuse zde bylo rozhodnuto

spolupráce medicíny s ekologií, zemědělstvím, politikou a ekonomikou upozornil objev civilizačních nemocí¹⁴. Do medicíny vstoupila kategorie chování, motivů, životního a pracovního stylu (zobecněno: sociologie, psychologie, sociální psychologie, pedagogika).

Šetrnost k životnímu prostředí je kromě jiného oblíbeným komunikačním motivem řady společností. Každého asi napadne IKEA. Ale kromě těch, u kterých bychom takový přístup zřejmě očekávali, vzpomeňme například kampaň Coca-coly z roku 2009, která spotřebitele ubezpečovala, že všechny použité ingredience v nápoji jsou přírodní, bez umělých přísad a kyseliny fosforečné. Na reklamách v časopisech a na billboardech jsme si mohli prohlédnout obrázek nápoje ve skleněném obalu, o stáčení nápoje do plastových lahví typu PET ani zmínka. A pokud bychom navštívili stránky Ostravsko-Karvinských dolů (www.okd.cz), hned druhá záložka hlavního menu (za záložkou „O nás“) nese název „Životní prostředí“, kde firma dopodrobna obhájí svou činnost a vysvětluje program rekultivace poškozené krajiny. Stejně tak Unipetrol se na hlavní stránce www.unipetrol.cz chlubí logem programu Responsible Care s popisem *Politika odpovědného podnikání v chemii a integrovaného systému řízení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ochrany životního prostředí a jakosti*.

o založení mezinárodní organizace (ŘK), která se bude do budoucna soustavně zabývat globálními krizovými procesy (www.clubofrome.org).

¹⁴ *Civilizační choroby jsou skupinou onemocnění, která se spíše než popisem vymezuje výčtem chorob. Za **civilizační choroby** se označuje: AIDS (HIV), cévní onemocnění, předčasná ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, hypertenze, obezita, diabetes mellitus, nádory, předčasná stárnutí, syndrom vyhoření, zánětlivá revmatická onemocnění kloubů, předčasná porody a potraty, některé vrozené vývojové vady nervového systému novorozenců, deprese, demence včetně Alzheimerovy choroby, chronický únavový syndrom, zácpa, únava, stres (http://cs.wikipedia.org/wiki/Civilizační_choroba).*

4.2 Moderní medicína a politika

Tituly článků na ukázkou

Hradišští lékaři se přidávají k výzvě Děkujeme, odcházíme (M. Lapčík - Deník, 13. 10. 2010)

Julínkova reforma byla rychlá až moc (B. Minksová – Lidové noviny, 1. 10. 2010)

ODS: Reforma zdravotnictví je pomalá (J. Syslová – zdravotnickenoviny.cz, 7. 10. 2010)

Reformě zdravotnictví se nedaří. Nikoho nezajímá (M. Riebauerová – MF Dnes, 2. 10. 2010)

Jednou z možností, jak může stát stimulovat fyzickou kondici občanů, je podpora jejich zdraví, zavádění preventivních programů a pobídek k aktivnímu životnímu přístupu. Při propagaci uvědomělého přístupu ke zdraví se často zmiňují preventivní prohlídky, které v člověku podvědomě vyvolávají pocit potenciálního pacienta a nutí ho si uvědomovat, že nemoc je nežádoucí stav. Smyslem samotné prohlídky je samozřejmě především ochrana zdraví pacienta, ovšem stejně tak snaha odhalovat nemoci v raném stádiu a do budoucna snížit náklady spojené s léčbou (viz tabulka 4.2). Zvláště léčba chronických onemocnění je zdoluhavá a finančně se státu prodraží. Změnu postoje pacientů k návštěvě ordinace přineslo i zavedení poplatků ve zdravotnictví (podrobněji v příloze 3). Podobně jako při nákupu zboží či služeb pacient pociťuje právo získat za své peníze adekvátní servis. Zároveň se mu nechce „utrácet“ za zbytečné návštěvy lékaře, proto na sebe dobrovolně přebírá vyšší míru zodpovědnosti za své zdraví a více se o něj začne zajímat. Oklikou jsme se tedy opět dostali ke zdrojům informací o zdraví, které z velké míry přinášejí média.

Ještě po druhé světové válce mezi chorobami dominovala onemocnění infekčního původu (Šíma 2003: 443 - 445). Dnes jsou pro vyspělé státy typické **nemoci chronické**, které často doprovází život nemocného natrvalo, a také díky médiím se z pacientů též často stávají „experti“ svých chorob. Chronické nemoci překvapivě způsobují mnohem závažnější sociální dopad než nemoci infekční (Beck 2004: 330). Vyřazují totiž pacienta (někdy i jeho rodinné příslušníky) na delší dobu ze zaměstnání, prohlubují jeho sociální izolaci a zatěžují zdravotnický systém dané krajiny. Někteří volí záměrný únik do nemoci, aby se například vyhnuli propuštění nebo řešení náročné situaci na pracovišti. Srovnání 32 vyspělých západních států prokázalo, že o zdraví národa nerozhoduje absolutní výše státního příjmu, ale způsob jeho (re)distribuce mezi občany. Výskyt

chronických onemocnění byl brán jako jeden z indikátorů špatného fungování sociální politiky zkoumaných národů.¹⁵ Podle jiného průzkumu, společnosti ACNielsen, se Češi bojí hlavně o své zdraví a politickou stabilitu země. Zatímco na celém světě se vývoje svého zdraví obává 18 % respondentů, Česko s 32 % dopadlo nejhůře (ČTK 11. 9. 2006).

V době před schválením české reformy zdravotnictví zavádějící poplatky, provedl Sociologický ústav AV ČR průzkum (Bayer, I. a kol. 2006), jak se Češi staví k reformě zdravotnictví a jaký mají názor na problémy zdravotnictví a jeho financování. Dvě třetiny respondentů vyjádřily nespokojenost se stavem českého zdravotnictví; a to zejména v oblasti financování veřejného zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven. Potřebu reformy podpořily čtyři pětiny dotázaných. Avšak všechny návrhy finanční spoluúčasti pacienta se setkaly s většinovým nesouhlasem; pouze s jednorázovým poplatkem za recept souhlasila polovina respondentů (Bayer, I. a kol. 2006). Význam politiky můžeme sledovat v otázkách zdravotnictví, jelikož postoj k reformám byl diverzifikován podle politických preferencí respondentů. U tohoto výzkumu je zajímavá poznámka SOÚ, že pouze 4 % dotázaných neuměla odpovědět, zda jsou spokojeni s českým zdravotnictvím. SOÚ tuto skutečnost vysvětluje tím, že zdravotnické reformy byly v daném období nejmedializovanější oblastí a 96 % obyvatel České republiky si dokázalo vytvořit a interpretovat vlastní názor na chystané změny ve zdravotnictví. Z vlastní zkušenosti bychom asi mohli potvrdit, že téma reformy zdravotnictví se opravdu stalo jedním z klíčových během krajských voleb v roce 2008.

Tabulka 4.2 Regulační poplatky

Celkový finanční dopad poplatků v roce 2008 (v mil. Kč)

	Vybrané poplatky	Odhad úspor
Ambulantní služby	1 801	1 250 (ušetřeno 4,15 miliónu klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2 437	3 630 (zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů). Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů (zamezení růstu doplatků -

¹⁵ Wilkinson, R. G. (1997, cit. in: Šolcová, I., Kebza, V.; 2000)

		kompenzování růst cen vzhledem k inflaci)
Pohotovost	107	0 (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679	165 (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
Celkem	5 024	5 045

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

Reformy zdravotnictví, případně otázka liberalizace zdravotnictví, se také staly pravidelnou součástí předvolebních témat většiny zemí. V médiích se dočteme o zahraničních i tuzemských soukromých nemocnicích nabízejících zajímavou pracovní alternativu pro zdravotníky zvažující opustit svou zemi nebo státní nemocnice. Problém „**brain - drain**“, odchod kvalitních lékařů, samozřejmě snižuje úroveň poskytované péče (např. *Čeští lékaři odcházejí často pracovat do zahraničí* – ČRo 6, 13. 1. 2010; *Přidejte nám, nebo odejdeme, hrozí nemocnicím lékaři* – MF DNES, 20. 5. 2010; *V nemocnicích chybí lékaři, další jsou připraveni odejít* – zdn.cz, 20. 5. 2010; *Každý rok odchází více než 200 lékařů* – HN, 8. 10. 2010).

4.3 Moderní medicína a hospodářství

Tituly článků na ukázkou

První se zvýší poplatek za den v nemocnici, další změny přijdou později

(J. Syslová – MF Dnes, 7. 10. 2010)

Heger: Pětina peněz ve zdravotnictví se utratí neefektivně (bez autora - ČTK, 26. 9. 2010)

Operace na dluh (D. Dostál – Profit, 11. 10. 2010)

Heger chce omezit využívání špičkové techniky ve zdravotnictví

(V. Sedláčková – ČRo1, 19. 10. 2010)

Je paradoxní, že nechceme platit za zdraví (T. Kubelka – Deník, 9. 10. 2010)

Měření potvrdilo zvýšené zdravotní riziko u objízdných tras nedokončené D8 (A. Pelikán – Právo, 29. 9. 2010)

Špatná zpráva o českém umírání (K. Balajová, EURO – 18. 10. 2010)

Poskytování zdravotní péče se v evropských zemích stává jedním z největších odvětví ekonomiky a celosvětově rostou výdaje na zdravotnictví rychleji než národní důchod. Zdravotnictví je proto označováno za „**nejinflačnější faktor hospodářství**“ (Křížová 1993: 49). Výzkum a specifikace medicíny vyžaduje nejenom nákup stále dražších přístrojů, ale celkově dochází ke zvyšování nákladů na provoz moderního zdravotnického zařízení. Celkové výdaje na české zdravotnictví se dlouhodobě pohybují okolo 7 % HDP (Wang 2010), což nemůže pokrýt veškeré náklady spojené s péčí o pacienty. Rostoucí životní úroveň, prodlužování délky života a nízká porodnost způsobují tzv. „stárnutí populace“, vyvolávají obavy týkající se dostatečnosti zdrojů, jejich způsobu využití, spravedlivosti, výkonnosti a efektivnosti zdravotní péče. Stejně tak ale vyvolávají potřebu reforem v oblasti zdravotnictví, které se dotkne celé společnosti.

Příčiny vzestupu výdajů ve zdravotnictví můžeme formulovat následujícím způsobem:

- 1) rozvoj moderní technologie (dražší přístroje, diagnostická a terapeutická zařízení)
- 2) rozvoj farmaceutického průmyslu
- 3) zdravotních systémy (politika „bezplatné“ péče)
- 4) soustředění péče do nemocnic
- 5) „medicinalizace života“ (medicína reguluje početí, porody; ústavní péče o staré, handicapované a umírající lidi; sport; problematika alkoholismu, návykových, sexuálních onemocnění aj.)
- 6) demografické změny

Od 70. let nutí neustálý nárůst nákladů všechny státy přehodnotit svou zdravotní politiku. Tyto změny samozřejmě upravují i tradiční návyky společnosti, která by se měla umět orientovat v platných vyhláškách, pochopit nově zaváděná pravidla a přizpůsobovat se jim. Shrňme si v bodech základní strategii zdravotní politiky většiny vyspělých států:¹⁶

- 1) **odklon od hospitalizace** – omezit nadbytečnou hospitalizaci či ji zkrátit na nezbytně nutnou (přechod od „*in-patient care*“ k „*out-patient care*“). Nemocný zůstává v domácím prostředí, dochází do ambulancí, poliklinik či stacionářů.
- 2) soustředění **péče do „první linie“** (praktičtí lékaři) a podpora ambulantní péče
- 3) **podpora samoléčby, sebepéče** - za podpory lékárníků (doporučení volně prodejných léků), fyzioterapeutů (bolest kloubů, hlavy, žil; nachlazení, zažívací obtíže, poruchy spánku, únava, nevolnost, nervozita), alternativní medicína

¹⁶ WHO: Health for All (zdraví pro všechny)

Schéma: Podpora samoléčby a sebezpěče

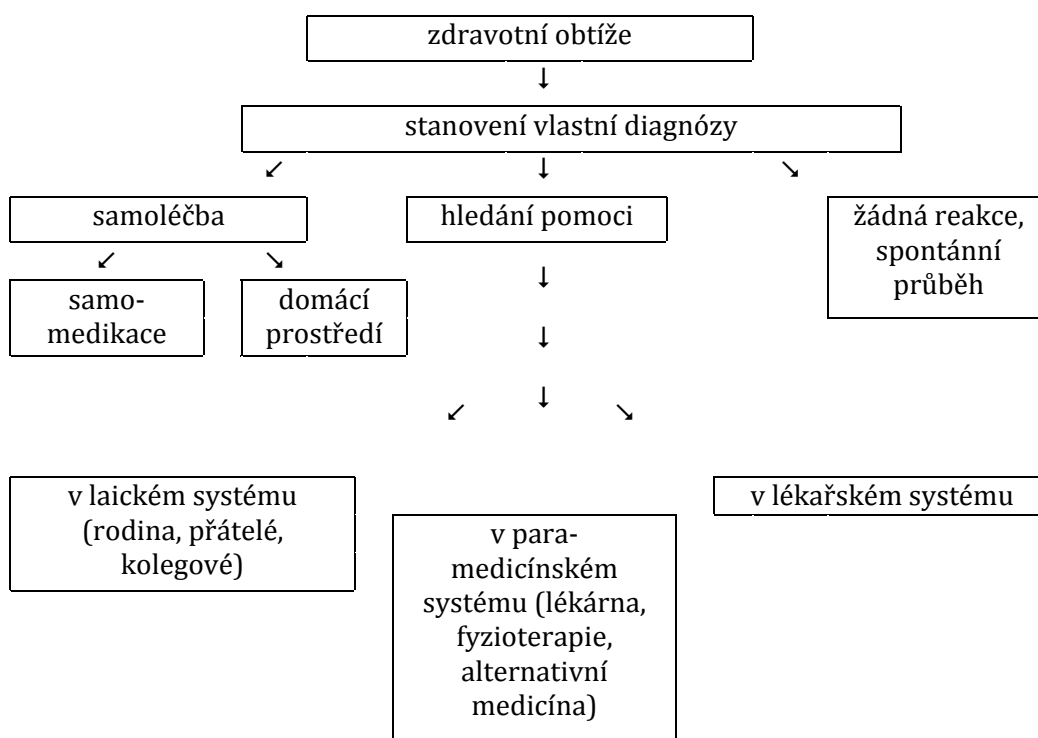


Schéma - Křížová 1993: 57

- 4) podpora extramurální **mimonemocniční péče a péče v domácnosti** – při zdravotních obvodech jsou organizována centra ošetrovatelské péče se zdravotními sestrami a pečovatelkami (tím jsou známy zejména severské země). Roli zde hraje koordinované propojení zdravotnických a sociálních služeb.
- 5) **podpora preventivních programů, účinná zdravotní výchova**. Obecně platí zásada, že kdo se o své zdraví stará včas a adekvátně sám, ušetří peníze na zdraví ostatních
- 6) vytvoření nového interdisciplinárního oboru – **zdravotnický management**; specialisté pro sféru řízení a organizace moderního zdravotnického systému
- 7) revize zdravotnických systémů směrem k liberalizaci formy zdravotní péče financované z nestátních zdrojů (handicapovaní, závislí, psychicky nemocní, staří lidé atd.)

4.4 Kritika moderní medicíny

Tituly článků na ukázkou

Na čekací listině umírá až 30 % pacientů (F. Lutonský – ČT24, 8. 10. 2010)

Pardubická nemocnice získá špičkové přístroje. Pacientům se zkrátí čekání

(D. Půlpán – MF Dnes, 24. 9. 2010)

Buňky z embryí začaly léčit (E. Hníková – Lidové noviny, 17. 10. 2010)

Se zoufalstvím a slzami starých lidí se jako lékárník setkávám často

(P. Kulička – Britské listy, 19. 10. 2010)

Peníze za altruismus (M. Vácha – Lidové noviny, 1. 10. 2010)

Dosud jsme se věnovali především funkčnímu popisu oblasti zdraví a jejímu napojení na ostatní vědní disciplíny. V tomto celku se zaměříme na některé nedostatky moderní medicíny, co na ní společnosti překáží. Pokud média přinášejí informace z oblasti medicíny, v zásadě bychom se mohli pokusit jejich zprávy seskupit do třech skupin:

1. **technická úroveň provozů** (zdravotnická zařízení, laboratoře, zabezpečení apod.)
Vývoj medicíny již předběhl tempo, jak je společnost schopna pochopit a začlenit vědecké novinky. Strukturu vědeckého „pokroku“ popsal Ulrich Beck: *„Kritická veřejnost musí teprve dodatečně – tváří v tvář profesnímu optimismu malého cechu specialistů na lidskou genetiku, kteří nemají žádný vliv a plně se soustředí na své vědecké záhady – vznášet otázky, jaké jsou cíle, důsledky, hrozby atd. této tiché sociální a kulturní revoluce“* (Beck 2004: 334)? Vytvořila se zde nerovnováha mezi vnějšími diskusemi a kontrolami a vnitřní definující mocí medicínské praxe. Nové poznatky zároveň bývají zneužívány ke komerčním účelům soukromých společností, které potřebují zhodnotit investice vložené do počátečního výzkumu.
2. **expertní úroveň** (diagnostika, exaktní vyhodnocování nálezů, speciální zákroky atd.)
K výrazným kritikům vyspělé medicíny patří, již zmíněný, americký sociální filosof **Ivan Illich**.¹⁷ Ztráta schopnosti moderního člověka postarat se o vlastní potřeby

¹⁷ V roce 1976 vydal Ivan Illich knihu *Medical Nemesis*, ve které kritizuje soudobý stav medicíny. První tři kapitoly jsou věnovány klinické, sociální a kulturní iatrogenii. *Iatros* znamená v řečtině lékař a *termín*

a profesionální odcizení se lékařského systému se nazývá **sociální iatrogenézí** (iatros – řec. lékař). Člověk se odevzdává lékařům, rezignuje na pozici kompetentní osoby a své „porouchané“ tělo prostě svěří do „servisu“: „Společenství lékařů se stalo hlavním nebezpečím pro zdraví člověka. Lidé se stali závislími v otázkách života na profesionálně poskytované zdravotní péči, která rozhoduje i o morálních otázkách a osudu člověka, aniž by k tomu měla vždy dostačující technické a vědomostní předpoklady“(Illich 1975: 9). Illich naráží na problém, že důsledky nových technik mohou být konkrétně a s empirickou jistotou popsány až po své realizaci.

3. **humánní úroveň**; tedy vše, co nemůžeme nahradit přístroji (etika lékařského povolání, empatie lékařů, psychoterapeutický aspekt léčby, péče o pacienty, vstřícnost ošetrovatelského či lékařského personálu atd.).

Poslední zmíněný okruh je oblíbeným u novinářů a ti rádi publikují a šokující zprávy, které jsou smutné a často nepříjemné jak pro soukromé subjekty, tak pro lékařský personál. Hovoříme o tzv. iatrogeních onemocnění, tedy klinický stav pacienta zapříčiněný (Křížová 1993: 36):

1. **činností lékaře**: mylná diagnóza, špatně provedený zákrok, špatná medikace, nevhodný psychologický postup ad. (záměna dětí v porodnici, sterilizace romských matek v Ostravě, amputace zdravé ledviny, ...),
2. **vedlejšími účinky léků**: kontraindikace, nevhodná kombinace léků (alergie pacienta na určitý lék, ztráta vědomí, ...),
3. **působením zdravotnických zařízení**: nedostatečná hygiena prostředí, sterilizace materiálu, psychický stres při hospitalizaci, hospitalizační syndrom atd. (šíření infekcí v nemocnicích, zašité operační nástroje v břišní dutině, psychické újmy jako důsledek špatné komunikace s pacienty, odmítnutí příjmu pacienta do zdravotnického zařízení...).

iatrogenie se používá pro poškození pacienta zaviněné lékařem. Lékař může zkomplikovat příznivý průběh nemoci nebo ztížit terapii nevhodným jednáním, někdy i slovem, zanedbáním psychosociálních informací o etiologii choroby, neurotizací nemocného předčasným ulpěním na somatických příznacích apod.“ (Kapr a Koukola 1998: 29 - 31).

4.5 Přístup Čechů ke zdraví a zdravotnictví

Tituly článků na ukázkou

Lékaři na Karlovarsku připravují výpovědi (A. Brušík – ČT24, 19. 10. 2010)

Heger chce regulovat vstup nových technologií do zdravotnictví (bez autora – ČTK, 20. 10. 2010)

Je paradoxní, že nechceme platit za zdraví (T. Kubelka – Deník, 9. 10. 2010)

Ztráta zdravotních pojišťoven se v pololetí zvýšila na 5,44 mld. (bez autora – ČTK, 19. 10. 2010)

Neoperujeme, peníze už došly (M. Charousková – Deník, 20. 10. 2010)

Ve zdravotnictví chybí miliardy. Pojišťovny hledají, kdo je přinese (J. Vlková – MF Dnes, 29. 9. 2010)

Infarktů ubývá, novou hrozbou je Alzheimerova choroba (L. Petrášková – MF Dnes, 27. 9. 2010)

Za léky utrácíme čím dál více a nejsme vůbec zdravější, vadí Rathovi

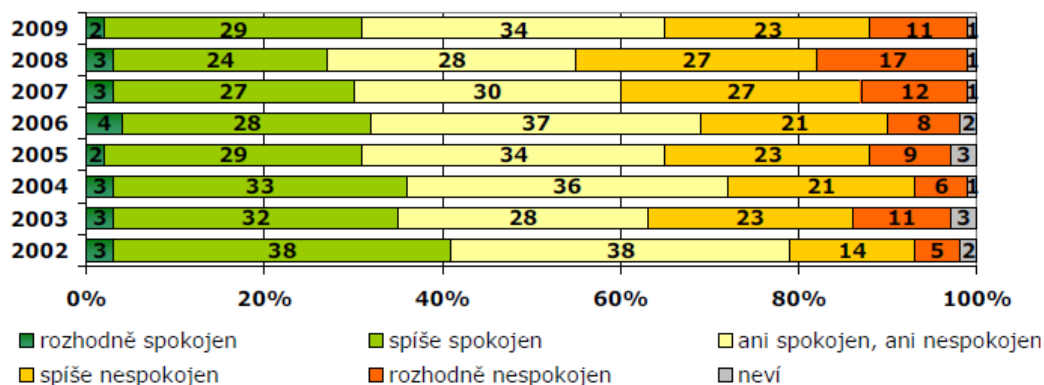
(M. Polák - Parlamentní Listy, 16. 10. 2010)

Lidé nemarodí, bojí se o práci (B. Minksová – Lidové noviny, 15. 10. 2010)

České zdravotnictví prochází po revoluci náročným vývojem. Po čtyřiceti letech státního systému nyní prožívá překotné změny ve snaze dohonit úroveň zemí západní Evropy. Ty se ale odehrávají velmi rychle, nedokonale, a jejich pochopení nebývá jednoznačné, což vyvolává smíšené reakce veřejnosti. Významná česká psychoanalytička Jana Kocourková na jednom semináři stav českého zdravotnictví příznačně označila jako „**zdravotnický průmysl**“. Podle socioložky Zuzany Parusnikové se zase medicína přeměnila v jakýsi **zdravotně-průmyslový komplex**. Jedná se opravdu o jakýsi neustálý střet nabídky a poptávky, kterou ovlivňuje více či méně dokonalá konkurence jednotlivých zájmových skupin. Lékaři jsou z jedné strany limitováni nedokonalým zdravotním systémem (*viz předchozí kapitola*), mimořádně silným vlivem centrálních institucí spojenou s dominancí Všeobecné zdravotní pojišťovny a z druhé strany se snaží vyvarovat silnému lobby farmaceutických firem. Pozor si musejí dát i před médii, která chtějí čtenářům přinášet lákavé, a ještě lépe kontroverzní, novinky a často neobjektivně zasahují a informují o lékařských kauzách, chybné medikaci nebo nezdařilých zákrocích. Ale i přes problémy, se kterými se české zdravotnictví potýká, bychom měli uvést, že obyvatelé České republiky jsou ve srovnání s ostatními zeměmi středoevropského regionu (ČR, Maďarsko, Polsko, Slovensko) nejspokojenější se svým zdravotním systémem. Poslední mezinárodní srovnání proběhlo v roce 2005 a 34 % Čechů tehdy vyjádřilo spokojenost (Horáková 2005: 2). Ta se u Čechů s mírným poklesem udržuje dodnes (*viz graf 4.1*).

Graf 4.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR (v %)

Otázka: Jak jste obecně spokojen se zdravotním systémem v ČR?

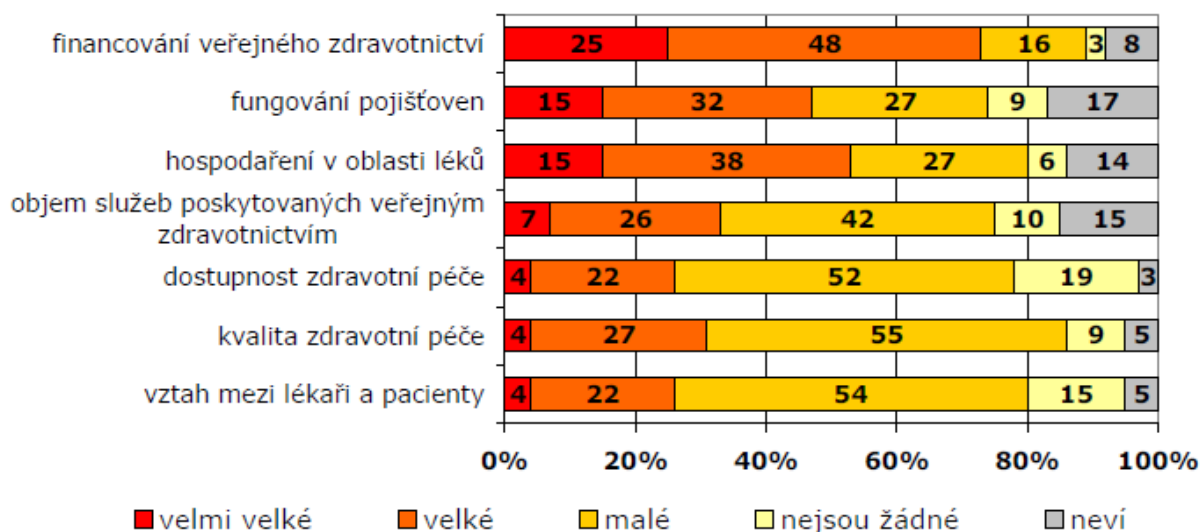


Zdroj: Červenka 2010: 1

Podle jiného průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění jsou se zdravotní péčí spokojení zejména mladí lidé ve věku 15 – 19 let. Svůj vlastní stav hodnotili občané v roce 2009 poměrně příznivě; 57 % jej považuje za dobrý, 16 % za velmi dobrý, 27 % jej hodnotí neutrálně a 15 % shrnulo svůj zdravotní stav jako špatný (Tabery 2010: 3). Pro tuto práci byla ale bezesporu zajímavější zjištění o informovanosti a angažovanosti pacientů v záležitostech vlastního zdravotního stavu a jak přistupují k léčbě svých onemocnění. Mírně totiž převažuje názor, že nemocní mají dostatek informací o zdravotním stavu a možnostech léčby – myslí si to zhruba polovina občanů. Ovšem rozhodnou variantu odpovědi zvolilo pouze 7 % dotázaných. Dvě pětiny byly opačného názoru a desetina populace se nedokáže k této otázce vyjádřit: *Při posuzování dostatku či nedostatku informací od zdravotnického personálu se největší odlišnosti projevíly z hlediska životní úrovně a zdravotního stavu. Lidé s dobrou životní úrovní si mnohem častěji než ostatní (ani dobrá, ani špatná a špatná životní úroveň) myslí, že informací je k dispozici dostatek, naopak občané označující svou životní úroveň jako špatnou se ve větší míře přiklánějí k tomu, že informování o zdravotním stavu a možnostech léčby ze strany lékařů je nedostatečné. Podobné obyvatelé považující svůj zdravotní stav za dobrý si myslí, že údajů je poskytováno dostatečné množství. Ti, kteří vidí svůj zdravotní stav jako špatný, soudí, že nikoliv*“ (Tabery 2010: 5).

Tabulka 4.3 Jaké problémy jsou v následujících oblastech zdravotnictví (v %)

Otázka: Jsou podle Vás problémy v následujících vybraných oblastech?



	2006	2007	2008	2009
Financování veřejného zdravotnictví	77/12	80/10	74/16	73/19
Fungování pojišťoven	58/22	56/23	47/33	47/36
Hospodaření v oblasti léku	63/22	61/21	49/34	53/33
Objem služeb ve veřej. zdravotnictví	37/44	38/44	39/44	33/52
Dostupnost zdravotní péče	30/66	34/63	33/65	26/71
Kvalita zdravotní péče	36/58	30/65	38/58	31/64
Vztah mezi lékaři a pacienty	23/70	27/69	26/70	26/69

Pozn.: Údaje v tabulce reprezentují procentuální součty podílů „velmi velké“ + „velké“ / „malé“ + „žádné“ problémy.

Zdroj: Červenka 2010: 2-3

Srovnávací tabulka ukazuje, že občané vnímají jako nejvíce problematickou oblast financování veřejného zdravotnictví a fungování pojišťoven. Kromě kategorie „Vztah mezi lékaři a pacienty“ zaznamenaly všechny oblasti v meziročním srovnání pokles nespokojených reakcí, a naopak růst kladných postojů respondentů. První tři uvedené oblasti v tabulce prošly výrazným poklesem negativního hodnocení mezi lety 2007 a 2008. Tento jev zřejmě souvisí se zavedením reformy tehdejšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Nejmenší potíže byly podle Čechů v oblasti dostupnosti zdravotní péče a ve vztahu mezi lékaři a pacienty. Můžeme odhadovat, že výsledky za rok 2010 zřejmě nepotvrdí růst kladných postojů veřejnosti kvůli probíhající reformě a škrtech ve zdravotnictví. V čem se ale lišíme oproti jiným, vyspělým státům? Socioložka Eva Křížová to vysvětluje takto: „Zatímco v západní Evropě a USA se prosazuje laicizace zdravotní péče a oživení schopnosti soudobého člověka podílet se na zdravotní péči o sebe sama, u nás je

pojetí individuální odpovědnosti za zdraví chápáno jako možnost sankcionovat nemocného v případě, že vzbudí podezření, že si nemoc způsobil vlastním chováním“ (Křížová in Sociologický časopis, 1997: 509).

J. Naisbitt ve své knize *Megatrends (Ten New Directions Transforming Our Lives)* nazval sedmou kapitolu „*Od institucionální pomoci ke svépomoci*“. Mnoho let jsme byli zvyklí vnímat velké sociální instituce (školy, nemocnice, ...) jako jedinou správnou záštitu. Stále více se však učíme pomoci si s uzdravením sami. Přestáváme zcela odevzdaně spoléhat na společnost a pociťujeme, že svůj osud si řídíme z valné části bez pomoci druhých. Vrátime-li se ke zdravotnictví, lékař přestává být chápán jako všemocný zachránce a my znovu začínáme důvěřovat (ostatně jako dříve) svým instinktům a zdravému rozumu. Lidé se učí samostatně pečovat o stav svého zdraví (Kapr a Koukola, 1998) a v moderní medicíně se proto hovoří o problematice **laické péče, svépomoci, samoléčby**. Lidé vyhledávají informace sami a snaží se léčit svépomocí, případně nakoupí medikamenty ve volném prodeji a podle vlastního „uvážení“ je nasazují a kombinují. Podle nedávno přijaté novely zákona jsou první tři dny nemocenské neplacené, což opět pobízí k samoléčbě bez návštěvy lékaře. Tento trend svépomoci potvrzuje graf 4.2 i výsledky z kapitoly 4.6 o vzrůstajícím objemu nákupu léku určených do volného prodeje. Přidejme ještě jako doplněk výsledky naší ankety. Porovnáme-li četnosti následujících dvou otázek (viz tabulka 4.4 a 4.5), přes polovinu dotázaných navštívilo během roku lékařské středisko 2–5x, ovšem informace na internetových stránkách se zdravotní tematikou vyhledávali daleko častěji.

Tabulka 4.4 Osobní porady

<i>Jak často jste zvyklý/á probírat zdravotnická témata a informace o zdraví s těmito osobami?</i> (viz příloha 2, otázka 12)					
Osoby	Frekvence aktivity (%)				
	<i>hodně často</i>	<i>celkem často</i>	<i>občas</i>	<i>málokdy</i>	<i>nikdy</i>
Rodiče	15,6	21,8	35,1	19,4	8,1
Ostatní příbuzní	4,2	9,9	30,7	42,5	12,7
Přátelé, známí, kolegové	7,1	15,6	47,6	26,9	2,8
Lékaři, zdrav. personál	14,2	18,9	36,8	24,5	5,7

Zdroj: anketa- viz příloha 2

Graf 4.2 Trend samoléčby



Zdroj: Bartošová, V.: Máme ruce svázané. In: Marketing&Média, 27. 8. 2009

Tabulka 4.5 Návštěva lékaře a vyhledávání na Internetu

(a) Zhruba kolikrát jste v uplynulých 12 měsících navštívil/a lékaře (včetně polikliniky, nemocnice)?

(b) Odhadnete, kolikrát jste si za uplynulých 12 měsíců přibližně hledal/a informace na internetových stránkách se zdravotní tematikou?
(viz příloha 2, otázky 17 a 18)

Intenzita	(a)	(b)
Vůbec	6 %	14,5 %
jednou	20 %	10 %
2 – 5x	51 %	32 %
6 – 10 x	14 %	19 %
více než 10x	9 %	22 %

Zdroj: anketa- viz příloha 2

Tendenci k samostatnému pečování o vlastní zdraví potvrzuje ještě jedna otázka ankety. Respondenti se dopředu připravují na návštěvu lékaře a jen zhruba čtvrtina (25,8 %) dotázaných přijde do ordinace, aniž by si zjišťovala informace dopředu. Katz a Lazarsfeld

vypracovali teorii tzv. dvoustupňového průběhu komunikace, spočívající na předpokladu, že mnohá sdělení se k příjemci dostanou prostřednictvím zprostředkovatelů (opinion leaders). Pomineme-li „neživotný“ Internet, který účastníci ankety uvedli jako hlavní zdroj informací, jako usměrňovači názorů nejlépe fungují příbuzní a známí – lékaři. Nejvíce zjišťujeme na Internetu, u příbuzných, známých a známých-lékařů. Z výsledků ankety, kterou jsme provedli (viz příloha 2), také vyplývá, že respondenti jsou zvyklí probírat zdravotnická témata a informace o zdraví právě s vlastními rodiči (37,4 % po sloučení odpovědí „hodně často“ a „často“) a lékaři, příp. zdravotnickým personálem (33,1 %). Zejména otevřenost k rodičům může být překvapující. Bylo by samozřejmě na diskusi, zda takovýto výsledek neovlivnil pouze vzorek účastníků ankety. Bez statisticky validních dat můžeme pouze položit otázku, zda by výsledek nebyl ovlivněn třeba pohlavím respondenta, velikostí místa bydliště nebo třeba firemní kulturou v zaměstnání.

Tabulka 4.6 Znalost nemoci

<i>Kolik toho víte o své nemoci předtím, než jdete k lékaři? (viz příloha 2, otázka 19)</i>		
Faktory	procenta	pořadí
Ptám se příbuzných a známých	54,9	2.
Hledám informace na Internetu	58,7	1.
Nezjišťuji si žádné informace	25,8	4.
Čtu si brožury v čekárně u lékaře	8,5	5.
Hledám informace v novinách a časopisech	2,8	8.
Zjišťuji informace u známých - lékařů	31	3.
Hledám informace v Domácím lékaři	9,9	6.
Jiné způsoby *	5,2	7.

*) Další způsoby, jak respondenti vyhledávají informace	<i>Respondent je sám zdravotník, odborná literatura, příbuzní – lékaři, známí - medikové</i>
--	--

Zdroj: anketa- viz příloha 2

4.6 Ideální a dostupná medicína

Tituly článků na ukázkou

Heger chce poplatky dle finanční situace a ne podle věku (bez autora - ČTK, 25. 9. 2010)

Naděje pro čekatele na transplantaci: orgány získají ze zemí EU (J. Syslová – MF Dnes, 14. 10. 2010)

Kvůli nedostatku peněz budeme déle čekat na operace a brát levnější léky

(K. Štíhová – ČT24, 26. 9. 2010)

Že jste objednaní? To v řadě čekáren u lékařů stále neplatí (J. Janečková – MF Dnes, 25. 9. 2010)

Konec čekání na levné léky ze zahraničí, ministerstvo jim usnadní vstup na trh

(L. Petrášková – MF Dnes, 11. 10. 2010)

Dostupnost zdravotnických zařízení, počet lékařů nebo cenová přístupnost léků patří k tématům, které laická i odborná veřejnost a zdravotníci probírají především v případě nedostatků těchto zdrojů. První takový článek bychom našli už v roce 1991 od profesorky Haškovcové pro týdeník Tvar (Haškovcová 1991). **Ideální medicína** je termín označující takové lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. **Dostupná medicína** je pak termín rezervovaný pro stav praktické praxe, která samozřejmě respektuje postupy *lege artis* (*podle pravidel umění lékařského*), ale která se různou měrou za ideální medicínou opoždí. Od minulého století se opoždění dostupné medicíny zvětšuje. Na první pohled trochu nelogicky, když se objevují nové technologické možnosti výroby. Tím hůře pro nemocné, kteří trpí bolestí a umírají v čase, kdy prostředky proti jejich bolesti a způsoby jejich záchrany jsou špičkovým vědcům již známy, ale jejich uvedení do prodeje ještě musí projít složitým procesem testování. V nelehké situaci se ovšem nacházejí také praktičtí lékaři. Právě oni často rozhodnou, komu bude forma ideální medicíny poskytnuta a komu nikoliv. Tíha odpovědnosti lékařů je v tomto směru vysoká. Tlak na lékaře zvětšují především média, která ve čtenářích-pacientech často vytváří plané naděje, nebo naopak upozorňují na výjimečné případy, kdy nemohla být nemocnému poskytnuta nejlepší možná péče (jedná se především o léčbu rakoviny, AIDS, leukémie, nedostatek specializovaných přístrojů a odborných lékařů atd.). Stanovení pravidel pro rozhodování o poskytnutí přednostní péče nepochybně snižuje napětí, které prožívá lékař při rozhodování. Nejrůznější systémy kritérií tohoto typu bývají nazvány tzv. **matematikou milosrdenství**.

Rozpor mezi úrovní lékařské vědy a disponibilními zdroji jsme již naznačili. Lékař při obdržení lékařského diplomu skládá slavnostní slib, že bude své pacienty léčit *lege artis*, tzn. na úrovni nejnovějších vědeckých poznatků. To ale ve skutečnosti není možné. Lékařská věda poskytuje stále nové poznatky, nové diagnostické i terapeutické metody, ovšem zdroje, které má zdravotnictví k dispozici, zdaleka takovým tempem nerostou. Lékař se tak dostává do rozporu mezi svým svědomím a reálnými možnostmi. To je také zdrojem traumat, která vyvolávají trvalý tlak na získávání dalších zdrojů. Finanční zdroje, které představují největší část na financování českého zdravotnictví, jsou **(1) zdravotní pojišťovny, (2) veřejné rozpočty a (3) domácnosti**. Ostatní uvedené finanční zdroje dosahují v České republice necelá 2 % výdajů na zdravotnictví (Kalnická 2010: 1). Bohužel poslední údaje, které v době vzniku této práce Český statistický úřad poskytoval o financování českého zdravotnictví, končí rokem 2008. Přesto nám ale čísla z předchozích let pomohou pochopit strukturu financování zdravotnictví a v závěrečné kapitole této práce budeme moci na tyto údaje navázat.

Tabulka 4.8 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování 2000 – 2008 (v mil. Kč)

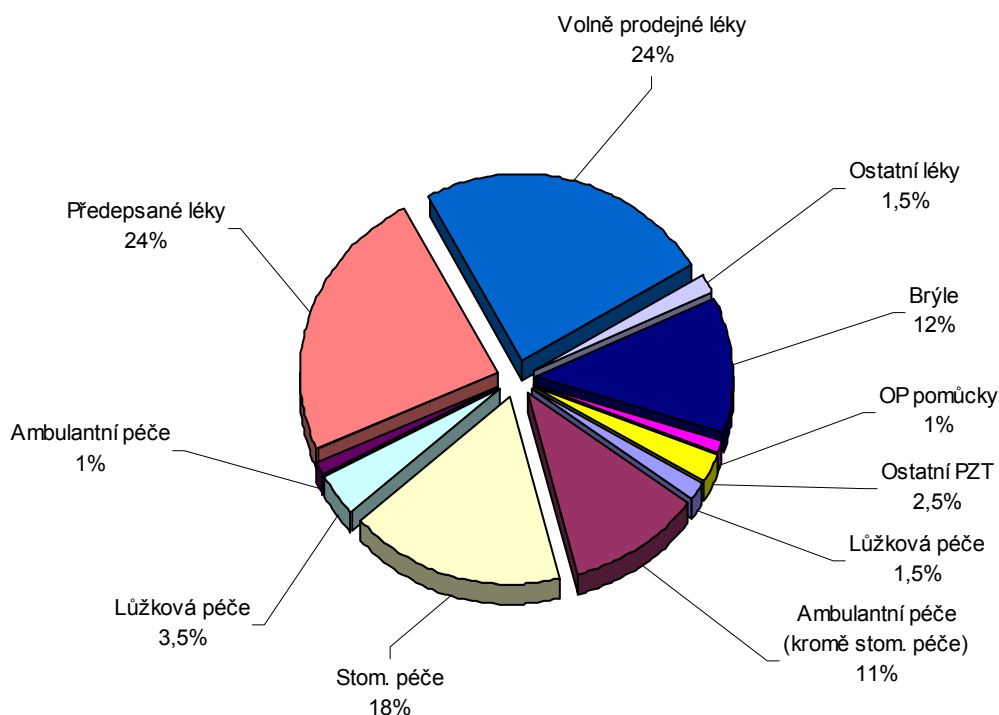
Zdroj financování (ICHA-HF)	2000	2004	2005	2006	2007	2008	Index 2008/2007	Průměrné roční tempo růstu (v %)
1 Vládní výdaje	132 962	184 825	191 356	197 027	206 565	218 719	105,9	6,42
1.1 Veřejné rozpočty	17 170	21 495	21 263	22 828	22 851	21 439	93,8	2,81
1.1.1 Státní rozpočet	8 319	10 485	12 334	14 421	14 199	12 434	87,6	5,15
1.1.3 Místní rozpočty	8 851	11 010	8 930	8 407	8 652	9 005	104,1	0,22
1.2 Zdravotní pojišťovny	115 792	163 330	170 093	174 200	183 713	197 280	107,4	6,89
2 Soukromý sektor	13 873	24 445	27 418	29 783	35 370	45 801	129,5	16,10
2.2 Ostatní soukr.pojištění	-	471	530	482	514	419	81,5	-
2.3 Domácnosti	13 873	20 934	23 110	25 346	31 491	41288	131,1	14,61
2.4 Neziskové instituce ¹⁵	-	2 506	3 172	3 232	2 517	3151	125,2	-
2.5 Korporace	-	534	606	723	848	943	111,2	-
Celkem	146 835	209 270	218 774	226 810	241 935	264 520	109,3	7,64

Zdroj: Kalnická 2010: 1

Z tabulky 4.7 vyplývá, že výdaje zdravotních pojišťoven, které nesou největší zátěž financování zdravotní péče, vzrostly mezi lety 2007 a 2008 o 7,4 %, průměrné tempo růstu od roku 2000 činilo 6,89 %. Výdaje ale vzrostly především domácnostem. Výdaje na zdravotnictví hrazené z veřejného rozpočtu od roku 2007 poklesly o 6,2 % a odpovídaly úrovni z roku 2004. Výdaje domácností ve sledovaném období výrazně vzrostly o 31,1 % a dosáhly zatím historického maxima. Ve vysokém nárůstu se odrazilo především zavedení regulačních plateb ve zdravotnictví (v souladu se změnou zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění) a během roku 2008 bylo regulačními poplatky uhrazeno více než 6 mld. Kč (Kalnická 2010: 3). Zatímco v roce 2000 byly zaznamenány celkové výdaje v hodnotě 13 873 mil. Kč, v roce 2008 již výdaje činily 41 288 mil. Kč, což dokazuje jejich celkový nárůst od roku 2000 téměř o 298 %. Domácnosti každoročně vydávaly největší část prostředků na léky a prostředky zdravotnické techniky (PZT) - 65 % výdajů na zdravotnictví. Léky tvořily největší výdajovou položku z kategorie léky a PZT (77 % výdajů v roce 2008). Od roku 2000 došlo k nadprůměrnému nárůstu výdajů na předepsané léky o 461 % při průměrném ročním tempu růstu 21 %. Největší část výdajů domácností na PZT připadá každoročně na dioptrické brýle - 77 % v roce 2008 (Kalnická 2010: 1 -2). Za zmínku též stojí fakt, že výdaje na předepsané léky jsou natolik rychle rostoucí složkou výdajů domácností, že snižují relativní zastoupení ostatních položek, přestože u většiny z nich dochází k růstu. Ten však není natolik vysoký, aby udržel jejich relativní podíl. Citované údaje vycházejí z volně dostupných dat ČSÚ. Proto je s podivem, že se žádný český novinář nezabýval rostoucími výdaji domácností za zdravotní péči na jedné straně a opakovanými lamenty zdravotních pojišťoven na prohlubující se nedostatek financí na straně druhé.

Pokud bychom se podívali na strukturu poplatků, nejvyšší částky 2 411 mil. Kč (tj. 43,3 % z uhrazených poplatků) dosáhly poplatky za recept. Následovaly poplatky za návštěvu u lékaře v úrovni 1 806 mil. Kč (32,4 %), za hospitalizaci (vč. ústavní a lázeňské péče) ve výši 1 177 mil. Kč (21,1 %) a poplatky za pohotovostní službu ve výši více než 178 mil. Kč (3,2 %). Vyšší poplatky připadly na ženy (610 Kč na osobu a rok) než na muže (456 Kč). Pouze v případě poplatku za pohotovost uhradili vyšší částku muži. Se vzrůstajícím věkem rostly i uhrazené poplatky za recept, návštěvu lékaře a hospitalizaci, naopak poplatky za pohotovost s věkem klesaly (Kalnická 2010: 3). Ve zprávě se dále uvádí, že největší vliv na poptávku po zdravotní péči měly regulační poplatky za pohotovost, kde počet ošetření na pohotovosti klesl o 36 %. Značně se také snížil počet vypsání receptů (o více než 23 %), naopak vzrostl volný prodej léčiv (v mil. Kč) o 11,8 % (Kalnická 2010: 4).

Graf 4.3 Výdaje domácností podle druhu péče v roce 2008



Zdroj: Kalnická 2010: 2

Učinit ideální medicínu dostupnou vždy a všude pro každého není možné, a to nejen z důvodů ekonomických, ale též geografických a mentálních (např. problém dostatečného počtu kvalifikovaných pracovníků). Helena Haškovcová upozorňuje, že problémy rozdílů mezi ideální a dostupnou medicínou pak můžeme ještě dál rozdělit. Nedostupnost některých diagnostických a léčebných postupů může buď výrazně prodloužit dobu léčby, nebo dokonce způsobit smrt pacienta. Chybí-li určitý lék či není-li dostupný indikovaný lékařský výkon, použije lékař jiné, dostupné, i když méně účinné terapie. Řada odborníků používá termín **eutanazie běžného dne**. Stává se, že dostupná medicína nemůže zachránit život člověka a ideální forma péče je nedostupná. Pokusy zvládnout chorobný stav dostupnými metodami jsou odsouzeny k nezdaru. Pro tyto tragické stavy je užíváno pojmu **sociální eutanazie**.¹⁸ Vždy se pak jedná o problém primárně ekonomický, nikoliv etický, který musí řešit celá společnost. Je třeba mít na zřeteli, že

¹⁸ <http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=756>

skutečné řešení problémů ideální a dostupné medicíny lze docílit pouze tím, že se o problémech bude otevřeně hovořit. *„Celospolečenské prostoupení dané problematiky a náležitá informovanost jsou předpoklady účelné a účinné angažovanosti zdravých občanů ve prospěch strádajících“* (Haškovcová, in Tvar, 1991, č. 29, nestr.). Z tohoto důvodu u nás začaly po listopadu 1989 vznikat nejrůznější společnosti a zájmová sdružení pacientů stejné nebo podobné diagnózy, a tudíž i shodných či podobných praktických, psychických i lidských problémů (např. Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, Klub nemocných cystickou fibrózou, Česká alzheimerovská společnost a další). Tato uskupení mají daleko větší šanci na medializaci a upozornit na podmínky těch pacientů, které zastupují.

Co tedy pacientům ve zdravotnictví chybí nejvíce? Zajímavé zjištění v oblasti dostupné medicíny publikovala britská lékařka Gwyn Bevan ze sdružení NHS (National Health Service). Pokud se pacienta zeptáte, co si přeje nejvíce, setkáme se s opakovanou odpovědí „dobrou místní nemocnici“, nikoliv možnost volby nemocnice, výběr termínu léčby, získání dostatku informací o léčbě. Tento výzkum proběhl v dalších osmi evropských zemích, kde naopak svobodná volba poskytovatele praktického lékaře, specialisty a nemocnice byla nejdůležitějším kritériem. Série rozhovorů s britskými účastníky výzkumu vysvětlila jejich postoj. V roce 2002 činila v Británii průměrná čekací doba na zákrok šest měsíců. Britské ministerstvo zdravotnictví proto zřídilo institut poradců (Patient Care Adviser), kteří kontaktovali pacienty zařazené do čekací listiny a nabídli jim alternativní zdravotnická zařízení, kde by jim byl zákrok proveden dříve. Již za dva roky dvě třetiny pacientů čekající na zákrok začali využívat možnosti léčby v jiném zařízení. NHS zopakovalo výzkum a přání „dobré místní nemocnice“ nahradila poptávka po možnosti výběru zařízení, stejně jako v ostatních evropských zemích (Bevan 2007).

4.7 Kvalita zdravotnictví a výběr zdravotnického zařízení

Tituly článků na ukázkou

Oficiální žebříček chybí. HN ho sestavili lékaři (P. Vašek – Hospodářské noviny, 5. 10. 2010)

Rakovinu i srdce léčí nejlépe v Brně (J. Machálková – iHNed.cz, 4. 10. 2010)

Nejlepší lékaři v Česku (V. Rodriguez – seriál magazínu Týden, týdně od 27. 9. do 15. 11. 2010)

Slabé přičky žebříčků kvality (J. Hrstková – iHNed.cz, 5. 10. 2010)

Pacienti v České republice mají, stejně jako v ostatních evropských zemích, právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Na základě vhodných informací může pacient provést volbu a vybrat si, kde se nechá ošetřit. Pro zajímavost, sečteme-li dobu, kterou v roce 2008 strávili čeští pacienti v nemocnicích, získáme hodnotu 2,16 milionů dnů.¹⁹ Veřejně dostupné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických zařízení a jejich odborných útvarů jsou předpokladem. Abychom tedy mohli porovnávat jednotlivá zdravotnická zařízení, potřebujeme mít k dispozici dostatek srovnatelných údajů. Ovšem pacienti dodnes nemají příliš možností, jak mezi sebou jednotlivá zařízení porovnat, protože oficiální žebříček chybí: „*Tvrdá data o kvalitě péče, která by se dala docela dobře srovnávat, přitom mají jak pojišťovny, tak i jednotlivé nemocnice. Ale nechávají si je pro sebe*“ (Vašek a Machálková 2010: 7). To se snaží změnit Národní referenční ústav, který na stránkách www.jaksekdeleci.cz prozatím uveřejnil žebříček českých porodnic a ortopedických zařízení. V roce 2006 nastartoval bývalý ministr zdravotnictví David Rath projekt, který měl porovnat kvalitu poskytované péče v českých nemocnicích. Zatím bylo hodnoceno 50 základních onemocnění a u každého z nich bylo sledováno 26 ukazatelů. Mezi nimi například průměrná ošetrovací doba, procento reoperací, komplikace či náklady získané v nemocnicích. Tento průzkum si však získal řadu odpůrců, protože nebral v potaz, jak těžce nemocní pacienti se v konkrétní nemocnici léčili. Po nástupu dalšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (září 2006) ale k realizaci již nedošlo. Vytváření pořadníků je sice potřebné, ovšem musí být validní. Ministerstvo zdravotnictví by mělo použít korektní metodiku pro srovnávání velkých fakultních nemocnic majících řadu odborných oddělení s vysoce specializovanými ústavami (porodnice v pražském Podolí, onkologický ústav v Motole, plastickou

¹⁹ http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1301.pdf, bez uvedení autora

chirurgii na Vinohradech, vojenskou úrazovou nemocnici ve Střešovicích ad.). Taková zařízení se mají srovnávat s jím podobnými specializovanými zařízeními na světě.

Sestavení takovýchto hodnocení je poměrně obtížné. Zejména volba vhodných kritérií. Kvalitu péče můžeme posuzovat například podle mortality. Jenže velké a specializované kliniky vykazují vyšší úmrtnost mj. kvůli tomu, že jim menší nemocnice odesílají pacienty, s nimiž si samy neumějí poradit. Jiným ukazatelem může být frekvence výkonů. Například v oboru chirurgie je nejčastějším zákrokem operace slepého střeva. Podle toho, kolik takových operací lékaři udělají, se usuzuje, jakou má nemocnice klinickou zkušenost. Můžeme se ale domnívat, že takováto srovnání jsou stále příliš centralizovaná a vyšší výpovědní hodnotu by spíše přinesly statistiky zpracované samostatně pro jednotlivé kraje ve spolupráci s hejtmany. Zde ovšem narážíme na nedokončenou transformaci převodu pravomocí z ministerstva zdravotnictví na kraje. Jaké další okolnosti komplikují vyhodnocení informací o kvalitě nemocnic a jiných zařízení a co by se měla veřejnost vždy dozvědět při publikaci nejrůznějších srovnávacích žebříčků?

- 1) Nemocnice si připravují analýzy o kvalitě poskytované péče samy podle vlastního uvážení, v rozsahu poskytnutých informací dle vlastní rozvahy,
- 2) vyjádřit kvalitu poskytované péče v rámci jednoho zařízení jediným indexem je zavádějící; úroveň poskytované péče na jednotlivých odděleních může být různá; pacientovi při jeho rozhodování nepomůže jedno souhrnné číslo,
- 3) objektivita sesbíraných informací od hospitalizovaných pacientů je pofiderní; pacient jistě může pomoci s hodnocením humánní stránky péče (kvalita stravy, čistota a údržba zařízení, důstojné zacházení s klienty); jenže údaje z prováděných auditů zkoumajících kvalitu lékařských zákroků jsou často neveřejné.

Jedním ze systematických měření kvality prostřednictvím spokojenosti pacientů, kterému se dostalo značné publicity, je projekt Kvalita Očima Pacientů (Raiter 2009), v rámci kterého odpovídalo více než 22 tisících pacientů ze všech velkých nemocnicích řízených ministerstvem (15 nemocnic, z toho 11 fakultních). Každá organizační jednotka (nemocnice, klinika, oddělení, stanice) byla hodnocena v několika úrovních a z těchto dat se získala souhrnná hodnocení například o práci sester, lékařů, hodnocení služeb atd. Ve spolupráci s výzkumnou agenturou

STEM zopakovalo ministerstvo zdravotnictví výzkum již potřetí. Podobná srovnání mohou opravdu pomoci pacientovi s výběrem zdravotnického zařízení. Bohužel i při mediální prezentaci výsledků posledního provedeného průzkumu se narazilo na nepřesnou interpretaci sdělovacích prostředků. Jako příklad citujme MF DNES, která zakoupila od Ministerstva zdravotnictví právo exkluzivity, aby mohla výsledky průzkumu za rok 2009 publikovat jako první. Vydání deníku s výsledky (25. 2. 2010) podpořila kampaní na celostátních rozhlasových stanicích odkoupila s komentářem: „V zítřejším vydání MF DNES se dozvíte, kde se v Čechách léčí nejlépe.“ To je ovšem zavádějící, jelikož průzkum Kvalita Očima Pacientů byl proveden pouze mezi státem vlastněnými nemocnicemi, nikoliv nemocnicemi vlastněnými kraji, městy, případně soukromými subjekty. Tato informace v článku nezazněla, stejně jako fakt, že pouze dvě ze sledovaných nemocnic dosáhly vyšší než poloviční návratnosti dotazníků (viz tabulka 4.9)

Tabulka 4.9 **Návratnost dotazníků vztažená na celkový počet hospitalizovaných**

FN Ostrava	67,5%	Ústav pro péči o matku a dítě	7,6 %
FN Plzeň	63,0%	Fakultní Thomayerova nemocnice	7,4 %
Masarykův onkologický ústav	41,6 %	FN Brno	5,3 %
IK+EM	41,6 %	Úrazová nemocnice Brno	6,0 %
FN Olomouc	15,9 %	FN Královské Vinohrady	5,5 %
FN Hradec Králové	13,1 %	FN v Motole (dospělí)	5,2 %
FN u sv. Anny v Brně	8,1 %	FN Na Bulovce	2,1 %

Zdroj: Kvalita Očima Pacientů; Raiter 2009

Jaké jsou tedy další způsoby evaluace zdravotnických zařízení? Představa, že se šedesátiletá pacientka, kterou čeká operace žlučníku, bude probírat stohy papírů popsaných nesrozumitelným ekonomickým jazykem, aby si pro sebe vybrala to nejlepší zařízení, je přeci absurdní. Preferovanou a světově uznávanou metodou hodnocení nemocnic je sestavování žebříčků na základě hlasování lékařských kapacit. Sice se nejedná o exaktní měření kvality péče, ale díky šetření mezi špičkovými odborníky dokážeme zjistit, s jakou úrovní péče se pacient nejspíše setká v nemocnicích. Vedle známkování úrovně péče, kterou stejně dokáže posoudit jen

málokterý pacient, by se mělo brát v úvahu, jak se pacient v nemocnici cítil, jak mu chutná nemocniční strava a třeba v kolik hodin jej probouzeli. Žebříčky spokojenosti pacientů jsou i v České republice dostupné a jak se dozvíme v páté kapitole, některé nemocnice je zveřejňují na svých internetových stránkách. Světová zdravotnická organizace ovšem doporučuje, aby pacienti nehleděli jen na průzkumy spokojenosti, ale aby se pokusili zjistit si, jakých mezinárodních certifikátů kvality poskytované péče zvažovaná nemocnice dosáhla. Každý zdravotní systém by měl být schopen zaručit všem občanům spravedlivé a efektivní rozdělení poskytovaných služeb. Mezinárodní porovnávání se provádí podle následujících kritérií (Rolinson 2005):

- 1) finanční zdroje a vybavenost zařízení**
- 2) mezinárodní obchod** (světové porovnávání nabízených služeb, zahraniční investice – nové trhy, personál z jiných zemí)
- 3) kvalifikace personálu**
- 4) spravedlivé financování skrz pojišťovací systém**

Dovolím si tvrdit, že zejména posledních deset let nemocnice usilovně pracují na zlepšení své image u veřejnosti. Nemocnice žádají o mezinárodní certifikace a osvědčení kvality (ISO 9001:2000 a další). Právě takové akreditace mohou být pro pacienty jedním z objektivních vodítek, že oceněné zařízení poskytuje kvalitní zdravotní péči. Určitě k tomu přispěl převod nemocnic pod správu krajů, které redukuje nadbytečné výdaje např. uzavíráním zadlužených a ztrátových zařízení. Tato porovnávání zdravotnických zařízení se jistě pozitivně odrazí v kvalitě poskytované péče pacientům.

4.8 Lobby ve zdravotnictví a regulace reklamy

Tituly článků na ukázkou

Výrobci zdravotnické techniky se bojí úspor v nemocnicích (bez autora - ČTK, 19. 10. 2010)

Zdravotnictví: Úplatky (P. Pafko - Právo, 1. 10. 2010)

Roman Gavanda: Zisk je ve zdravotnictví stále tabu (T. Vyšohlíd - Profit, 11. 10. 2010)

Klaus podporuje hnusný byznys s lidskou závislostí a lidským zdravím. Špinavá reklama neexistuje? (B. Čvek - Britské listy, 29. 9. 2010)

Ve čtvrtém oddílu diplomové práce jsme si ukázali, že až 65 % výdajů domácností na zdravotnictví tvoří léky a pomůcky zdravotní techniky (Kalnická 2010: 2). Reklama na léčivé přípravky nadále zůstává jednou z nejsledovanějších reklamních oblastí. A pokud bychom se podívali na souhrnné inzertní objemy v tisku za období únor 2009 – únor 2010, zjistíme, že celková inzerce na komoditu „zdraví“ každý měsíc průměrně pokryla 460 stran tištěných titulů. Pro srovnání, průměrné pokrytí reklamou na potraviny v průměru obsáhlo „pouze“ 380 stran za měsíc a komodita finance 400 stran.²⁰ A cílená reklama do tisku se evidentně vyplatí. Podle odhadu Richarda Pflögera, ředitel Barny's ČR, v roce 2005 Češi utratili půl miliardy korun za prostředky na redukci váhy. Pokud bychom do tohoto čísla zahrnuli i produkty, které vyrábí Danone (Actimel, Bifidus ActiRegularis) či Nestlé a Nestlé Health Science (kojenecká výživa Novasourcé, klinická výživa Isosourcé), číslo by bylo ještě vyšší (Vlček 2006: 25). Bohužel v České republice správně nefunguje ochrana spotřebitelů před klamavou reklamou, proto mohou být na trhu nabízeny produkty, které slibují ztrátu váhy až o 40 kg, nebo podvodné srovnávací reklamy „před a po“, kde na obrázcích před a po aplikaci přípravku nevystupuje tatáž osoba. Pokud by se chtěl nespokojený spotřebitel soudit, musel by doložit, že zakoupený prostředek užíval přesně podle přibaleného návodu, a to je téměř nemožné. Jako další příklad si můžeme uvést názvy a marketingovou komunikaci cereálních produktů, které vyvolávají pocit výrobků určených k redukci váhy. Tyto potraviny mylně zapadají do kategorie zdravé výživy a životního stylu mladého, dynamického člověka. Ovšem relativně vysoké podíly cukru a tuků firmy vyrábějící tento druh potravin příliš nekomunikují a tak je docela možné, že chování některých výrobců má blízko ke klamavé reklamě, nebo že přinejmenším nekorektně informují spotřebitele.

²⁰ Celkové inzertní objemy za období II/2009 – II/2010, in: Marketing&Media (22. 3. 2010, bez autora).

Objem peněz investovaných do reklamy vytváří mimořádně silné pole pro působení lobby ze strany farmaceutických firem.²¹ Účinnost farmaceutické lobby souvisí s předchozím tématem disponibilních zdrojů ve zdravotnictví. Každá společnost chce používat nejnovější (jenže dražší) léky, účinné moderní přístroje, či poskytovat zdravotní péči v kvalitně vybavených prostorách. Management zdravotnických zařízení se pak dostává do obtížné rozhodovací situace, kdy musí nalézt hranici mezi zájmy dodavatelů, vyplývající z jejich tržního postavení, a úsilím zlepšit zdravotní péči ve svěřeném objektu. Ovšem praxe, kdy někteří lékaři preferují medikamenty spřátelených farmaceutických výrobců, ohrožuje především zdraví pacientů. Účinná látka je sice u rozdílných léků stejná, ale liší se subjektivní zkušenosti příjemce. To může vést ke ztrátě důvěry v lékaře, který kvůli finanční motivaci předepíše pacientovi odlišný přípravek (generikum) než dosud používaný (více o lobby v českém zdravotnictví viz článek v příloze 5). Situaci na trhu pomohl zprůhlednit zákon o regulaci lékové reklamy z roku 2003, který zakazuje pobídky k podpoře předepisování, prodeje a spotřeby léčivých přípravků, a jako reklamu považuje:

- návštěvy obchodních zástupců u osob oprávněných předepisovat a dodávat léky,
- dodávání vzorků léčivých přípravků,
- podporu předepisování, výdeje a prodeje léků pomocí darů, spotřebitelské soutěže, slevy,
- sponzorování setkání s odborníky,
- sponzorování vědeckých kongresů.

V české reklamě se také nesmí naznačovat, že používáním léku selepší zdraví toho, kdo jej užívá (léky slouží pouze k léčení, případně prevenci). Objevit by se neměla ani doporučení vědců, zdravotnických odborníků nebo jiných osob s autoritou. Jenže i zde našli farmaceutické firmy cestu, jak dostat reklamu do prostoru lékáren, čekáren a ordinací. Střetu se zákonem se vyhnou prohlášením, že reklama na zmíněných místech je určena lékařským odborníkům, proto necílí na laickou veřejnost. Při komerční prezentaci v médiích existuje ještě jiný problém - záměna léků s přípravky, které nejsou klasifikovány jako léky. Jde vesměs o potravinové doplňky, jejichž reklama je zaměnitelná s reklamou na léčivé přípravky a přiznávají se jim vlastnosti léků (jedná

²¹ Farmaceutické společnosti Novartis AG vyskočil v prvním čtvrtletí roku 2010 čistý zisk o 49 procent na zhruba 55,4 miliardy Kč. V tiskové zprávě vydané k hospodářským výsledkům stojí, že k růstu přispěl zájem o očkovací látky proti prasečí chřipce (finačnínoviny.cz, 20. 4. 2010)

se především o výrobky společnosti Walmark: Prostenal, Urinal, GinkoPrim ad.). Takové doplňky totiž mohou doporučovat osoby s autoritou, což může spotřebitele zmást, pokud se v reklamě objeví doporučení od lékaře. Pro lepší představu síly farmaceutického průmyslu ještě doplňme, že prodej volně prodejných léků a doplňků stravy zaznamenává trvalý růst a v roce 2006 dosáhl téměř osmi miliard korun. Nejlepšími „bestsellery“ jsou standardně léky na kašel a nachlazení (21 % prodaného objemu), léky na bolest (21 %) a vitamíny a minerály (18 %). Tyto tři skupiny dohromady reprezentují 60 % obratu volně prodejných léků a doplňků.²² Na objem prodeje má samozřejmě vliv také délka zimy a proměnlivost počasí během podzimních a zimních měsíců, tedy hlavní sezóny prodeje těchto přípravků.

Hodnotíme-li lobby ve zdravotnictví, měly bychom zmínit i výrazný **vliv centrálních institucí** v oboru. Ty ovlivňují kvalitu zdravotnictví jak po stránce finanční (ministerstvo zdravotnictví, financí, práce a sociálních věcí i školství), tak po stránce odborné (Státní ústav kontroly léčiv, Státní zdravotnický ústav, Národní referenční centrum ad.) a dokonce i po stránce personální. Ve většině těchto oblastí působí kvalita rozhodování sporně, obvykle nesystémově a chaoticky. Kromě toho vliv těchto institucí nemůžeme popsat čísly, jako v případě farmaceutických firem. Nepřehlednost v oblasti zdravotnictví vyvolává i skutečnost, že se v čele ministerstva zdravotnictví od roku 1989 vystřídalo již devatenáct ministrů (zatím poslední Leoš Heger od 13. července 2010) a ani jeden zatím žádný z nich neprosadil celkovou reformu zdravotnictví.²³ Destabilizaci vyvolávají nepochopitelná odvolávání a jmenování ředitelů nemocnic, populistická a systémově nezajištěná rozhodnutí o změnách platů a cenách léků, budování stále nových kapacit v již tak předimenzované síti zdravotnických zařízení, nezvládnutí vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovny a spousta dalších problémů, se kterými se musejí zdravotnická zařízení vyrovnávat. Rozsáhlé kompetence centrálních institucí totiž stále limitují rozhodování managementu zdravotnických zařízení, jimž zůstává pro rozhodování úzký manévrovací prostor. A ještě menší prostor se dostává veřejnosti na pochopení těchto vztahů a prostoru pro zapojení se do komunální politiky v oblasti zdravotnictví.

²² Vývoj OTC trhu v České republice; in: Pharm Business Magazine (červen/červenec 2007, bez autora).

²³ Jako aktuální příklad uveďme absolutní výhru ČSSD na podzim 2008, která se ve volebním programu postavila proti reformám, které částečně prosadil tehdejší ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Někteří politologové toto vítězství nazývali jako „poplatkové“, protože jedním z hlavních předvolebních slibů ČSSD bylo odstranění regulačních poplatků ve zdravotnictví.

5 MÉDIA A ZDRAVOTNÍ INFORMACE

V předešlých kapitolách jsme si přiblížili proces přijímání a zpracování nových informací, specifika, trendy a problémy zdravotnictví, včetně multidisciplinárního přesahu moderní medicíny a přístupu Čechů ke zdravotní péči. Všechny tyto získané informace nás často odkazovaly ke sdělovacím prostředkům, které se během minulého století staly hlavním zdrojem informací. O prostor v médiích usiluje odborná i laická veřejnost, již jsme se zmínili, jak jsou média důležitá pro lobbisty a politiky, pro inzerenty i občanská sdružení. Tento zájem by neexistoval, pokud se nevěřilo, že média mají dopad na jednotlivce, respektive společnost. „*Média ovlivňují chování, postoje či názory jedinců, mohou rozšiřovat obzory poznání, vzdělávat, pomáhat v politickém i spotřebitelském rozhodování, ovlivňovat životní styl (a tím i zdraví), ale také děsit, vyvolávat napětí, navádět ke společensky nežádoucímu jednání či uvádět v omyl*“ (Jirák, Köpplová 2003: 151). Tento dopad může být pozitivní (prevence rakoviny prsu, osvěta o rizicích viru HIV, ...), ale i negativní (obezita, tabákové reklamy, prezentace násilí ad.). Několik studií rovněž prokázalo silnější vliv informací se zdravotnickou tematikou u zpráv o slavných lidech majících zdravotní problémy (Bryant a Oliver 2008: 480). Melvin Defleur v knize *Teorie masové komunikace* přirovnává odkázanost člověka na masmédiu zprostředkované informace ke známému Platónovu příměru o stínovém divadle v jeskyni. Média totiž určují, co získá status skutečnosti. Jenže oproti Platónovi tvrdí, že současná masová média neredukují obsahy předávaných sdělení, ale naopak jejich množství několikanásobně zvyšují. Média se opravdu podílejí na konstrukci předávaných významů a interpretaci skutečnosti mohou způsobem podání měnit. Tím se poprvé zabýval Walter Lippmann v práci *Veřejné mínění* z roku 1922. Zaujala ho situace v Evropě na počátku první světové války, kdy se lidé o jejím vypuknutí dozvěděli až se zpožděním z tisku. Změnu do jejich života tehdy nepřinesla válka jako taková, ale teprve informace zprostředkovaná médii. Lippmann z toho vyvodil závěr, že lidé nejednají na základě opravdu probíhajících událostí, nýbrž na bázi toho, co jim bylo zprostředkováno jako skutečné.

Lippmann tehdy mohl zkoumat pouze tisk. Dnes je samozřejmě situace daleko méně přehledná a jednotlivá mediální odvětví mezi sebou soupeří, aby upoutala pozornost jednotlivce, resp. příjemce reklamy. Takové účinky médií označuje Denis McQuail za „plánované“ (Reifová a kol.

2004: 294-296) a jejich dopad je většinou pouze krátkodobý. Naopak „neplánované účinky médií“ se projeví až v dlouhodobém horizontu jako postupná adaptace pomocí sledování mediálních obsahů na sledované téma. Je to způsob, kterým média přispívají k socializaci jedinců a ovlivňují jejich rozhodovací schopnosti. Joseph Klapper rozdělil účinky médií podle jejich intenzity na média (Reifová a kol. 2004: 301):

- a) způsobující konverzi (změnu mínění nebo víry v souladu se záměrem komunikátora)
- b) způsobující dílčí změnu (změnu formy nebo intenzity názoru příjemce)
- c) způsobující posílení (utvrzení příjemce ve správnosti jeho původního názoru)

Mezi neplánované dlouhodobé účinky médií McQuail řadí i jejich vliv na ostatní společenské instituce, které přizpůsobují svůj chod pravidlům a zájmům médií. Od 80. let masmédia dokonce zařazujeme mezi instituce schopné konstruovat sociální realitu pro své publikum (Reifová a kol. 2004: 299). Kvůli soudobé moci médii se občas hovoří o „**mediokracii**“, „**infokracii**“ nebo „**Orwellovým rokům**.“ Podle sociologa **Lorentze Lyttkense** je to právě kontrola nad informacemi, která dává médiím takovou moc (Ek 2005: 90 - 94).

Ve Spojených státech působí téměř 30 let sdružení mediálních odborníků nazvané *Project for Excellence in Journalism*. Pod stejným názvem vydávají ročenku, která analyzuje důvěru Američanů k médiím. Ve zprávě z roku 2004 například stojí, že se soudobá média vyhýbají odpovědnosti za publikované zprávy a sdělované informace jsou často nepřesné nebo s chybami. Zatímco v roce 1985 tento názor sdílelo 13 % respondentů, v roce 2002 to bylo již 67 %. Naopak souhlas s tvrzením, že média pracují profesionálně, poklesl ze 72 % v roce 1985 na 49 % v roce 2002. O 15 % ubylo Američanů, kteří se domnívají, že média jednájí morálně, a ze 45 % na 59 % vzrostl u americké populace pocit, že je americký tisk propojen s politickými stranami a neinformuje objektivně. V závěru této zprávy stojí zajímavý poznatek, že soudobým médiím chybí „duše a srdce“²⁴ – tedy jakási forma idealismu a angažovanosti. Vývoj českých médií je samozřejmě opožděn za těmi západoevropskými, ale i tady můžeme sledovat jistý cynismus a vlastní zájmy mediálních domů, které často jednájí především se zřetelem na obchod.

²⁴ http://www.stateofthedia.org/2010/specialreports_reports.php a <http://www.stateofthedia.org/2004/>

I díky těmto nabytým poznatkům si v závěrečné kapitole můžeme popsat, jak tato komunikace s veřejností vypadá v reálném prostředí, jak se na českém trhu chovají zadavatelé reklamy, co je typické pro televizní vysílání a tisk a jak česká veřejnost pracuje s Internetem, pokud chce vyhledat informace o zdravotnictví. Začneme jedním zajímavým poznatkem norského profesora Gudmunda Hernese. Ten již v roce 1983 sestavil šest technik, kterými masmédiá²⁵ obecně upoutávají pozornost veřejnosti (Hernes 1983: 2 – 13):

- 1) Přístupnost informací
- 2) Zjednodušení (významu i ve smyslu zkrácení textu)
- 3) Polarizace (kontrasty a černobílá argumentace)
- 4) Intenzifikace (zesílení konfliktů)
- 5) Konkretizace (osekání abstraktních pojmů a úvah)
- 6) Personifikace (názory reprezentovány konkrétními osobami)

Podle Hernese tyto principy záměrně používají novináři, aby dosáhli správného efektu u veřejnosti. Informace se zkracují, redukují na tvrdá data a telegrafické podání zpráv, na druhé straně klesá podíl analýz a osobních komentářů. Bourdieu o deset let později prohlásil, že tyto principy v zásadě změnil „mentální prostředí“ veřejnosti a média se naučila získávat pozornost pomocí zábavy. Oba dva se shodují, že nejlépe můžeme popsanou proměnu pozorovat u televizního vysílání. Studie odborného magazínu *The New England Journal of Medicine* potvrdila postřehy Hernese a Bourdieuho, když upozornila na neúplnost mediálních výstupů se zdravotní tematikou a často i přehnaný entusiasmus. Mezi lety 1994 a 1998 tým Raye Moynihana zkoumal 180 novinových článků a 27 televizních reportáží o dvou nových lécích (přípravky pravastatin na snížení cholesterolu a alendronát jako prevence a léčba osteoporózy) a aspirinu. Ze sledovaných mediálních výstupů 83 % uvedlo pouze nejzajímavější informaci o lécích a jen 2 % článků a reportáží uvedla všechny informace o účincích léků, jejich vedlejších účincích, ceně i dostupnosti medikamentů (Moynihan 2000: 1645–1650).

²⁵ Za **masovou komunikaci** označujeme šíření informací určených široké veřejnosti, tedy masám, pomocí speciálních mediálních kanálů, jako právě televize, rozhlas, tisk nebo Internet.

Podívejme se nyní na tabulku 5.1, která nás seznamuje s odpověďmi respondentů ankety na otázku, do jaké míry ovlivňují jednotlivé typy médií jejich názory. Největší vliv mají zdravotnická střediska a lékaři, společně s přáteli a kolegy. Následuje televizní a rozhlasové zpravodajství, dokumentární pořady a vliv rodičů. Internetové zdroje jsou sice často navštěvované, ovšem respondenti jim připisují menší vliv. Diskusní skupiny a blogy orientované na zdraví a zdravotní tematiku u nás zatím nemají příliš silné postavení. Přitom jednoduchým hledáním na Googlu zjistíme, že četnost hesla „zdraví“ (health) je opravdu vysoká – 2 miliardy výstupů. Pro porovnání, heslo „sex“, u kterého by se dala očekávat vyšší frekvence, dosáhlo „pouze“ 590 milionů relevantních výstupů (měřeno v srpnu 2009).

Tabulka 5.1 Zdroje informací

Zdroje informací o zdraví, nemocech a zdravém životním stylu				
<i>Zjišťoval/a jste někdy informace o zdraví, nemocech či zdravém životním stylu z následujících zdrojů? (viz příloha 2, otázka 11)</i>				
Médium		Odpověď		
		<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
TV a rádio	Zpravodajství	66	27,2	6,8
	Kontaktní publicistické pořady	43	52,7	4,4
	Dokumentární pořady	69,5	26,7	3,8
	Zábavné pořady	17,5	71,6	10,9
	Sportovní pořady	19,5	71,9	8,6
	Reklama	33	56,5	10,5
Tisk	Deníky	67,6	26,3	6,1
	Magazíny, týdeníky zaměřené na zdravý životní styl	50	44,7	5,3
	Ostatní magazíny a společenské tituly	45,5	43,4	11,1
Internet	Zpravodajské tituly na internetu	69,2	26,5	4,3
	Diskusní fóra, diskuse pod články	41,8	55,8	2,4
	Zdravotnické stránky (doktorka.cz, lekar.cz, lekarna.cz ...)	50	47,2	2,8
	Blogy	13,9	79,9	6,2
	Jiné stránky *	17,1	61,8	17,1
Zdravotnická střediska, ordinace lékařů		69,9	27,2	2,9
Lékařské knihy, sborníky		29,7	67	3,3

Beletrie	10,4	83,4	6,2
Film a divadelní představení	11,4	82,5	6,1
Oficiální zdravotní kampaně	41,9	50,5	7,6
Škola	41,2	52,1	6,6
Přednášky a kurzy (mimoškolní)	28,8	66	5,2
Rodiče	63,7	33,5	2,8
Ostatní příbuzní	54,3	41,9	3,8
Přátelé a kolegové	76,1	20,7	3,1

*J Další internetové stránky, které respondenti uvedli v otevřené otázce „Jiné“	<i>UZIS, efklub.cz, americké webové stránky, dětské a maminkovské servery, alternativní medicína, vědecké výzkumy ze zahraničních serverů</i>
--	---

Zdroj: anketa- viz příloha 2

Vyhledávání zdravotních informací je zajisté ovlivněno pohlavím respondenta. To potvrzují i inzertní nabídky hlavních mediálních domů Mafra, Ringier nebo Centrum. Ženy například více čerpají informace o zdraví z reklamy, z magazínů a týdeníků zaměřených na zdravý životní styl a z ostatních magazínů a společenských titulů. Vyšší podíl žen než mužů byl zjištěn i u vyhledávání zdravotních informací na internetových zpravodajských serverech. Internetové zpravodajské servery sice používají obě pohlaví podobně, ale ženy se častěji zapojují do diskusních fór a diskusí pod články. Od rodičů, přátel a kolegů přijímají ženy informace častěji. Tyto výsledky nás ale asi nemůžou příliš překvapit, protože historicky byly ženy vždy těmi, které se staraly o nemocné v rodině, a informace o zdraví vyhledávaly aktivněji. Stačí si vybavit tradiční obrázek americké poválečné rodiny, kde je ideální role ženy jasně zobrazena (**care-giver**). Dnes již samozřejmě došlo k odklonu od tohoto modelu, přesto žena zůstává osobou, která dbá na zdraví rodiny a pečuje o nemocné.

Pomocí výsledků provedené ankety jsme se pokusili vytvořit orientační kategorie, které by nám pomohly blíže pochopit, jak účastníci ankety vyhledávají informace. Na základě nejvyšších četností z otázek baterie 9 (viz příloha 1) jsme k jednotlivým shlukům přiřadili frekvenční hodnocení od jedné do tří. Vznikl index, který popisuje mediální aktivitu respondentů. Minimální

hodnota tohoto indexu je 9 (9 x 1 bod), maximální 27 (9 x 3 body). Podle tohoto indexu s médii nejčastěji pracuje skupina „Lační po informacích“.

Tabulka 5.2 Orientační klasifikace respondentů

Shluky podle aktivit spojených s médii v posledních sedmi dnech (viz příloha 2, otázka 9)			
Médium	Shluky		
	<i>Milovníci volného času</i>	<i>Lační po informacích</i>	<i>Co je dnes nového?</i>
	34 %	40 %	26 %
Denní tisk	2	3	2
Odborné časopisy	2	2	1
Týdeníky, společenské tituly	2	2	2
Rádio	2	3	2
Vlastní muzika (CD, mp3, ...)	3	3	2
Televize	2	3	3
Odborné knihy	2	2	1
Beletrie	1	2	2
Internet	2	2	2
Celkem	18	22	17

Pozn. 1 – vůbec; 2 – občas; 3 – denně

Zdroj: anketa- viz příloha 2

1) Milovníci volného času

Tato skupina se ze všech tří nejvíce věnuje svým koníčkům a sportu, pravidelně navštěvuje kulturní akce, četbě beletrie se nevěnuje vůbec nebo jen lehce, s příbuznými se setkává méně často než ostatní skupiny. Zpravodajství tito lidé považují za méně spolehlivý zdroj informací o zdravotní tematice, stejně tak kontaktní publicistické pořady. Ze všech tří skupin označují deníky a reklamu nejčastěji jako nespolehlivé, informace ze školy jako méně spolehlivé a dokumentární pořady v souvislosti se zdravím nesledují. Naopak za nejspolehlivější média hodnotí magazíny a týdeníky zaměřené na zdraví a informace od rodičů.

2) Lační po informacích

„Lační“ se ze všech tří skupin nejvíce zúčastňují kulturních akcí, naopak v porovnání s „Milovníky“ mají méně času na své koníčky. Zato beletrii vezmou do ruky nejčastěji a také s příbuznými se setkávají jednoznačně nejvíce. „Lační po informacích“ vnímají televizní a rozhlasové zpravodajství a zdravotní informace z deníků za nejspolehlivější zdroj informací, stejně tak reklamu vnímají kladněji než ostatní. Oproti ostatním skórovali vysoko i u spolehlivosti lékařských knih a sborníků.

3) Co je dnes nového?

Pokud budeme tuto skupinu charakterizovat aktivitami, většinou obsadí průměrné hodnoty. Sportují občas, někdy navštěvují kulturní akce, s rodinou se setkávají podobně jako ostatní dvě skupiny, ovšem téměř se nevěnují svým koníčkům. „Novinkáři“ více důvěřují informacím o zdravotní tematice z televizního a rozhlasového zpravodajství, deníků a kontaktních pořadů, k reklamě zaujmají podobný postoj jako předchozí skupina. Nemají zájem o hluboké analýzy, naopak chtějí získat jednoduchý, jasný obraz o věcech, které je zajímají. Ze všech tří skupin ale nejvíce důvěřují rodičům a zpravodajským titulům na Internetu. Informace z těchto zdrojů považují za spolehlivé.

5.1 Zadavatelé reklamy

Nejen farmaceutické firmy, ale také samotná zdravotnická zařízení (zejména ta soukromá) potřebují o sobě dát vědět české veřejnosti pomocí reklamy. Hromadné sdělovací prostředky jsou součástí prostředí, ve kterém dochází ke komunikaci cílů veřejného zdraví. V průběhu let se zdravotnické kampaně staly důmyslnějšími a začaly používat nové prostředky, kterými chtějí zaujmout. Do komunikace zahrnují výsledky výzkumů a jejich vyhodnocení, z řad známých osobností si volí patrony pro své projekty, zdůrazňuje se aspekt sociální prospěšnosti

jednotlivých kampaní, velmi často se komerční projekty spojují s dobročinnými aktivitami nebo sponzorstvím „nějaké dobré věci“.

Reklama v televizi je vždy vhodná k oznámení něčeho nového, „zázračného“. Digitální reklama na Internetu může být velice účinná, pokud jeden „spokojený klient“ dokáže svůj příběh virálně rozšířit dále. V PR zase funguje reálná či autentická zkušenost („*Hubněte s Bleskem pro ženy*“, „*Cvičení v Obchodním centru Zličín*“ atd.). Bohužel problematika skryté reklamy ve zdravotnictví je otazníkem, u kterého nedokážeme změřit její vliv na společnost. Zdraví každého člověka je citlivým tématem, a pokud nás něco bolí, jsme ochotni uvěřit každému, kdo nám přesvědčivě oznámí, že má pro nás ten správný lék; v horším případě, pokud nám bude tvrdit, že jemu samotnému přípravek velmi pomohl od podobných obtíží. Faktorem, který nás většinou přesvědčí, je osobní zkušenost osoby, které důvěřujeme (v marketingovém jazyce je tento způsob šíření sdělení označován jako *word of mouth*). Vzpomeňme si na výsledek ankety, kde respondenti velmi kladně ohodnotili konzultace s rodinnými příslušníky. Asi bychom se jinak stavěli k doporučení od generálního ředitele farmaceutické společnosti nebo ředitele marketingového oddělení nemocnice. Zvláště nebezpečné a těžko odhalitelné jsou články v časopisech zaměřených na životní styl. Jak totiž rozpoznáme, kdy nám redaktor sděluje svou vlastní zkušenost a kdy informace získané například na tiskové konferenci farmaceutického výrobce pouze podává jako svou zkušenost či objektivní fakt? Z vlastní praxe v oboru PR mohu uvést, že farmaceutické firmy vydávají dvě verze tiskových zpráv pro odborná média a tzv. *lifestyle-media* (viz příloha 1). Text druhé zmíněné verze se nikdy nehemží odbornými výrazy, informace jsou naopak podávány velmi lidově, aby je mohly redaktoři rovnou použít do článků a texty působily civilně a věrohodně.

Již jsme se zmiňovali o oblasti léků dostupných bez lékařského předpisu (OTC – over the counter) a trendu samoléčby. Podle výzkumu Pharmacy shopping 2003 agentur Incoma Research a GfK Praha dokonce polovina nakupujících dávala přednost nákupu volně prodejných léků před návštěvou lékaře. A jak si zákazník vybere z široké nabídky OTC? Ovlivní ho zejména tyto faktory: **předchozí zkušenost, reklama, doporučení lékárníka**, resp. lékaře (viz graf 5.1).

Graf 5.1 Faktory ovlivňující nákup léků



Zdroj: Bartošová, V.: Máme ruce svázané. In: Marketing&Média, 27. 8. 2009

Vrchol reklamní sezóny na volně prodejné léky jsou měsíce leden až březen a říjen až prosinec, kdy farmaceutické firmy potřebují nejvíce upoutat pozornost spotřebitelů. Nejčastější kombinací marketingového mixu je reklama v televizi a indoorová reklama v lékárnách. Velkou roli hrají i ženské tištěné tituly. V roce 2004 dohromady nakoupily farmaceutické firmy reklamní prostor pro propagaci OTC v celkovém objemu vyšším než milion korun v titulech (Kozáková 2005): *Blesk Magazín, Týdeník Květy, Katka, Vlasta*. A v objemu půl milionu až milion korun: *Marianne, Magazín Dnes+TV, Žena a život, Hospodářské noviny*.

Netradiční způsob, jak proniknout ke spotřebiteli, zvolila farmaceutická firma Zentiva. Ta od roku 2004 opakuje výzkumy zaměřené na bolest a jejich výsledky propojuje pouze s korporátní komunikací Zentivy, nikoliv se samotnými produkty. Médii tak přináší zajímavá data ze svých výzkumů, aniž by kdekoliv napřímo propagovala vlastní produktovou řadu. Ovšem spotřebitel si nepřímou vytváří obrázek Zentivy jako odborníka a edukátora, což může spotřebitele ovlivnit při nákupu léků proti bolesti a dalších volně prodejných produktů a společnost v zákaznickových očích zvýhodnit.

Ukázka některých otázek každoročně opakovaného výzkumu Zentivy:

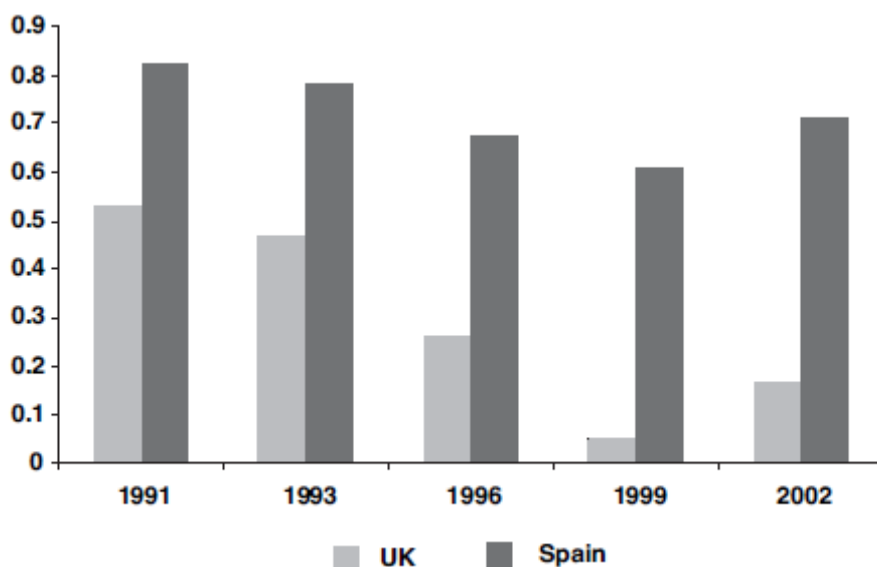
- Kterou z následujících bolestí jste za uplynulý rok trpěl/a?
- Jak obvykle řešíte následující bolest, pokud se s ním sám/sama setkáte...? (hlava, zuby, páteř, klouby, menstruace)
- Jaký je nejdůležitější atribut pro výběr analgetika?

5.2 Tisk

Roli tištěných médií v oblasti zdravotnictví si popíšeme na několika příkladech. Pro demonstraci budeme kombinovat zdravotnická témata publikovaná v novinách s aktuálními průzkumy veřejného mínění. Nejprve se podívejme na případovou studii, jak se Evropané stavěli k biotechnologii (zejména ke genetické úpravě potravin). V této oblasti totiž můžeme pozorovat rostoucí počet článků publikovaných sdělovacími prostředky, stejně tak vzrůstající skepsi k biotechnologii. Index optimismu totiž ve sledovaném období od roku 1991²⁶ trvale klesal a v roce 1999 dosáhl minima (viz *graf 5.2*). Provedená obsahová analýza ukázala, že biotechnologie byly v daném období nejčastěji spojovány s rizikem ohrožení veřejného zdraví.

²⁶ Až v roce 1990 byl do Evropy exportován první geneticky modifikovaný produkt z USA – Zeneca rajčatové pyré

Graf 5.2 Optimismus Evropanů k biotechnologiím (2004; Eurobarometr)
 Položená otázka: Myslíte si, že biotechnologie může zlepšit naši kvalitu života v následujících dvaceti letech?



Zdroj: Vilella-Vila a Costa-Font 2004: 18

Zpráva Eurobarometru uvádí, že v roce 1999 souhlasilo s tímto tvrzením 72 % Evropanů, kteří ale uvedli, že by potřebovali čas, aby mohli nastudovat výhody a nevýhody v oblasti biotechnologie. Kromě toho 81 % respondentů cítilo, že jsou nedostatečně informováni o biotechnologii a 69 % vnímalo práci médií informujících o tomto oboru jako užitečnou pro společnost. Jenže například třetina respondentů z Anglie uvedla, že noviny neinformují dobře o biotechnologiích, a naopak pouze necelá třetina Španělů (nejméně ze všech sledovaných zemí) přiznala, že by potřebovala více času k prostudování informací o biotechnologii. Při bližším zkoumání mediálních výstupů ve Španělsku a Velké Británii se zjistilo, že jsou polarizované. To vedlo k otázce, zda existují rozdílné postoje mezi obyvateli v závislosti na novinovém titulu, který běžně odebírají. A ukázalo se, že silný nesouhlas s GMO (geneticky modifikované organismy) vyjadřují čtenáři *The Sun* a *The Guardian*. Rozdíl však spočíval v tom, že čtenáři *The Guardian* uměli formulovat důvody svých obav z GMO. V roce 1999 poklesla důvěra v biotechnologii a GMO i u Španělů, ovšem zde (stejně jako čtenáři *The Guardian*) uměli Španělé formulovat své obavy z GMO. Roli sehrál fakt, že ve Španělsku neexistují bulvární deníky. Španělé sice mají nepřeborné množství magazínů s týdenní periodicitou, ty se ale věnují především celebritám a nepřinášejí zprávy každodenního rázu. Tuto případovou studii můžeme

považovat za důkaz, že si názor na problematické (často silně specializovaná) témata utváříme s pomocí sdělovacích prostředků, kterým důvěřujeme.

Podle průzkumu CVVM, který byl proveden v roce 2004, v České republice noviny nečte zhruba desetina populace, 1 – 2 x týdně čte noviny čtvrtina dotázaných, 3 – 4 x 23 % a 5 – 7x bezmála dvě pětiny (38 %) (Linek 2004). Nespočetná nabídka poskytovatelů zpráv a nabídek však způsobila velkou fragmentaci na trhu. Konkurenční redakce se předhánějí, aby právě ony byly prvními, které zprostředkují zajímavou informaci (*viz MF Dnes a žebříček nemocnic*). Vývoj na trhu českých deníků vykazuje trend ústupu od zaměření na obsah a analytickou funkci novin a více se věnuje životnímu stylu, zábavě a spotřebitelským novinkám pro konzumenty. Pobavit, šokovat a vystrašit jsou aktuální prostředky, kterými chtějí redakce upoutat pozornost. Denně média přinášejí lákavé polo odborné články se zdravotními a medicínskými tipy: „*Běh je receptem na dlouhý život*“, „*Červeným vínem proti kouření*“, „*Pět rad, jak omládnout o deset let*“, „*Zhubnout do plavek za měsíc*“, „*Česnek prodlouží váš život*“ apod. A tak bohatost zpráv vlastně naopak vyvolává jejich obsahovou chudost. Zdravotní tematika se k tomuto trendu samozřejmě hodí i taktéž. Definiční paskvily jako *infotainment*, *faction*, *edutainment* nebo *žurnanihilismus*²⁷, které jsme si již v této práci uváděli, vypovídají dostatečně o postavení médií v dnešním světě. Všechny české deníky prošly v uplynulých letech re-designem, který dbá více na obrazovou část novin, pestrost informací (ovšem zaměřenou na mainstream) a celkové zkrácení článků a reportáží. Negativní zprávy vyvažují ty „veselejší“, protože inzerenti nestojí o umístění reklamy mezi zprávou o hladomoru a válečným zpravodajstvím.²⁸ Všechny tituly pravidelně přinášejí speciální přílohy a různé bonusové vklady (včetně CD a DVD: *Cvičení s Hankou Kynychovou a Davidem Hufem*, *Pilátes*, *Jóga s Bleskem*, *Reiki se Zorou Jandovou* atd.), kterými chtějí soutěžit o zákazníky. Postoj spotřebitelů je ambivalentní, ovšem jejich pozornost se rozměňuje mezi různé mediální kanály. Přesto jsou pro ně tištěná média důležitou bránou ke zdrojům informací.

V předchozí kapitole jsme zmínili silné postavení zadavatelů reklamy. Zejména v tištěných titulech je daleko obtížnější poznat, jaké informace jsou zvoleny objektivní, a kdy se jedná

²⁷ Nybom popisuje žurnanihilismus jako druh novinářské „profesionality“, která ale nepotřebuje žádné zakotvení, žádnou specializaci, ani žádné předchozí zkušenosti. Jediným cílem je produkce unikátních informací podaných formou stravitelnou a zajímavou pro co nejširší okruh veřejnosti.

²⁸ Ke změně obsahu deníky donutila i úspěšnost bezplatných titulů (E15, Metro), které si Češi oblíbili, čímž o ně stoupl zájem i mezi inzerenty.

o zaplacený PR článek. Některé tituly placené články vizuálně odlišují jiným typem fontu, aby čtenáře okamžitě napadlo, že se dívá na komerční sdělení. Jenže zadavatelé reklamy se logicky snaží o co největší autenticitu a splynutí s grafickým stylem média. Novým trendem se proto staly spotřebitelské testy, kde se čtenář nemá jak dozvědět, na základě kterých kritérií redakce zvolila produkty do testování (*ukázky takové komerční prezentace viz příloha 6*; in: Marianne, Metro a Cosmopolitan). Jiný způsob komerce prostupující do objektivitu a neutrálnosti sdělovacích prostředků podává režisér dokumentárního filmu „Super Size Me“ Morgan Spurlock. Snímek popisuje experiment člověka, který se měsíc nestravuje jinde než v síti restaurací McDonald's. Efekt na metabolismus a postavu hlavního hrdiny je obrovský. Spurlock však v rozhovoru pro kulturní magazín Kobra (odvysíláno 7. 10. 2006 na švédské státní televizi SVT) uvedl jiný zajímavý poznatek. V každé zemi, kam během let 2005 a 2006 přijel snímek představit, sledoval mediální výstupy sdělovacích prostředků a všimnul si, že vždy minimálně jedna soukromá televize či velký deník odmítli rozsáhleji informovat o snímku Super Size Me. A někteří režisérovi otevřeně přiznali, že společnost McDonald's patří k jejich významným inzerentům.

Tabulka 5.3 Ženské tiskové tituly se čteností nad 200 000

Název titulu	Čtenost titulu	Pečujete cíleně o své zdraví? (odpověď ANO; v tisících)	Kde obvykle nakupujete volně prodejné léky a léčiva?	Užila jste v posledních 12 měsících vitamíny?	Utratíte za dámskou kosmetiku více než 200 Kč měsíčně?
Chvilka pro tebe	682 000	534 (78 %)	660 (97 %)	331 (49 %)	123 (18 %)
Blesk pro ženy	665 000	483 (72 %)	623 (94 %)	360 (54 %)	179 (27 %)
Ona Dnes	554 000	370 (67 %)	530 (96 %)	287 (52 %)	101 (18 %)
Katka	519 000	400 (77 %)	473 (91 %)	256 (49 %)	99 (19 %)
Svět ženy	506 000	364 (72 %)	488 (96 %)	297 (59 %)	133 (26 %)
Tina	386 000	282 (73 %)	362 (94 %)	189 (49 %)	73 (19 %)
Žena a život	364 000	296 (81 %)	362 (99 %)	218 (60 %)	98 (27 %)
Vlasta	364 000	266 (73 %)	326 (90 %)	189 (52 %)	-
Claudia	256 000	190 (76 %)	216 (84 %)	121 (47 %)	64 (25 %)
Glanc	256 000	179 (70 %)	237 (93 %)	154 (60 %)	59 (23 %)
Napsáno životem	215 000	-	-	-	-
Praktická žena	202 000	-	-	-	-

Zdroj: Media Projekt, 3. – 4. čtvrtletí 2009

Mezi dalšími zkoumanými formami trávení volného času je nejméně častá **četba časopisů**. Alespoň jednou týdně časopis otevře 67 % oslovených.²⁹ A jak můžeme vidět v tabulce 5.3, přes tři čtvrtiny čtenářek nejčtenějších tištěných titulů pro ženy uvedly, že o své zdraví pečují cíleně. Naprostá většina z nich nakupuje léky v lékárně a vitamíny si polovina z nich koupí alespoň jednou za rok. Co se týká kosmetiky, zhruba 20 – 25 % za ni měsíčně utratí více než 200 Kč. Takové údaje jsou zajímavé nejenom pro inzerenty, protože takto cílená reklama na ženy je efektivní, ale i pro samotné redakce titulů. Rubriky o zdraví se staly naprostou samozřejmostí a zvyšují čtenost titulů. Jiná otázka ovšem je, kdo o zdravotnických tématech píše. Na českém trhu se prodává přes 130 titulů (viz příloha 1), které ve svém obsahu rovněž zahrnují i tematiku zdraví. Nemůžeme tedy očekávat, že by v každém z periodik seděl kvalifikovaný odborník s lékařským vzděláním, kontrolující kvalitu publikovaných článků. Pohledem do tiráže ženských magazínů se o tom přesvědčíme sami.

5.3 Televize

Jak vyplynulo z průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění, volný čas tráví Češi nejraději u televize. Ze všech médií má proto televize největší vliv na náš mentální vývoj a značná část veřejnosti si na základě informací z tohoto média utváří svůj názor o světě. Vliv televize se ale přesouvá i do dalších druhů sdělovacích prostředků. Tisk stejně jako Internet přináší informace o známých tvářích z obrazovky (*Jolana Voldánová miluje život jako z románu* - Dáma; *Přemek Podlaha: Odvrácená tvář slavného zahrádkáře* - Blesk; *Ceny Filteru rozdovádějí psi a Saskia Burešová* - MF Dnes; *Dana Morávková: Mám ráda podpatky, ale zároveň vyměnit umím* - Ona Dnes). V České republice televizi ve volném čase sleduje 41 % dotázaných. Podle Asociace televizních organizací (ATO) stráví Češi sledováním televize v průměru tři a tři čtvrtě hodiny denně (Havlíčková 2009). Z dlouhodobého hlediska se jedná o pokles, který ATO vysvětluje stoupající rolí Internetu a větší nabídkou volnočasových aktivit. Televizní stanice se proto snaží přesunout své pořady na internetové stránky a zaujmout diváky i tam. Televizní pořady se pak totiž dají sledovat vlastně kdekoliv.

²⁹ In Marketing&Media: Ve volném čase se Češi především dívají na televizi (18. 1. 2010, bez autora)

Pořady věnované zdraví jsou především zábavního charakteru, **tzv. edutainment**. Tabulka 5.4 potvrzuje, že především magazíny a seriály tvoří nedílnou součást vysílacího schématu napříč všemi čtyřmi hlavními televizními stanicemi v ČR. Zábavní pořady, zejména seriály na komerčních stanicích, se staly komunikačním nástrojem. Zajímavé jsou pro inzerenty, kteří své značky propagují pomocí **tzv. product placementu** (kdy se konkrétní výrobky objeví jako součást filmového nebo seriálového příběhu), nebo si zaplatí úpravu scénáře, aby postavy příběhu řešili téma, které inzerent potřebuje zviditelnit. To je případ zejména seriálů ze zdravotnictví, kde se doktoři setkají s unikátním způsobem léčby a taková epizoda seriálu de facto propaguje metodu léčebného výkonu, na který ve skutečném životě soukromý subjekt drží patent (plastická chirurgie, oční operace, gynekologické zákroky atd.). Další výhodou propagace prostřednictvím televizních seriálů je složení jejich diváků. Často se jedná o skupinu populace s nižší socioekonomickým statusem, na které se jinak obtížně cílí přes digitální a tištěná média.

Tabulka 5.4 Pořady se zdravotní tematikou (ČT, Nova, Prima)

Týden 11. - 18. 3. 2010		
magazíny	seriály	dokumenty
Barvy života (ČT 1)	Dr. House (Nova)	Diabetes (ČT 2)
Cvičení ve Snídani s Novou a na ČT 2	Chirurgové (Prima)	Diagnóza (ČT 2)
Mladší o pár let (Prima)	Ordinace v růžové zahradě (Nova)	Přímé přenosy operací ze Střešovic (ČT 24)
Pod pokličkou (ČT 1)	Sanitka (ČT 1)	
Sama doma (ČT 1)	Stefanie (Nova)	V odborné péči (ČT 2)
Vizita (Nova)	Zázraky života (Prima)	
Jste to, co jíte (Prima)	<i>Zdroj: vlastní obsahová analýza televizního programu</i>	

Nadace rodiny Kaiserových, kterou jsme v této práci již zmiňovali, přinesla zajímavou studii „*How healthy is prime time*“. Některé poznatky z této studie použijeme, abychom si demonstrovali vliv televize v otázkách zdraví a zdravotnictví na veřejnost. Nejprve si ukážeme, jak vypadal americký žebříček nejsledovanějších televizních pořadů v letech 2004 až 2006. Zjistíme totiž, že skladba večerních televizních pořadů je velmi podobná té české, kterou nyní vysílají soukromé stanice.

Tabulka 5.5 Nejsledovanější večerní pořady v USA (2004 – 2006)

2004	2005	2006
Friends (Přátelé)	Desperate Housewives (Zoufalé manželky)	Grey's Anatomy (Chirurgové)
CSI (Kriminálka Las Vegas)	CSI	Desperate Housewives
ER (Pohotovost)	ER	House
Will & Grace	Lost (Ztracení)	CSI
CSI: Miami	The Simpsons	ER
Without a Trace	Without a Trace	24
Everybody Loves Raymond	CSI: Miami (Kriminálka Miami)	Law & Order: SVU
That 70s Show	House (Dr. House)	CSI: Miami
Law & Order: CI	Medium	Without a Trace
Law & Order	24 (24 hodin)	My Name is Earl

Zdroj: The Kaiser Family Foundation: How healthy is prime time? (2008, str. 5)

Podle nadace Kaiserových v letech 2004 – 2006 odvysílaly americké stanice dohromady 515 epizod seriálů uvedených v tabulce 5.5. Šest z deseti epizod obsahovaly ve scénáři zdravotní tematiku.³⁰ Od roku 2004 se tento poměr zvýšil o patnáct procentních bodů z 51 % na 66 %. Následující tabulka jmenuje nejčastější zdravotnické okruhy zmíněné v seriálech a také jakým způsobem byla témata v seriálu představena.

³⁰ The Kaiser Family Foundation: How healthy is prime time? (2008: 5)

Tabulka 5.6

Nejsledovanější večerní pořady v USA (2004 – 2006)

Témata	% zastoupení
Exotické choroby	26 %
Neúmyslná zranění	11 %
Zranění související s motorismem	7 %
Těhotenství a porody	7 %
Duševní zdraví	6 %
Srdeční choroby	6 %
Nezákonné zneužívání návykových látek	6 %
Rakovina	5 %
Alkoholismus	4 %
Zneužívání léků na předpis	4 %
Jedovaté látky	4 %
Plicní onemocnění	2 %
Dárcovství orgánů	2 %
Cukrovka	1 %
Útok zvířete	1 %

Zdravotní informace v příbězích	% zastoupení
Symptomy	65 %
Léčba	59 %
Diagnóza	50 %
Rizikové faktory	31 %
Komplikace	23 %
Prognóza	17 %
Prevence	10 %

Poznámka: Žebříček nejsledovanějších pořadů USA sestavuje Television Monitoring Project a do měření zahrnuje osoby ve věku 18 – 49 let.

Zdroj: The Kaiser Family Foundation: How healthy is prime time? (2008: 6)

Citovaná studie se zaměřila i na kvalitu zprostředkovaných informací. Některé příběhy přinesly divákům poučné informace, některé pouze nastínily témata bez větších detailů. Sami vidíme v tabulce 5.6, že nejvíce pozornosti bylo v seriálech věnováno popisu symptomů a způsobu léčby onemocnění, naopak informace o prevenci dostaly ve vysílání nejméně prostoru. Žádné poučení nepřinesla podle této studie pětina epizod všech zkoumaných seriálů, slabý vzdělávací charakter měla taktéž pětina, středně silný třetina a velmi silný taktéž třetina epizod.³¹ Můžeme tedy říci, že zhruba 60 % všech epizod nejsledovanějších amerických seriálů z let 2004 - 2006, které se v převážné většině nyní vysílají i v České republice (viz tabulka 5.4), obsahovala informace o zdraví s poučným charakterem, který výzkumný tým Nadace Kaiserových hodnotil jako středně silný či silný. Polovina všech příběhů se odehrála v lékařském prostředí a zobrazovala interakci mezi lékařem a pacientem. Zprostředkované informace se nejvíce věnovaly příznakům nemocí a jejich léčbě, jedna z deseti epizod všech seriálů pak prevenci.

³¹ The Kaiser Family Foundation: How healthy is prime time? (2008, str. 7)

Pro většinu zdravotnických organizací je prioritou efektivní schopnost komunikace s veřejností. Ať se jedná o komunikaci prevence obezity, zvýšení povědomí o systému pojištění nebo podporu screeningu rakoviny, sdělování informací o zdraví je důležitou součástí úsilí subjektů působících ve zdravotnictví. Takové komunikační strategie často zahrnují využití televize - například prostřednictvím zpravodajství, které přinese záznam z tiskové konference, případně natočí reportáž podle zaslané tiskové zprávy, nebo zaplacením komerční reklamy propagující poskytované služby. Čím dál častěji se ale pracuje s již zmíněným "**product placementem**", tedy že se do populárního televizního programu (seriál, reality show, sitcom, talk show) vloží informace o zdraví s odkazem na konkrétní značku či výrobek. Tento způsob zviditelnění zasahuje široké pole diváků, kteří navíc komerční informaci nevnímají s takovou citlivostí, jako kdyby byla propagována v bloku vymezeném pro reklamy. Popsaný komunikační nástroj bude asi i nadále dominovat před placenou inzercí na Internetu, jelikož velikost televizního publika je bezkonkurenční. Nadace rodiny Kaiserových se pokusila změřit účinnost seriálového "edutainmentu", aby zjistila, jak by se touto cestou daly komunikovat zdravotní informace. Jejich studie popisuje unikátní příležitost, kdy bylo konkrétní sdělení o zdraví umístěno do scénáře seriálu Chirurgové. Stejně jako v České republice, patří i v Americe k nejsledovanějším večerním pořadům a v průměru jej sledovalo 20 milionů diváků. Seriál popisuje životy mladých lékařů z fiktivní nemocnice Grace v Seattlu, ale zaměřuje se také na případy z praxe zdravotnického personálu tohoto zařízení. Právě to nabízí množství příležitostí pro komunikaci zdravotnických informací veřejnosti, ať už v rámci vědomého úsilí o vzdělávání, nebo náhodně jako součást přirozeně se vyvíjejícího děje jednotlivých epizod. Ve spolupráci s režisérem seriálu Chirurgové bylo vybráno téma, které splňovalo následující tři kritéria:

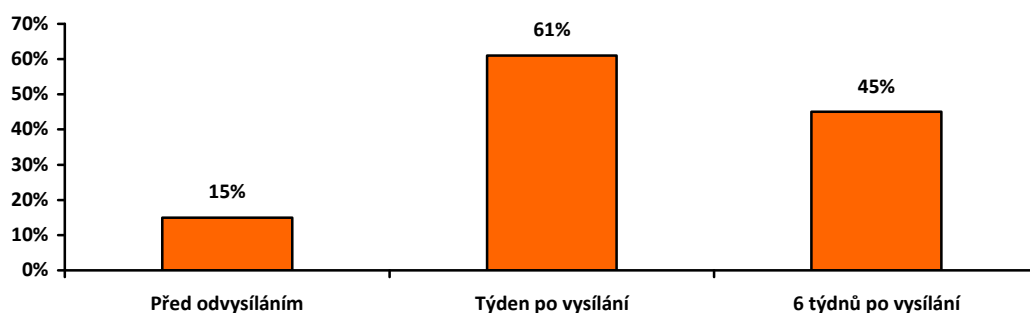
- 1) Muselo být dostatečně lákavé pro diváky,
- 2) nesmělo být do té doby příliš komunikované,
- 3) muselo být jednoduše pochopitelné, aby se dalo průzkumem veřejného mínění změřit.

Nakonec byla zvolena problematika relativně nízkého rizika přenosu viru HIV z matky na dítě, pokud se HIV-pozitivní matce dostalo řádného lékařského ošetření v průběhu těhotenství. Bez léčby a medikace je totiž riziko přenosu viru z matky na dítě poměrně vysoké (25%) a v minulosti se v USA rodily stovky infikovaných dětí každý rok. V současnosti se díky včasné medikaci snížilo riziko přenosu na pouhá dvě procenta. A tento způsob léčby je považován za

jeden z největších medicínských úspěchů v boji proti HIV/AIDS. Ovšem jen malá část veřejnosti ví o tomto pokroku, který byl učiněn, proto bylo toto téma zvoleno k pokusu.

Prvního května 2008 byla odvysílána epizoda o devatenáctileté matce nakažené virem HIV, která s přítelem přichází do nemocnice na těhotenský test. Dívka se dozví, že je těhotná, a okamžitě se rozhodne pro potrat, protože nechce porodit infikované dítě. Ošetřující lékař matce vysvětlí, že při správné medikaci může být riziko přenosu nákazy na dítě redukováno na minimum. Matka se však na doktora oboří, že se snaží ovlivnit její rozhodnutí. V příběhu pak několikrát lékař opakuje, že je zde 98% šance, že se dítě narodí zdravé. Nadace Kaserových sledovala názory veřejnosti ve třech etapách: týden před odvysíláním této epizody, v týdnu po odvysílání a následně šest týdnů dále. Znalost o přenosu viru z matky na dítě se zvýšila po odvysílání zmíněné epizody. Otázka byla respondentům položena takto: „*Pokud žena infikovaná virem HIV čeká dítě a dostane se jí řádné medikace, jak vysoká je šance, že se jí narodí dítě neinfikované virem HIV?*“

Graf 5.3 Podíl respondentů, kteří odpověděli, že je zde více než 90% šance



Zdroj: *The Kaiser Family Foundation: A Case Study of Grey's Anatomy (2009, str. 3)*

Před odvysíláním epizody zodpovědělo položenou otázku pouze 15 % respondentů správně. Znalost správné odpovědi byla logicky naměřena nejvyšší během týdne po odvysílání příběhu a po šesti týdnech dosáhl výsledek správných odpovědí 45 %. To je stále o třetinu více, než při prvním měření. Pokud bychom toto číslo převedli na počet Američanů, znamená to, že se po

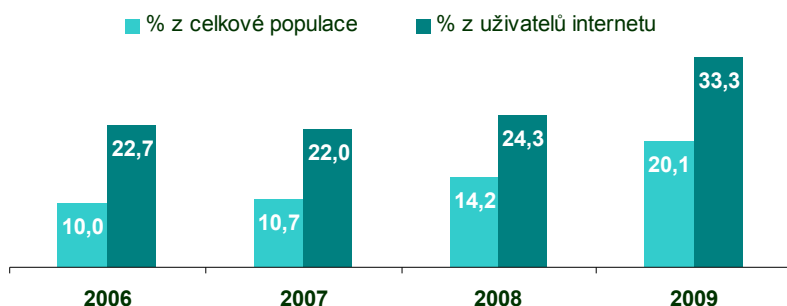
zhlédnutí seriálu tři miliony obyvatel dozvěděli novou informaci. Můžeme proto konstatovat, že se diváci při sledování seriálu dozvěděli a zapamatovali si něco nového. V této studii se také snažilo zjistit, jak diváci se získanou informací pracovali dále. Třetina dotázaných uvedla, že o seriálu často mluví s přáteli a rodinou. Nejvíce se však sdělení z této epizody šířilo pomocí blogů. Pomocí vyhledávače Google bylo nalezeno 35 různých blogů, kde byla probírána statistika přenosu viru z matky na dítě, případně kde bylo možné shlédnout úryvek ze seriálu. Tato studie tedy pomohla potvrdit roli „edutainmentu“ a potvrdila úlohu seriálu při vzdělávání diváků v oblasti zdraví a zdravotnictví.

5.4 Internet

Český statistický úřad každoročně sleduje, jak jednotlivci využívají Internet k vyhledávání informací o zdraví (např. informace o nemocech, výživě, životosprávě atd.). Výstupy za ČR díky tomu můžeme porovnat s informacemi z ostatních zemí EU.

5.4.1 Klasifikace uživatelů Internetu vyhledávajících informace o zdraví

Graf 5.4 **Jednotlivci v ČR ve věku 16 - 74 let využívající Internet k hledání informací o zdraví**

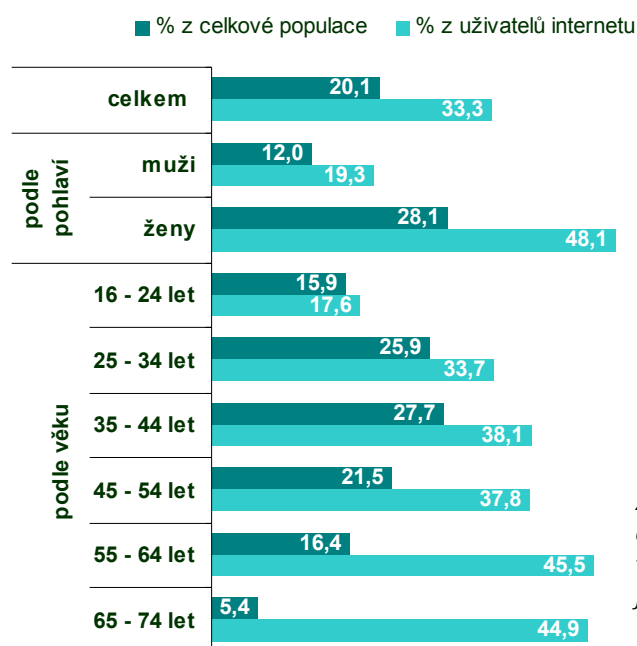


Zdroj: ČSÚ, Šetření o využívání ICT v domácnostech a mezi jednotlivci (2009)

Internet k vyhledávání informací o zdraví používá v České republice stále poměrně malá část populace. V roce 2009 hledalo na Internetu informace o zdraví pouze 20 % české populace, oproti stavu v roce 2006 jde o nárůst 10 procentních bodů s nejvyšším přírůstkem mezi lety

2008 a 2009. Podíly za uživatele Internetu se za roky 2006 - 2008 příliš neměnily, k výraznějšímu nárůstu došlo teprve za loňský rok. V roce 2006 tak používalo elektronickou síť i pro účely vyhledávání informací o zdraví 23 % uživatelů, v roce 2009 již ale Internet používala třetina populace.

Graf 5.5 **Jednotlivci v ČR ve věku 16 - 74 let využívající Internet k hledání informací o zdraví podle pohlaví a věkových skupin (2009)**



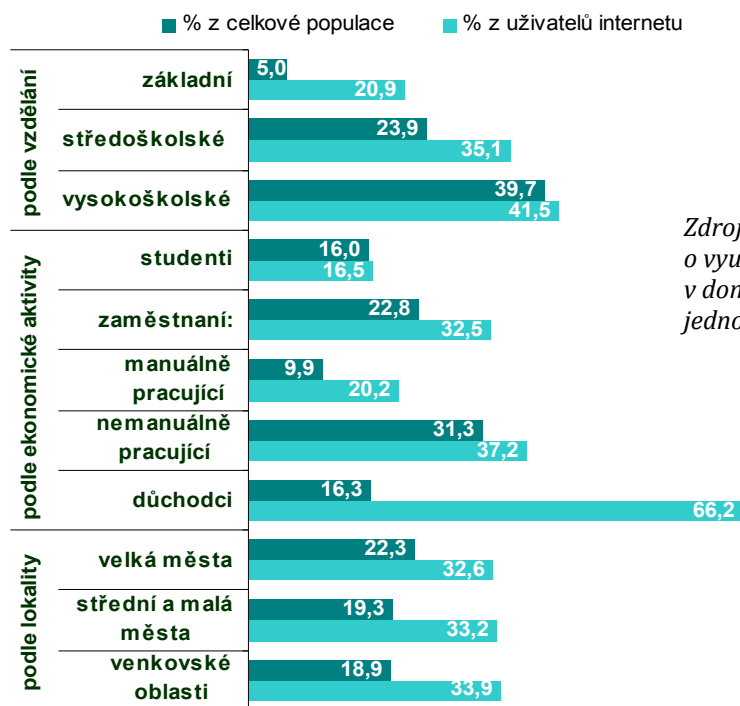
Zdroj: ČSÚ, Šetření o využívání ICT v domácnostech a mezi jednotlivci (2009)

Jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, zdravotní tématiku budou na Internetu vyhledávat především ženy (NetMonitor, leden 2010). To potvrzují i výsledky Českého statistického úřadu (viz graf 5.5). V roce 2009 třetina českých žen vyhledávala informace o zdraví na webových stránkách. Oproti tomu mužů bylo pouhých 12 %. Pokud bychom zkoumali pouze uživatelky, dokonce polovina z nich vyhledávala informace o zdraví. Mezi muži – uživateli Internetu byla těch, kteří vyhledávali zkoumané informace, jen pětina. Zaměříme-li se na jednotlivé věkové skupiny respondentů, nejvyšší měrou vyhledávají informace o zdraví osoby ve věku 35 - 44 let (28 %) a jednotlivci ve věkové skupině 25 - 34 let, kteří vykazovali podíl 26 %. S rostoucím věkem respondentů pak míry využívání dané internetové činnosti postupně klesají. Nejmladší věková skupina ve věku 16 - 24 let dosáhla za rok 2009 podílu 16 %, tedy druhý nejnížší hned po nejstarší věkové skupině. V rámci věkových skupin uživatelů Internetu dominují oproti podílům

z celkové populace naopak nejstarší věkové kategorie. V roce 2009 tak využívalo elektronickou síť pro daný účel 46 % všech uživatelů Internetu ve věku 55 - 64 let a 45 % všech uživatelů ve věku 65 - 74 let. Uživatelů Internetu je v tomto věku nemnoho a u těch, kteří se již k síti připojují, chápeme jejich zájem o tento druh informací jako logický.

Vyhledávání informací o zdraví na Internetu samozřejmě nezávisí pouze na pohlaví respondenta, ale také na mnoha dalších faktorech, např. na dosaženém vzdělání, ekonomické aktivitě nebo třeba i na lokalitě, kde respondent bydlí (viz graf 5.6).

Graf 5.6 Jednotlivci v ČR ve věku 16 - 74 let využívající Internet k hledání informací o zdraví podle vzdělání, ekonomické aktivity a lokality (2009)³²

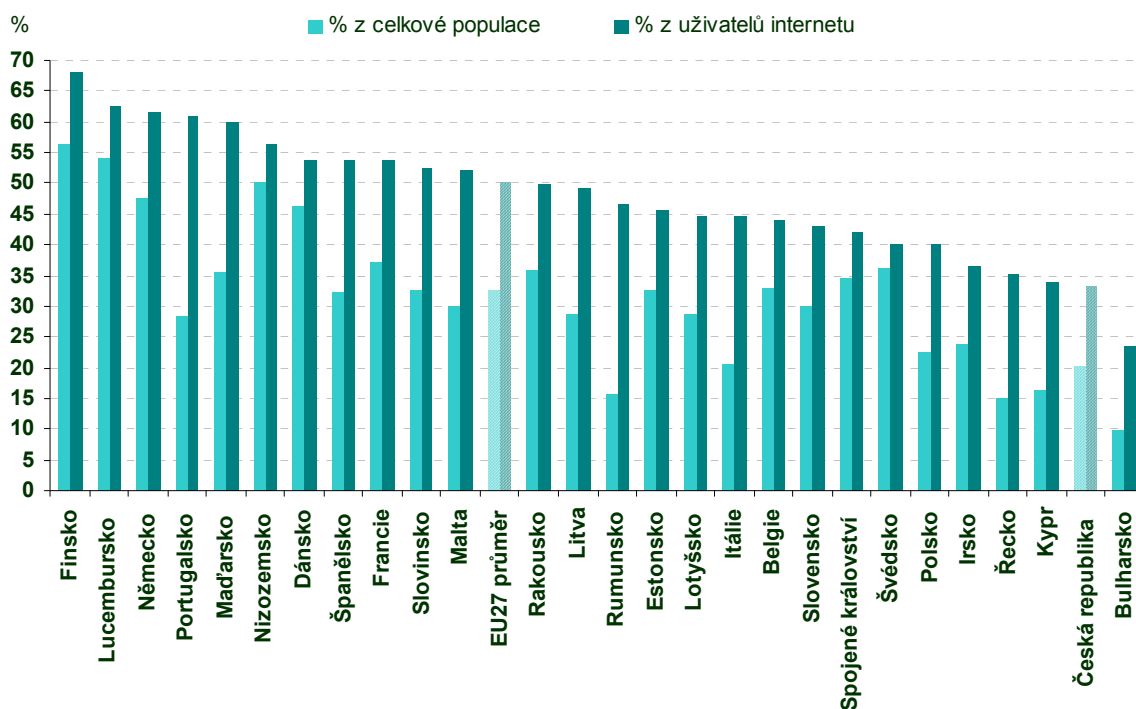


Zdroj: ČSÚ, Šetření o využívání ICT v domácnostech a mezi jednotlivci (2009)

³² Kategorie **vzdělání** publikována za jednotlivce ve věku 25 - 64 let • Skupina **důchodci** publikována za jednotlivce do 74 let • **velká města** – lokalita s hustotou populace vyšší než 500 obyvatel na km² a celkovým počtem obyvatel nejméně 50 000 (zóna vysoké hustoty zalidnění) • **střední a malá města** – lokalita s hustotou populace vyšší než 100 obyvatel na km² a celkovým počtem obyvatel nejméně 50 000 (zóna střední hustoty zalidnění) • **venkovské oblasti** – lokalita, která nepatří ani k jedné z předchozích (zóna nízké hustoty zalidnění)

Graf 5.6 ukazuje jasnou závislost využívání elektronických médií pro vyhledávání informací o zdraví na dokončeném vzdělání, ekonomické aktivitě respondentů a také na typu lokality, kde respondent bydlí. Zkoumaný typ informací v roce 2009 nejvíce vyhledávali jednotlivci s vysokoškolským vzděláním (40 %), středoškolsky vzdělaní dosáhli výrazně nižšího podílu (24 %) a pouze 5 % populace s dokončeným základním vzděláním vyhledávalo informace o zdraví na Internetu. Studenti a důchodci se dané internetové činnosti věnovali v roce 2009 pouze v případě 16 % z nich. Jednotlivci, kteří byli v době průzkumu zaměstnaní, vyhledávali informace o zdraví na Internetu podílem 23 %. I mezi zaměstnanými jednotlivci se vyskytují rozdíly; osoby pracující manuálně vykázaly podíl pouze 10 %, kdežto jednotlivci s nemanuální profesí 31 %. Podíly za sledované ukazatele vztažené na uživatele Internetu vykazují v podstatě stejné závislosti a pořadí jako v případě hodnoty za celkovou populaci. Výraznou výjimku tvoří důchodci, když 66 % z nich využívalo Internet ke sledovanému účelu a výrazně tak předčili ostatní skupiny.

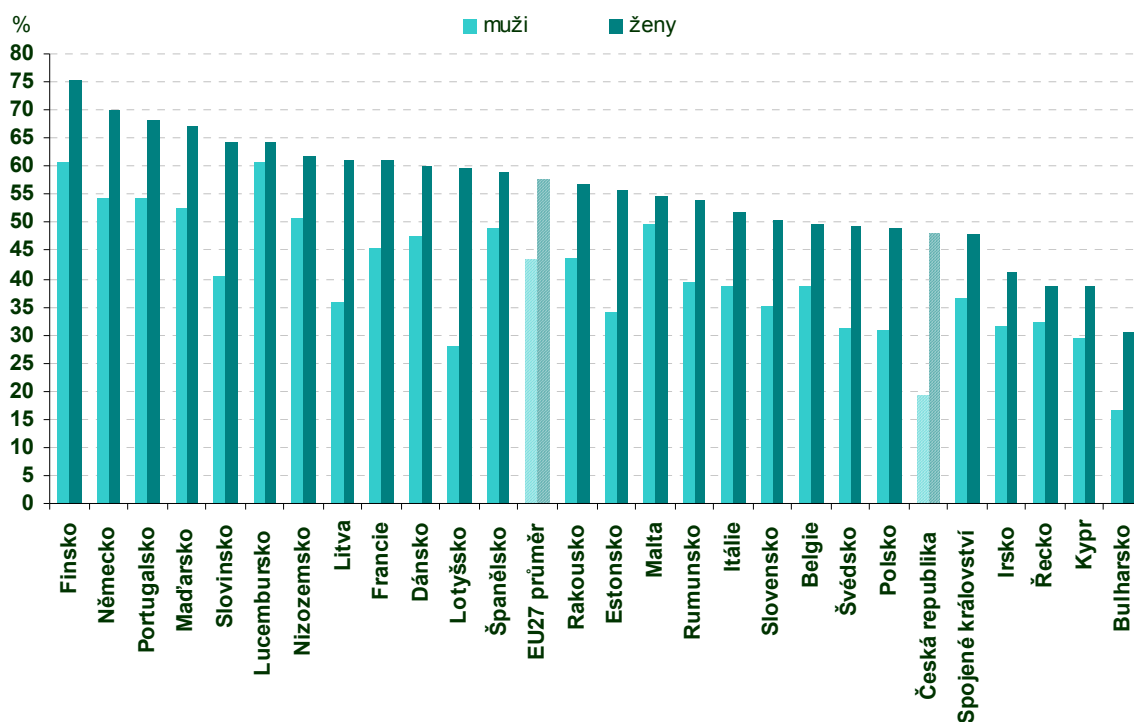
Graf 5.7 Jednotlivci v zemích EU ve věku 16 až 74 let používající Internet k vyhledávání informací o zdraví



Zdroj: Eurostat, 2009

Postavení České republiky je mezi ostatními sledovanými státy Evropské unie celkem nepříznivé. Informace o zdraví na Internetu v roce 2009 vyhledávala pouze třetina jeho uživatelů, což nás řadí na předposlední 26. místo. Průměr za evropskou sedmadvacítku převyšuje Českou republiku o 17 procentních bodů (v předešlém roce činil o 20 procentních bodů³³), a dosáhl tak v daném roce 50 % (tj. každý druhý uživatel Internetu v EU jej používal také k vyhledávání informací o zdraví). A zaměříme-li se na podíly z celkové populace daného státu, pak zaujímá ČR mezi státy EU 23. místo s 20 % (opět mezi posledními), průměr EU27 činil v roce 2009 za celkovou populaci 33 %.

Graf 5.8 Jednotlivci v zemích EU ve věku 16 až 74 let používající Internet k vyhledávání informací o zdraví podle pohlaví



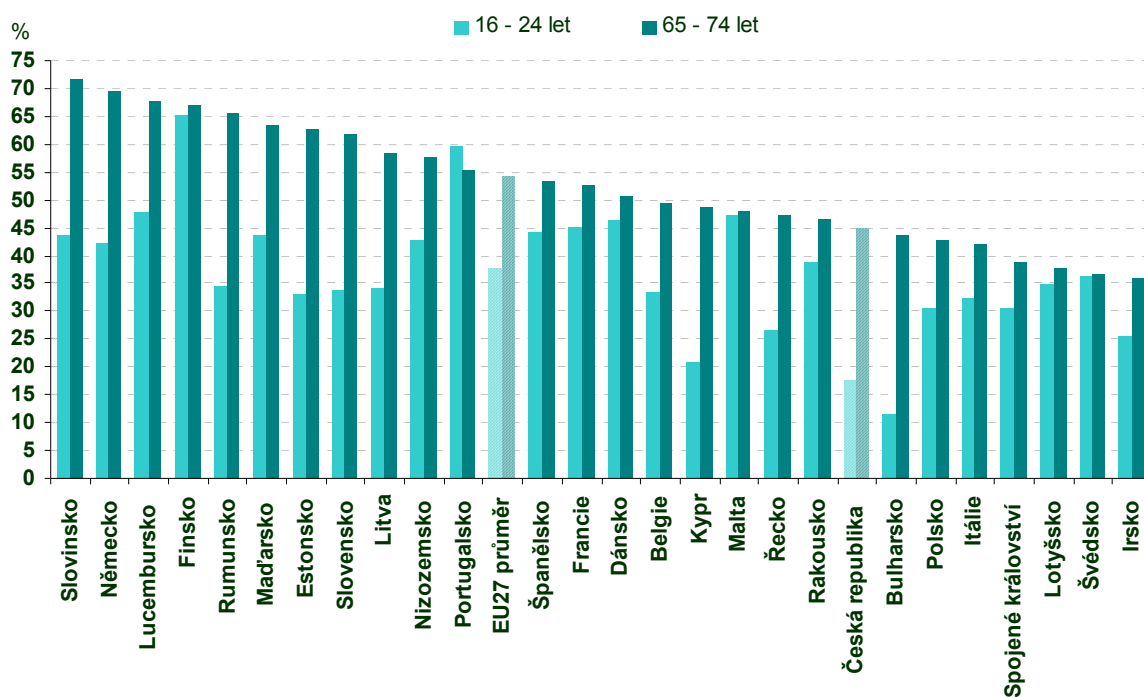
Zdroj: Eurostat, 2009

Ve využívání Internetu dominují v rámci všech zemí EU k vyhledávání informací o zdraví ženy. Muži, kteří používají Internet, se jeho pomocí věnují vyhledávání daných informací nejvíce

³³ Ústav zdravotnických informací: www.uzis.cz

v Lucembursku a Finsku, kde podíly přesahují 60 %. Naopak nejméně muži vyhledávali informace o zdraví v České republice (19 %) a Bulharsku (17 %). Průměr uživatelů – mužů činil v Evropské unii 43 %. Češky zaujaly mezi evropskými státy 22. místo s podílem 48 %. To znamená, že každá druhá česká uživatelka Internetu si našla v roce 2009 čas také na vyhledávání informací o zdraví. Na opačném konci s podíly pod 40 % stojí ženy - uživatelky Internetu v Řecku, na Kypru a v Bulharsku. Mezi země, kde ženy dominují v dané internetové činnosti nad muži nejvyšším rozdílem, řadíme Lotyšsko, Českou republiku a Litvu. Rozdíl zde činil více než 25 procentních bodů.

Graf 5.9 Uživatelé Internetu v zemích EU používající Internet k vyhledávání informací o zdraví podle věku



Zdroj: Eurostat, 2009

Ve věkové skupině 65 - 74 let zaujala ČR s podílem 45 % mezi sledovanými státy EU 20. pozici. Ve sledované skupině uživatelů Internetu ve věku 16 - 24 let jsou podíly za danou internetovou činnost obecně nižší, než za věkovou skupinu nejstarší (mladí lidé sice informace o zdraví vyhledávají větší měrou než staří v rámci celkové populace, jelikož ale staří lidé používají

internet méně, při přepočtu na uživatele Internetu jsou podíly vyšší). S podíly mezi 10 - 20 % obsadili mladí Češi spolu s Kypr a Bulharskem nejnižší příčky.

5.4.2 Průzkum obsahu webových stránek nemocnic

A co například mohou čeští uživatelé Internetu najít za informace o zdravotnictví? Podívejme se na stránky českých nemocnic. To jsou totiž zařízení, která v celé zemi nabízí podobné „služby“, proto je mezi sebou můžeme srovnávat. Průzkum obsahu webových stránek zdravotnických zařízení (nemocnic a fakultních nemocnic dle aktuálního seznamu Ministerstva zdravotnictví) byl v České republice poprvé realizován v roce 2004 jako součást projektu *Web Site Content Survey* a za ČR jej zajišťuje Český statistický úřad. Jedná se o kvalitativní výzkum, jehož základním smyslem je doplnit informace, které má k dispozici Ústav zdravotnických informací. Jak sami uvidíme, česká zdravotnická zařízení se na Internetu prezentují spíše pasivně, pacientům mnoho informací nenabízejí.

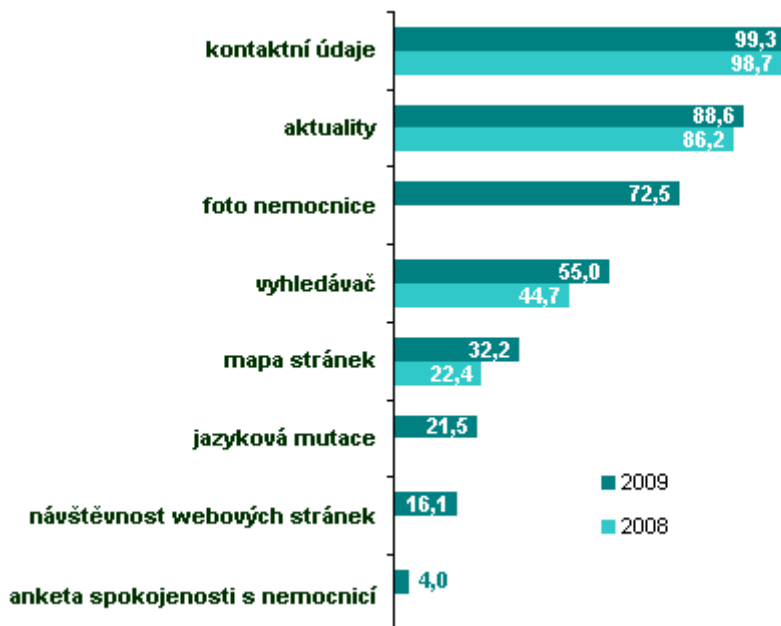
Z celkového počtu nemocnic v České republice disponuje vlastními webovými stránkami 149, tedy 95 % z nich. Internetovou stránku nevládní pouze pět nemocnic a tři nemocnice měly v průběhu šetření stránky v rekonstrukci. Internetové stránky 143 nemocnic mají doménu „cz“, čtyři nemocnice „eu“ a dvě „com“. Pro srovnání, v roce 2005 disponovalo internetovými stránkami 86 % všech nemocnic, podíl zdravotnických zařízení s webem se tedy za čtyři roky zvýšil o téměř 10 %.

Tabulka 5.6 Počet šetřených nemocnic v krajích (ČR, červen – červenec 2009)

Kraj	Šetřených nemocnic (z toho fakultních)	Z toho s funkční webovou stránkou	Poznámka
Praha	20 (5)	19	Vzorek zahrnoval celkem 157 zdravotnických zařízení, z toho 146 nemocnic a 11 fakultních nemocnic ČR • Definice sledovaných ukazatelů viz Příloha 4
Středočeský	20 (0)	18	
Jihočeský	8 (0)	8	
Plzeňský	9 (1)	7	
Karlovarský	5 (0)	5	
Ústecký	10 (0)	10	
Liberecký	8 (0)	8	
Královéhradecký	10 (1)	10	
Pardubický	7 (0)	6	
Vysočina	6 (0)	6	
Jihomoravský	20 (2)	19	
Olomoucký	8 (1)	8	
Zlínský	8 (0)	8	
Moravskoslezský	18 (1)	17	

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic_2009_20091118

Graf 5.10 Informace zobrazované na domovské stránce nemocnic



Zdroj: *tamtéž*

Domovské stránky nemocnic slouží k zobrazení základních informací o zdravotnickém zařízení a zároveň více či méně přehledně navádí uživatele k tomu, kde by měl hledat informace podrobnější a specifické jeho potřebám. Ze základních informací zobrazovaných na domovských stránkách dominují kontaktní údaje (adresa, telefon, fax, email,...) na příslušné zdravotnické zařízení, které jsou v podstatě uváděny ve všech případech. Pokud uživatel na domovské stránce hledá přímý kontakt na konkrétního zaměstnance, bude úspěšný v 75 % případů. Email na ošetřující personál nalezne s pravděpodobností 84 %. Moderní metodou, jak lze kontaktovat nemocnici, je tzv. on-line formulář. Uživatel v něm vyplní osobní údaje, emailovou adresu a spolu s dotazem odešle do zařízení. Tuto formu kontaktu umožňuje 40 % nemocnic. V roce 2008 to bylo jen 27 % zařízení.

On-line formuláře

home > On-line formuláře > Žádost o informaci

Žádost o informaci

Jméno: *

Příjmení: *

Ulice:

Město:

PSČ:

Stát:

Telefon:

E-mail: *

Typ dotazu: ▼

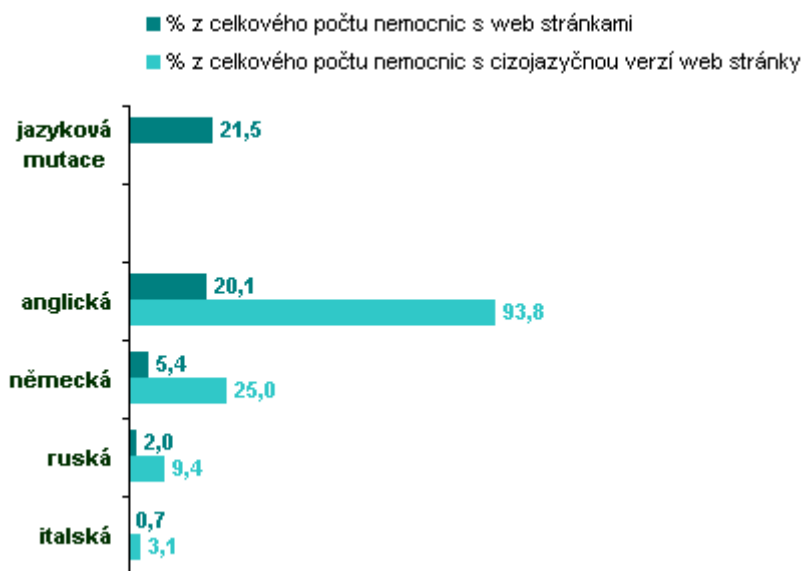
Dotaz *

* Povinné údaje

Obrázek 1 - online formulář nemocnice Na Homolce

Důležitou součástí úvodních stránek je vyhledávač. Ten se však objevil pouze u 55 % nemocnic. Tzv. mapa stránek byla nalezena u třetiny webů (32 %) a cizojazyčnou verzi obsahu stránek nabízí ale pouze pětina nemocnic (22 %). Pouze 32 nemocnic tedy prezentuje své zařízení také v cizím jazyce. Nejčastěji v anglickém (20 %), německém (5 %), ruském (2 %) a italském (jedna nemocnice v Jihomoravském kraji).

Graf 5.11 Cizojazyčné verze internetových stránek nemocnic

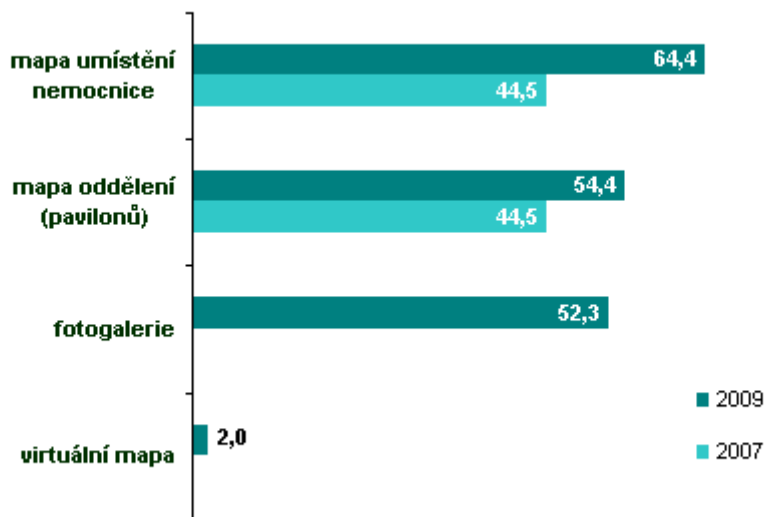


Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic_2009_20091118

Téměř všechny nemocnice publikují informace o ordinačních hodinách jednotlivých oddělení a informace o sobě (historie zařízení, informace o zaměření nemocnice atd.). V loňském roce začal ČSÚ zkoumat nové ukazatele, jak nemocnice informují o možnostech dárcovství krve, regulačních poplatcích a zda publikují kodex práv pacientů. Dárci krve by našli informace ve 38 % případech, práva pacientů do obsahu stránek zahrnuje 54 % nemocnic a informace o poplatcích najdeme u poloviny webových stránek zdravotnických zařízení. Ovšem sledování publikování regulačních poplatků je trochu sporná záležitost, jelikož některé kraje využívají toto téma v rámci politické kampaně. Pokud bychom se zaměřili na obrazové informace, většina nemocnic (65 %) uvádí mapu s umístěním zařízení a informace, jak se do areálu dostat (MHD, autem, ...). Fotografie nemocnice poskytuje na homepage téměř 73 % sledovaných zdravotnických zařízení, počet návštěvníků webových stránek lze zjistit na stránkách 16 % nemocnic a pouze šest nemocnic (4 %) umístilo na svůj web anketu spokojenosti s nemocnicí. V roce 2007 tyto informace uvádělo o pětinu nemocnic méně. Plánek areálu nemocnice uvádí na svých stránkách 54 % zařízení. Virtuální mapa nemocnice se zatím objevila jenom ve dvou pražských nemocnicích a jedné v Ústeckém kraji. Přidejme ještě několik doplňujících informací, které nemocnice publikují. Setkat se můžeme například s nabídkou volných pozic (90 % nemocnic), možnostech vzdělávání a výzkumu (62 % zařízení, zejména díky fakultním

nemocnicím), odkazy na spřízněná zařízení či stránky obce (54 %), dobrovolnické programy (12 %).

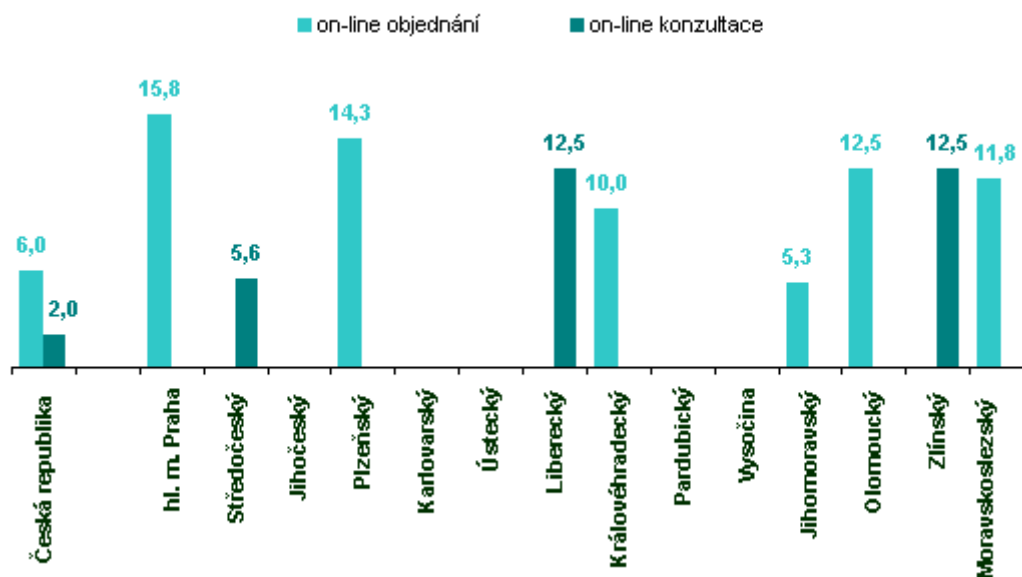
Graf 5.12 **Obrazové informace na internetových stránkách nemocnic**



Zdroj: tamtéž

Zmínili jsme se o online formulářích, přes které může pacient položit svůj dotaz. Možnost objednat se k lékaři na vyšetření pomocí online vyplňovaného a zasílaného formuláře zatím nabízí pouze devět nemocnic v sedmi krajích ČR. Pouze tři nemocnice v České republice nabízejí online konzultaci s lékařem.

Graf 5.13 Online aplikace na internetových stránkách nemocnic (2009; ČSÚ)



Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic_2009_20091118

Jak vyplynulo z této kapitoly, 95 % českých nemocnic vlastní webovou stránku, kde mohou návštěvníci Internetu najít především kontaktní údaje (99 %), aktuality z vybraného zdravotnického zařízení (89 %), fotografie areálu (73 %) a základní vyhledávač obsahu (55 %). Prezentovaný obsah je zatím ale spíše pasivní, online formuláře pro dotazy, objednání k lékaři či konzultaci s lékařem zavedlo na svých stránkách jen šest procent zařízení. Ovšem zůstat v kontaktu s veřejností se 10 % nemocnic snaží například pomocí kanálu RSS (čtečky novinek) nebo možností zasílání novinek do emailové schránky (5 % zařízení). Podle zkušeností Světové zdravotnické organizace, nemocnice, usilující o aktivní kontakt s veřejností, mívají také lepší vztah s lokálními médii. Vstřícný způsob komunikace jim totiž pomáhá navázat dobrý vztah s médii a mohou tak často předejít pomluvám nebo zmírnit dopad negativních zpráv o jejich zařízení.

On-Line registrace k vyšetření - Radiologické oddělení - Vítkovická nemocnice a.s. [Přihlásit se]

Vítkovická nemocnice
Člen skupiny AGEL

Mamografický screening
přihlašovací formulář

Krok 1. - osobní údaje

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Datum narození: . .

Telefon:

Email:

Poslední návštěva: . . První vyšetření

Krok 2. - zvolte datum

Měsíc: **Den:**

Krok 3. - zvolte čas vyšetření

7:00
 7:15
 7:30
 8:00
 8:15
 8:30
 8:45
 9:00
 9:15
 9:30
 9:45
 10:00
 10:10
 10:20
 10:30
 10:40
 10:50
 11:00
 11:10
 11:20
 11:30
 11:40
 11:50

Obrázek 2 - Na mamografické vyšetření se mohou pacientky objednat online například ve Vítkovické nemocnici v Ostravě (<http://www.nemvitkovice.cz/vysetreni/>)

5.5 Lékaři a média

Média mají důležitou úlohu při šíření informací směrem k veřejnosti. Rychlost zprostředkování sdělení je dnes téměř okamžitá, což může vést k chování populace, na které je těžké se stejnou rychlostí reagovat. Navíc nabídka tištěných i digitálních titulů je dnes obrovská a vydavatelé se snaží upoutat pozornost potenciálního „konzumenta“ právě na své médium. Z banálních případů se pak mohou snadno stát velké kauzy, které lákají k nákupu titulu. David McDaid v článku pro časopis Eurohealth uvádí příklad z Británie, kdy senzacechtivý novinář objevil ve vědeckém magazínu rozhovor o zkoumání negativních účincích jisté vakcíny na kojence. Zprávu však podal způsobem, jako by zmíněná vakcína opravdu obsahovala všechny vyjmenované negativní faktory a díky šíření této poplašné zprávy médiu se mu podařilo ve Velké Británii znejistět 8 %

matek, které během následujícího roku odmítly nechat své děti očkovat.³⁴ Takový efekt je bohužel dlouhotrvající, důvěra v očkování dlouhodobě poklesla a rodiče raději volili riziko infekce svého dítěte, než-li by podstoupili „rizikovou“ vakcinaci.

Opačný případ popisuje McDaid z Itálie, kde média informovala o úspěšném léku proti rakovině (di Bella), který ale ve skutečnosti ještě nebyl otestovaný. Tlak veřejnosti a pacientů, kteří se chtěli zapojit do testování, ovlivnil ministerstvo zdravotnictví, které bez prověření projektu přidělilo výzkumnému ústavu nemalou finanční podporu. Nakonec byla prokázána neefektivita výzkumu, peníze byly použity vniveč a onkologičtí pacienti zažili další velké zklamání.

Jiná poplašná zpráva stála kanadskou pobočku Červeného kříže přes 11 milionů kanadských dolarů. Poté, co média citovala jistého amerického hematologa, který se zabýval Creutzfeldt-Jakobovou nemocí³⁵ a zkoumal odchylky v krevním obrazu u pacientů trpících CJD. Jenže zpráva se v Kanadě rozšířila jako zvěst o novém viru, který dokáže zabít, a vyvolala paniku, kdy Červený kříž na základě poplašné zprávy zničil zásoby krve sesbírané z transfúzních stanic, které samozřejmě nebyly otestovány na CJD. Jak zpráva Davida McDaida dále připomíná, taková panika a poptávka po testování krve nebyla nikdy v minulosti vyvolána ani obavou z šíření hepatitidy typu C nebo virem HIV. Stačila však jedna zpráva v médiích, která vystrašila Kanadany.

Z uvedených příkladů vyplývá, že média mohou mít kladný, stejně tak negativní vliv na šíření informací o zdraví. Způsob, jakým média komunikují, je bohužel očividně spjat se snahou ulovit senzaci a přesvědčit čtenáře k „nákupu“ žhavé novinky. Výzvou pro každý stát by měla být snaha zabránit podobným mystifikacím šířeným přes sdělovací prostředky a zvýšit věrohodnost publikovaných zpráv. Mainstreamová masmédiá samozřejmě pomáhají rozšířit informace

³⁴ McDaid: Headlines and Deadlines: the media and health issues (2004: 15).

³⁵ In: Wikipedia • **Creutzfeldt-Jakobova nemoc (CJD)** je onemocnění patřící do skupiny transmisivních spongiformních encefalopatií (vzácná, neurodegenerativní onemocnění lidí i zvířat). Postihuje centrální nervový systém člověka. Existuje podezření na mezidruhový přenos ze skotu (BSE) na člověka, které se ale přes značné úsilí vědeckých pracovišť neprokázalo. Creutzfeldt-Jakobova choroba není nemocí ve smyslu nákazy organismu jiným organismem, ale spíše poruchou organismu v důsledku přítomnosti a působení látky, kterou tělo neumí likvidovat (metabolizovat ani vyloučit).

o novinkách ve vědě, ovšem tato spolupráce musí být nějak podchycená a regulovaná, založená na dobrém vztahu mezi odborníky a novináři. Vědci se zase naopak musejí naučit odhadnout, jaké novinky mohou být atraktivní pro sdělovací prostředky a správně je předat veřejnosti. Mezi lékaři a novináři skutečně dochází ke zvláštnímu vztahu, kdy každý svým profesním zaměřením přichází do této interakce s odlišnými očekáváními. Lékaři v médiích postrádají objektivní a celistvé vysvětlování probíraných medicínských témat, naopak novináři vyčítají lékařům, že jim neumí připravit informace způsobem, který by ihned zaujal jejich čtenáře. Redakce potřebuje zprostředkovat správné, ale přitom jednoduše pochopitelné informace, úplná reportáž o zdravotním problému je pro ně příliš obšírná. Závěry medicínských výzkumů proto zjednodušují a často podávají černobíle. To samozřejmě lékařům vadí (Ek 2005: 158). Z několikaleté zkušenosti v oblasti PR mohu potvrdit, že fluktuace novinářů je vysoká a zdravotní problematice se velmi často věnují naprosto nezkušení novináři, kteří ani nemají se zdravotnictvím nic společného. To je celkem zajímavý paradox. Na druhou stranu lékaři potřebují publicitu a v tomto okamžiku stojí na místě připomenout Mertonův efekt svatého Matouše. Výzkum, který se objevuje v mainstreamových médiích a je dále citovaný ve vědeckých publikacích, zvyšuje mediálním pokrytím svou hodnotu a také šanci na získání grantových peněz a sponzorských příspěvků. A tak zatímco žurnalisté bojují o zdroje informací, s nadsázkou řečeno zdroje informací bojují o publicitu.

Složitějším problémem je pak propojení mezi lékařským výzkumem a farmaceutickými společnostmi (*o lobby v medicíně viz kapitola 4.8 a příloha 5*). Redakce se pak musejí rozhodnout, zda vydaný článek opravdu slouží jako informace o novinkách v medicínském výzkumu, nebo publikováním spíše podpoří prodej určitého léčebného přípravku. Stephan Ek zveřejnil ve své studii zajímavý přehled profesních překážek, díky kterým si lékaři nerozumí s novináři³⁶ :

³⁶ Ek použil výzkum Larsson, A.; Oxman, A.D.; Carling, C.; Herrin, J.: *Medical messages in the media - barriers and solutions to improving medical journalism. HealthExpectations 6(4), 2003: 323 – 331.*

Tabulka 5.7 Proč si lékaři nerozumí s novináři

Novinář	Lékař	Komentář
Nedostatek času / prostoru v novinách	Nedostatek času	Novinář má nedostatek času, aby připravil článek do uzávěrky. Lékař si již nestihne článek přečíst. Novinář nedisponuje dostatečným prostorem, aby mohl podat komplexní informaci. Lékař má málo času, aby zkrácenou verzi prostudoval.
Nedostatečné znalosti	Informační přetížení	Novinář se špatně orientuje v tématice. Lékař neumí novináři vybrat nejdůležitější informace a zahltlouhá literaturou
Boj o prostor	Standard za praxe	Novinář je donucen bojovat s kolegy o prostor v novinách. Lékař je donucen vzdát se standardů a přizpůsobit se lokálním novinářským praktikám.
Komeracionalizace	Finančních stimulů	Novinářova potřeba popsat čtenářům konkrétní produkt může narušit objektivní informační bilanci. Finanční stimuly zase mohou lákat lékaře k neposkytování nejlepší možné péče.
Expertní zdroje	Přesvědčování	Žurnalista i lékař jsou bombardováni informačními zdroji s protichůdnými zájmy.
Terminologie	Očekávání pacientů	Pro novináře je těžké ovládnout odbornou řeč lékařů. Pro lékaře je obtížné srozumitelně komunikovat s pacienty.
Boj o čtenáře	Boj o pacienty	Novinář bojuje o své čtenáře a lékař o své pacienty.

Jak je vidět z tabulky, novinář i lékař se nacházejí v šachu mezi protichůdnými normami, požadavky a očekáváními. Obě strany by ale měly mít zájem na tom, aby se dál směrem k občanům předávaly korektní a relevantní informace.

ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ

Cílem této diplomové práce byla snaha prokázat, že se média podílejí na determinaci zdraví. Zdraví bylo uznáno za významnou společenskou hodnotu, jež má v podmínkách moderní společnosti klíčový význam pro sociální život, ekonomický rozvoj, ale třeba i pro politickou stabilitu. Lidský potenciál se odvíjí od zdravotního stavu, proto je ve společnosti podporována snaha o zdraví pečovat.

V práci jsme nejprve přiblížili vztah dvou vědních disciplín: medicíny a sociologie. Následně jsme ukázali rozmanitost témat a subdisciplín, kterým se současná medicína musí věnovat. To nás přivedlo ke zjištění, že zdraví je důležitým sociálním tématem, které nelze spojovat pouze s medicínou. Těžištěm práce byla popisná charakteristika jedince při práci s pestrou škálou mediálních kanálů a typologie chování při vyhledávání informací o zdraví.

Ukazuje se, že zdraví je sociálním tématem, které mezi sebou sdílíme. Především prostředky masové komunikace mění myšlení a přístup veřejnosti ke zdraví a prokazatelně ovlivňují způsob jejich života. Sdělovací prostředky působí zprostředkovaně i na společenské vědomí a vytváří hodnoty, kterým veřejnost důvěřuje. V oblasti zdraví však mohou plnit jak funkci sociální kontroly, tak mohou šířit propagandu, respektive reklamu.

Část práce jsme věnovali také informačně-vědní teorii, abychom si přiblížili, jak dnes jedinec přijímá obraz světa, který ho obklopuje. Množství dostupných informací klade daleko vyšší nároky na osobní dovednosti vybrat tu správnou a zorientovat se v problematice, kterou řešíme. Moderní společnost zaznamenává zvyšující se rozdíl mezi počtem informačně vzdělaných jedinců, kteří práci s novými informačními kanály zvládají, a skupinu informačně nedostatečně vybavených, kteří mají buď omezený přístup k informacím, nebo informace mají, ale neumí je správně rozpoznat. Zdraví jsme v úvodu práce popsali jako proces vzájemné interakce mezi společnostmi a informacemi sdílenými v našem okolí. Stav nemoci přináší sociální vyřazení jedince-pacienta na delší dobu ze zaměstnání (často spojené s paralyzací i ostatních rodinných příslušníků), prohlubuje jeho sociální izolaci a zatěžuje jak zaměstnavatele, tak zdravotnický systém dané krajiny. Jak již v této práci zaznělo, dnešní společnost je přímo posedlá zdravím. Poskytování informací se stává obyčejným obchodním prostředkem (informations-business),

kde se píše, natáčí nebo nahrává a zprostředkovává to, co se dobře prodá. Aspekt zdraví, respektive zdravotní nezávadnosti, se navíc ve vyspělých zemích stal dobrým prodejním nástrojem. Ideou téměř každé reklamy, pokud přímo nepropaguje medikamenty, je sdělení, že se zakoupeným produktem se spotřebitel bude mít dobře či lépe (Ek 2005: 149).

Co se od 80. let, kdy Bourdieu analyzoval mediální kulturu, změnilo, je ustupující pozice televizních kanálů a naopak rostoucí dominance elektronických médií. Právě ty mají dnes největší vliv na mentální vývoj občanů a formování jejich názorů. Stephan Ek používá ve své práci při hodnocení rychlosti přísunu informací v současných médiích obraty jako „ásiktmaskiner“ - stroj produkující názory nebo „snabbmatkultur“ - fast foodová kultura (Ek 2005: 89). To nejlépe vystihuje rychlost, s jakou se dnes informace proměňují. V České republice tento trend teprve propuká. Nejmocnějším médiem u nás zatím zůstává televize, oblíbenost práce s Internetem ale začíná významně vzrůstat. Za diskusi by stála otázka, proč poptávka po zdravotních informacích na Internetu zatím není příliš vysoká, zda za to může spíše pasivní obsah prezentovaných informací. Na tuto domněnku nás přivedla analýza webových stránek českých nemocnic.

Při přípravě dotazníku a následném sběru dat pro výzkumnou část této práce jsme narazili na problém, jak obtížné je definovat „zdravotní informace“ a co vše za ně můžeme považovat. Na základě reakcí respondentů a sekundární literatury bychom mohli říct, že za takovou informaci můžeme považovat sdělení, které umožňuje jedinci porozumět svému zdraví a využít jej ve svůj prospěch, případně prospěch členů rodiny.

Interakce mezi jednotlivými typy médií a jedincem jsme se pokusili klasifikovat v páté kapitole. Zejména se prokázala silná účinnost šíření zdravotních informací prostřednictvím televizního vysílání. Také jsme zjistili, že ženy vyhledávají zdravotní informace častěji než muži a ve svém spektru používají více informačních kanálů. Oblast zdraví jim je bližší a proto se jí více věnují. Sdělovací prostředky dnes přinášejí novinky téměř okamžitě a z uvedených příkladů vyplynulo, že média mohou mít kladný i záporný vliv na hodnocení zdravotnických novinek veřejností. V závěrečné kapitole práce jsme se také dotkli komplikovaného vztahu mezi lékaři a novináři,

kteří svým odlišným profesním zaměřením přicházejí do vzájemné interakce s dosti odlišnými očekáváními.

Přestože se vztahem sociologie a zdraví zabýval před sto lety již Émile Durkheim, toto zaměření rozhodně nepatří k těm hlavním na poli české sociologie. To dokládá i mizivý podíl světových děl, které byly přeloženy do češtiny. Proto snad můžeme tuto práci pokládat za malý přínos na pole české sociologie zdraví a zdravotnictví, který navede čtenáře k dalším pramenům a pomůže zvýšit zájem o tuto specializaci. A pokud bychom v budoucnu ve výzkumu pokračovali, bylo by dobré rozšířit provedenou anketu na plnohodnotný průzkum mezi českou veřejností. Zajímavé by jistě bylo přidat baterii otázek, jak svůj zdravotní stav hodnotí sami respondenti. Bohužel nevýhodou této ankety byla poměrně dlouhá doba jejího vyplnění – zhruba 15 minut. Zejména starší pacienti bylo občas složité přesvědčit ke spolupráci. Naopak mladší respondenti uvítali vyplnění dotazníku jako příjemné zpestření doby čekání u lékaře.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Andersson, L.: En falsk dröm om friskhet: att tro att det finns något som är „friskt“ eller „sjukt“ är e nav våra vanligaste missuppfattningar. Rozhovor s Aaronem Antonowským. Dagens Nyheter, 30. 6. 1989.
- Antonovsky, A.: Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco 1979.
- Antonovsky, A.: The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine, 36, 1993.
- Bartošová, V.: Máme ruce svázané. In: Marketing&Média, 27. 8. 2009.
- Baumann, Z.: Tekutá modernita. Mladá fronta, Praha 2002.
- Bayer, I. a kol.: Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. SOÚ, Praha, 2006.
- Beck, U.: Riziková společnost. SLON, Praha 2004.
- Behrens, S.J.: A conceptual analysis and historical overview of information literacy. Journal of Documentation, 5, 1980.
- Bell, D.: Notes on the Post-Industrial Society. In: The Public Interest 7: 24 – 35, 112 – 118.
- Bevan: How might information improve quality of care? (www.bevanbrittan.com; 2007)
- Bruce, C.: Seven faces of information literacy in higher education; In: Knihovna, r. 20, č. 2, 2009.
- Bryant, J. a Oliver, M. B.: Media effects: advances in theory and research. Taylor&Francis 2008.
- Burdová, P.: Lidské zdroje v České republice. Národní vzdělávací fond: Ústav pro informace ve vzdělávání, Praha 1999.
- Castells, M.: The Information Age: economy, society, culture. Blackwell Publishers, Oxford 2000.
- CVVM: Názory občanů na zdravotní péči (2009).
- CVVM: Názory na zdravotní péči u nás, na Slovensku, v Polsku a v Maďarsku (2005).
- Červenka, J.: Česká veřejnost o zdravotnictví – prosinec 2009. CVVM 2010.
- Český statistický úřad: Šetření o využívání ICT v domácnostech a mezi jednotlivci (2009).
- ČTK (bez uvedení autora): Čeští spotřebitelé se bojí hlavně o zdraví. Marketing&Media, 11. 9. 2006.

- David, A. P. a Foray, D.: An Introduction to the Economy of the Knowledge Society. In: International Social Science Journal 171: 9 – 24.
- Defleur M., Ball-Rokeach S.: Teorie masové komunikce. Karolinum, Praha 1996.
- Drucker, P.: The Age of Discontinuity: Guidelines to Our Changing Society. Harper&Row, New York 1969.
- Dumbrovská, M. a kol.: Knihovnická revue. NKP, Praha 2004, roč. 15.
- Ek, S.: Om information, media och hälsa i en samhällelig kontext. Åbo akademis förlag, Åbo 2005.
- Fennis, B.M.: Health on television: studies on the content and effects of mass media messages. Thela Thesis. Amsterdam, 1999.
- Foucault, M.: Selected Interviews and Other Writings by Michel Foucault. In: Power/Knowledge, New York 1980.
- Freidson, E. L.: The Hospital in Modern Society. The Free Press, New York 1963.
- Giddens, A.: Důsledky modernity. SLON, Praha 2003.
- Haškovcová, H.: Problematika ideální a dostupné medicíny. In: Tvar, II, 29, 1991.
- Havlíčková, H.: Kontinuální výzkum sledovanosti českých televizí. ATO, Praha 2009.
- Hernes, G.: Media: struktur, vridning och drama. Oslo. NORDICOM 1983.
- Hospodářské noviny (21. 4. 2010)
- Holton, R.J. a Turner B.S.: Talcott Parsons on economy and society; Taylor & Francis 1986.
- Horáková, N.: Názory na zdravotní péči u nás, na Slovensku, v Polsku a v Maďarsku. CVVM 2005.
- Illich, I.: Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London. Calder and Boyars, 1975.
- Jiráček, J. a Köpplová, B.: Média a společnost. Portál, Praha 2003.
- Kalnická, V.: Analýza výdajů na zdravotnictví 2000 – 2008. ČSÚ, Praha 2010.
- Kapr, J.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. SLON, Praha 1994.
- Kapr, J. a Koukola, B.: Pacient: Revoluce v poskytování péče. SLON, Praha 1998.
- Kneschke, J.: Jak lidé čtou noviny. In: Marketingové noviny, 8. 8. 2005.
- Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha 1997.

- König, R.: Fünfzig Jahre Deutsche Gesellschaft für Soziologie; In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln 1959.
- Kozáková, M.: Boj proti virózám je nekonečný; In: Marketing&Media, 7. 2. 2005.
- Křížová, E.: Jaké jsou zkušenosti s alternativní medicínou u naší populace? In: Sociologický časopis, 1997.
- Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Karolinum, Praha 1993.
- Lash, S.: Critique of Information. Sage, Londýn, 2002.
- Linek, L.: Sledování zpravodajství v médiích. CVVM, červen 2004.
- Macfarlane, A.: What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes? WHO 2005.
- Marx, D.: Jak srovnávat nemocnice. In: MF Dnes, 11. 5. 2006.
- Marketing&Media (7. 2. 2005; 14. 3. 2006; 27. 8. 2009; 18. 1. 2010; 22. 3. 2010).
- McDaid, D.: Headlines and Deadlines – the media and health issues. In: Eurohealth (2004, vol. 10, str. 15).
- Moynihan, R.: Coverage by the News Media of the Benefits and Risk of Medications. The New England Journal of Medicine, 1. 6. 2000.
- Nováková, Š.: Zdraví se komunikuje dravěji. Marketing&Media, 6. 3. 2006.
- Parusniková, Z.: Biomoc a kult zdraví. In Sociologický časopis. Praha, ročník 36, 2000.
- Petrusek, M.: Slavnostní řeč Miroslava Petruska. iForum 2005 (<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-1925.html>).
- Pharm Business Magazín (červen/červenec 2007).
- Průzkum agentury NetMonitor: Uživatelé Internetu, leden 2010.
- Průzkum agentury CVVM
- Průzkum Media Projekt: Četnost ženských titulů za 3. – 4. čtvrtletí 2009.
- Raiter, T.: Kvalita očima pacientů. 2009, www.hodnoceni-nemocnic.cz
- Reifová I. a kol.: Slovník mediální komunikace. Portál, 2004.
- Rolinson, J.: Health information for the teenager years: what do they want to know? Information Research, 2005 (<http://informationr.net/ir/3-3/infres33.html>).
- Shem, S.: Hora hoře. Argo, Praha 2002.

- Sokol, L.: Sociológia lékárstva. Epoque, Bratislava 1970.
- SOÚ: Reforma zdravotnictví - Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování (Praha, 2006).
- Preamble ústavy Světové zdravotnické organizace; New York 1946 (podepsáno zástupci 61 států) a Ottawská charta Světové zdravotnické organizace 1986.
- Svobodová, K.: Češi v nemocnicích. In: Týden, 44, 2003.
- Šíma, P.: Infekční nemoci nekončí. In: Vesmír, c. 82, srpen 2003.
- Šolcová, I. a Kebza, V.: Sociálně založené nerovnosti ve zdraví. In: Psychologie v ekonomické praxi. 35, 2000.
- Tabery, P.: Názory občanů na zdravotní péči. CVVM, 2010.
- The Kaiser Family Foundation: A Case Study of Grey's Anatomy (2009).
- The Kaiser Family Foundation: Health News Coverage in the U.S. Media (2009).
- The Kaiser Family Foundation: How healthy is prime time? (2008).
- Thoists, P.A.: Stress, coping and social support processes: where are we? Chat next?. In: Journal of Health and Social Behavior. 1995.
- Trávníček, J.: Čtenáři a čtení v ČR. Národní knihovna, Praha 2007.
- Tvarůžková, L.: Rozhodčí v české vládě. In: Týden, 5, 2004.
- Vašek, P. a Machálková, J.: Oficiální žebříček chybí. HN ho sestavili lékaři. Hospodářské noviny, 5. 10. 2010.
- Vašek, P. a Machálková, J.: Rakovinu i srdce léčí nejlépe v Brně. Hospodářské noviny, 5. 10. 2010.
- Veselý, A.: Společnost vědění jako teoretický koncept. Sociologický ústav AV ČR, Praha 2004.
- Vilella-Vila, M. a Costa-Font, J.: The role of the press media in reporting on genetically modified food in UK and Spain. In: Eurohealth 2004, vol. 10, str. 18.
- Vlček, P.: Marže ve stovkách procent nejsou výjimkou; in: Marketing&Media 14. 3. 2006.
- Výrost, J. a Slaměník, I.: Aplikovaná sociální psychologie II. Grada Publishing, Praha 2001.
- Výzkum agentury Inres. In: Praktický lékař 2004, 84, č. 8.

Wang, Y.: Searching for the data Total Health Expenditures as % of GDP of 2006—2009. WHO, 2010.

Zborowski, M.: Cultural Components in Response to Pain; In: Journal of Social Issues, Vol. 8, No. 4, 1952.

Internetové zdroje:

Asociace televizních organizací: www.ato.cz

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3306-09>

Český statistický úřad:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic_2009_20091118

Eurostat:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/main_tables

The State of the News Media: www.stateofthedia.org

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: www.uzis.cz

PŘÍLOHA 1 Přehled českých médií se zdravotní tematikou

Lifestyle		
Betynka	Paní domu	Nová Tina
Blesk pro ženy	Pestrý svět	Panorama
Bravo	Playboy	Ona Dnes (příloha MF Dnes)
Burda International	Praktická žena	Z-magazín
Claudia	Regena	Internet
Cosmopolitan	Překvapení	Aktualne.cz, tyden.cz
Čas na lásku	Puls	Babinet.cz
Dáma	Receptář pro zdraví	detskylekar.cz
Děti a my	Rodiče	Doktorka.cz
Dieta	Rodina a zdraví	Femina.cz, prozeny.cz, zena.cz
Dívka	Reader's Digest Výběr	chocolate.cz
Domácí recepty a nápady	Rytmus života	iDnes.cz, lidovky.cz, ihned.cz
Elán PLUS	S Tebou mě baví život	Mladazena.cz
Energy news	Sedm	ordinace.com
Elle	Story	ordinace.cz
Esquire	Style	ordinace-lekarny.cz
Estetika, Plastika	Svět ženy	OZivote.cz
Fajn život	Šťastný JIM	prakticky-lekar.cz
Fit pro život	Tipy, triky	Pramenyzdravi.cz
Fit Styl	Vlasta	rodinnylekar.cz
ForGolf	Wellnes magazín	sportovni-lekar.cz
ForMEN	Xantypa	Strankyprozeny.cz
Glanc	Yellow	zdrav.cz
Hair and Beauty	Zdraví nade vše	Zenain.cz
Harper's Baazar	Žena a život	zenskylekar.cz
Chvilka pro Tebe	Žena +	znamylekar.cz
Instinkt	Profesionální magazíny	
Jackie	Lékařské listy	Česko-slovenská dermatologie
Joy	Eurofirma	Česko-slovenská pediatrie
Juicy	21. století	Česká a slovenská farmacie
Katka	Osobní lékař	Čes. a slovenská oftalmologie
Květy	Pharmbusiness magazine	Časopis lékařů českých
LOOK magazine	Postgraduální medicína	Česká lékařská společnost
Lucky Star	Pracovní lékařství	Česká stomatologie a
Madame Renee	Praktický lékař	Praktické zubní lékařství
Maminka	Praktické lékárenství	Česká revmatologie
Marianne	Prameny zdraví	Česká dermatologie
Maxim	Regenerace	Dia život
Miminko	Sanquis	Endoskopie
Moje generace 40 +	Science	Epidemiologie, mikrobiologie,
Moje Psychologie	Sestra	imunologie
Moje rodina a já	Vnitřní lékařství	Interní medicína pro praxi,
Moje zdraví	Vox pediatrie	Pediatrie pro praxi
Napsáno životem	Zdraví	Lékařské listy
Naše rodina	Zdravotnické noviny	Medical Tribune

PŘÍLOHA 2 Anketa

(anketa byla kvůli odlišnému formátu diplomové práce zalomen. Rozložení stránek zcela neodpovídá původnímu formátu dotazníku).

ZDRAVÍ A MÉDIA

Vážený pane / vážená paní,

rád bych Vás požádal o spolupráci při realizaci tohoto výzkumu. Tímto dotazníkem bychom rádi zjistili, **s jakými médii přichází česká populace nejčastěji do styku, pokud se chce dozvědět informace z oblasti zdraví a zdravotní péče** v České republice. Zpracování výsledků průzkumu jistě přispěje k hlubšímu poznání přístupu Čechů ke svému zdraví a zdravotní tematice.

Žádám Vás o krátké zamyšlení nad následujícími **19 otázkami** a o jejich kompletní zodpovězení. Odpovídejte, prosím, pouze v souladu **s Vaším osobním názorem** a dosavadními zkušenostmi. Vyplnění dotazníku by Vám **nemělo zabrat více jak 15 minut**. Ještě bych Vás chtěl ujistit, že **údaje nebudou jakkoliv použity pro komerční účely**. Dotazník **vyplňte anonymně, nikde se, prosím, nepodepisujte**. **Předem moc děkuji za spolupráci!**

Tomáš Novotný, student sociologie na FF UK

Nejprve, prosím, vyplňte obecné údaje o Vaší osobě.

1. **Jste muž, nebo žena?** muž žena
2. **Ve kterém roce jste se narodil/a?**

3. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 základní vyučený/á bez maturity středoškolské s maturitou
 vysokoškolské
4. **Pracujete ve zdravotnictví?** ano ne
5. **Ve kterém kraji bydlíte?**

6. **Uveďte, prosím, kolik osob žije ve Vaší domácnosti.**

7. **Rodinný stav** svobodný/á ženatý / vdaná vdovec/vdova
 žiji s přítelem / přítelkyní rozvedený/á

Nyní, prosím, vyberte vždy jednu odpověď, která se nejlépe shoduje s Vaším názorem.

8. **Zúčastnil/a jste se v roce 2009 aktivit nějakého klubu, organizace, spolku či strany?**

	<i>vůbec ne</i>	<i>1 – 5 x</i>	<i>více než 5x</i>
Sportovní klub, cvičení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bytové družstvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Církevní či jiná duchovní organizace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odbory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politická strana, politické hnutí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrovolnická organizace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Během posledních sedmi dní jste...**

	<i>vůbec ne</i>	<i>občas</i>	<i>často, denně</i>
Četl/a noviny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Četl/a odborné časopisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Četl/a týdeníky, společenské tituly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslouchal/a rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslouchal/a vlastní muziku (CD, mp3,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sledoval/a televizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Četl/a odborné knihy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Četl/a beletrii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navštívil/a internetové stránky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **Jak často jste se během posledního měsíce věnoval/a následujícím činnostem?**

	<i>vůbec ne</i>	<i>1 – 5 x</i>	<i>více než 5x</i>
Aktivně sportoval/a (sport. utkání, atletika, posilovna ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zašel/la se podívat na sportovní zápas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Šel/šla do kina, divadla, muzea, na koncert nebo výstavu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věnoval/a se svému koníčku (hra na hudební nástroj, počítače, malování, sbírání předmětů atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Četl/a si jen tak pro zábavu (nikoliv odborná četba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setkal/a se s příbuznými	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setkal/a se s kamarády, bývalými kolegy, bývalými spolužáky, sousedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné setkání/aktivita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné setkání/aktivita _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné setkání/aktivita _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. **Zjišťoval/a jste někdy informace o zdraví, nemocech či zdravém životním stylu z následujících zdrojů?**

	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>nevím</i>
Zpravodajství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV a rádio Kontaktní publicistické pořady (Dobré ráno, Snídaně s Novou, Sama doma, Černé ovce, Radioforum apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentární pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zábavné pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sportovní pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reklama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Deníky (MF Dnes, Hospodářské noviny, Lidové noviny, Právo, Blesk aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magazíny, týdeníky zaměřené na zdravý životní styl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ostatní magazíny a společenské tituly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zpravodajské tituly na Internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diskusní fóra, diskuse pod články	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	Zdravotnické stránky (doktorka.cz, lekar.cz, lekarna.cz atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jiné stránky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdravotnická střediska, ordinace praktických lékařů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lékařské knihy, sborníky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beletrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Film a divadelní představení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oficiální zdravotní kampaně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Škola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Přednášky a kurzy (mimoškolní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rodiče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ostatní příbuzní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Přátelé a kolegové	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. **Jak často jste zvyklý/á probírat zdravotnická témata a informace o zdraví s těmito osobami:**

	<i>hodně často</i>	<i>celkem často</i>	<i>občas</i>	<i>málokdy</i>	<i>nikdy</i>
Rodiče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostatní příbuzní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přátelé, známí, kolegové	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékaři, zdravotnický personál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Uvedte, prosím, do jaké míry ovlivňují Váš názor o zdraví a zdravotnické tématicke tyto zdroje:

	<i>hodně ovlivňuje</i>	<i>trochu ovlivňuje</i>	<i>vůbec neovlivňuje</i>	<i>nevím</i>
Zpravodajství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktní publicistické pořady (Dobré ráno, Snídaně s Novou, Sama doma, Černé ovce, Radioforum apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV / rádio	Dokumentární pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zábavné pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sportovní pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reklama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deníky (MF Dnes, HN, LN, Právo, Blesk aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazíny, týdeníky zaměřené na zdravý životní styl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostatní magazíny a společenské tituly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zpravodajské tituly na Internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	Diskusní fóra, diskuse pod články	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdravotnické stránky (doktorka.cz ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiné stránky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravotnická střediska, <u>ordinace praktických lékařů</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékařské knihy, sborníky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beletrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Film a divadelní představení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oficiální zdravotní kampaně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Škola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přednášky a kurzy (mimoškolní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostatní příbuzní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přátelé a kolegové	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Jak spolehlivé jsou podle Vás informace o zdraví a zdravém životním stylu uvedené v těchto zdrojích:**

	<i>spolehlivé</i>	<i>méně spolehlivé</i>	<i>nespolehlivé</i>	<i>nevím</i>
Zpravodajství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktní publicistické pořady (Dobré ráno, Snídaně s Novou, Sama doma, Černé ovce, Radioforum atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV / rádio	Dokumentární pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zábavné pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sportovní pořady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reklama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deníky (MF Dnes, HN, LN, Právo, Blesk aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazíny, týdeníky zaměřené na zdravý životní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

styl

Ostatní magazíny a společenské tituly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zpravodajské tituly na Internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusní fóra, diskuse pod články	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet Zdravotnické stránky (doktorka.cz, lekar.cz, lekarna.cz atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné stránky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravotnická střediska, <u>ordinace praktických</u> lékařů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lékařské knihy, sborníky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beletrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Film a divadelní představení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oficiální zdravotní kampaně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Škola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přednášky a kurzy (mimoškolní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodiče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostatní příbuzní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přátelé a kolegové	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jaké jsou podle Vás čtyři nejvýznamnější faktory, které negativně ovlivňují zdraví Čechů?

15.

Vyberte, prosím, pouze čtyři.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Špatné životní podmínky
(klima, životní prostředí atd.) | <input type="checkbox"/> Genetický fond
české populace | <input type="checkbox"/> Nedostatečná informovanost o
zdravotních tématech |
| <input type="checkbox"/> Pracovní zátěž a stres | <input type="checkbox"/> Nadváha | <input type="checkbox"/> Zažité pověry |
| <input type="checkbox"/> Špatná strava | <input type="checkbox"/> Kouření | <input type="checkbox"/> Nedostatek pohybu |

- Nedostatek vitamínů a stopových prvků Alkohol Nedostatek lékařů a zdravotnických středisek
- Jiné příčiny
-

16. **Zkusil/a jste (úspěšně i neúspěšně) za posledních 12 měsíců:**

- Používat a konzumovat méně soli ano ne
- Omezit pití alkoholu (*nepijete-li alkohol, nevyplňujte*) ano ne
- Více se hýbat ano ne
- Používat a konzumovat méně tuků ano ne
- Omezit kouření (*pokud nekouříte, nevyplňujte*) ano ne
- Snižovat váhu ano ne

17. **Zhruba kolikrát jste v uplynulých 12 měsících navštívil/a lékaře (včetně polikliniky, nemocnice)?**

- vůbec jednou 2 – 5 x 6 – 10 x více než 10 x

18. **Odhadnete, kolikrát jste si za uplynulých 12 měsíců přibližně hledal/a informace na internetových stránkách se zdravotní tematikou?**

- vůbec jednou 2 – 5 x 6 – 10 x více než 10 x

19. **Kolik toho víte o své nemoci předtím, než jdete k lékaři?**

Vyberte, prosím, 1 – 3 možnosti, které Váš přístup nejlépe charakterizují.

- Ptám se příbuzných a známých Čtu si brožury v čekárně u lékaře Zjišťuji informace u známých-lékařů
- Hledám informace na Internetu Hledám informace v novinách a časopisech Hledám informace v Domácím lékaři
- Nezjišťuji si žádné informace dopředu Jiné
-

Ještě jednou Vám chci poděkovat za spolupráci! Snad pro Vás bylo vyplnění tohoto dotazníku příjemným zpestřením a třeba Vám poskytlo zajímavou zpětnou vazbou o Vašem postoji k otázkám zdraví a zdravotní péče.

PŘÍLOHA 3 Regulační poplatky ve zdravotnických zařízeních, zařízeních lékárenské péče

Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů se změnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Související zákony byly doplněny zákonem č. 270/2008 Sb. a zákonem č.59/2009 Sb. byla některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. změněna.. Zásadní změnou bylo zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky.

Regulační poplatek se vybírá:

- a. **ve výši 30 Kč** za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření, u zubního lékaře, u praktického lékaře (i pro děti a dorost), za vydání receptu (na jednom receptu mohou být předepsány nanejvýše dva přípravky) nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.
- b. **ve výši 60 Kč** za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče, lázeňská péče, péče v dětských ozdravovnách.
- c. **ve výši 90 Kč** za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením.

Roční limity na platbu regulačních poplatků

- 1) **dospělý: 5 000 Kč**
- 2) **děti do 18 let a senioři nad 65 let: 2 500 Kč**

Poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

PŘÍLOHA 4 Definice sledovaných ukazatelů – Průzkum obsahu webových stránek nemocnic; 2009

INFORMACE NA ÚVODNÍ STRÁNCE (HOMEPAGE)

Aktuality (novinky) - vypsány nebo skryty pod přímým odkazem

Anketa spokojenosti s nemocnicí - jako aplikace nebo skryta pod přímým odkazem

Foto nemocnice - zohledněno i foto části zdravotnického zařízení

Jazyková mutace - možnost zobrazení webových stránek nebo dílčí části (často pouze úvodní stránka) v příslušném cizím jazyce

Kontaktní údaje (adresa, telefon, fax, email,..) - centrální, příp. na sekretariát, vypsány nebo skryty pod přímým odkazem

Mapa stránek (mapa webu) - po rozkliknutí se objeví přehledné stromové uspořádání jednotlivých položek webstránky a jejích podstránek

Návštěvnost webových stránek - aplikace sledující počet přístupů na danou webovou stránku zdravotnického zařízení, zobrazeno většinou na spodní části homepage, buď přímo, či odkazem na statistiky návštěvnosti

Vyhledávač - slouží k vyhledávání na konkrétních webových stránkách zdravotnického zařízení

KONTAKTNÍ ÚDAJE

Adresa

Email - centrální emailová adresa, příp. kontakt na sekretariát

Fax - centrální faxové číslo, příp. kontakt na sekretariát

Kontakty na jednotlivá zdravotnická oddělení - telefon či email sloužící pouze potřebám daného oddělení, uveden jako společný kontakt, nebo formou dílčích kontaktů na jednotlivé pracovníky oddělení

Mobilní spojení - centrální mobilní telefonní číslo, příp. kontakt na sekretariát

On-line formulář - jedná se o kontaktní formulář, který zpravidla obsahuje požadavek na uvedení jména, telefonu a emailu tazatele a kolonku pro vepsání požadavku; uživatel formulář

vyplní on-line a odešle přímo z webové stránky

Personální údaje - jmenný seznam zaměstnanců (alespoň na management nemocnice) s uvedenými přímými kontakty - telefon, či email

Telefonní spojení - centrální telefonní číslo, příp. kontakt na sekretariát

OBRAZOVÉ INFORMACE

Fotogalerie - soubory soudobých fotografií budovy, pavilonů či jednotlivých oddělení zdravotnického zařízení

Mapa umístění nemocnice - zobrazena přímo nebo skryta pod odkazem (zohledněny i odkazy na externí poskytovatele map, jako např. mapy.cz či Google)

Mapa oddělení (pavilonů) - schéma rozvržení a popis jednotlivých pavilonů v areálu zdravotnického zařízení

Virtuální mapa - flash aplikace umožňující reálný pohled na uspořádání zdravotnického zařízení (budovy, oddělení) tak, že má uživatel možnost volit různá zobrazení (různé pavilony, různé úhly pohledu atd.) nebo je zobrazení již předvoleno a přehrává se ve formátu videa

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Dárcovství krve - zahrnuje informace pro nové či stávající dárce krve (odběrové termíny, případně podmínky dárcovství)

Informace o nemocnici - zahrnuje popis historického vývoje, prezentaci současného stavu, nebo informace o plánovaných záměrech zdravotnického zařízení do budoucna

Návštěvní hodiny - zpravidla uváděny u lůžkových oddělení, jsou zahrnuty pokud jsou uvedeny alespoň u jednoho oddělení (zpravidla bývají u všech či většiny, nebo jsou uvedeny centrálně pro všechna lůžková oddělení)

Ordinační hodiny - uváděny u ambulantních provozů, jsou zahrnuty pokud jsou uvedeny alespoň u jednoho oddělení (zpravidla bývají u všech či u většiny oddělení)

Práva pacientů (etický kodex práv pacienta) - dokument o právech pacienta ve zdravotnickém zařízení formulovaný a vyhlášený centrální etickou komisí MZ ČR dne 25. 2. 1992.

Regulační poplatky - poplatky placené při návštěvě zdravotnického zařízení či při hospitalizaci, a doplatky za recepty v lékárnách, které pacienti platí od 1. ledna 2008 dle novelizace zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Dobrovolnictví - informace, kdo a jak se může přihlásit do dobrovolnického programu nemocnice a docházet bezplatně za pacienty v rámci svého volného času

FAQ (často kladené dotazy) - seznam nejčastěji kladených otázek (uživatel zdravotnické zařízení) a odpovědí na ně zveřejněný on-line

Nabídka zaměstnání - nabídka volných pracovních míst ve zdravotnickém zařízení

Odkazy - většinou umístěny na homepage, někdy i vnořené v podstránkách, zahrnuty jsou odkazy související se zdravotnictvím, např. odkazy na jiná zdravotnická zařízení, na pojišťovny, na lékařské fakulty VŠ, na charitativní projekty ve zdravotnictví apod.; dále pak zahrnuty odkazy na stránky obce, ve kterých se nemocnice nachází, na orgány státní správy; zahrnuty nejsou reklamní odkazy

Sledování novinek pomocí RSS - počítačová technologie, která dle předem stanovené struktury automaticky upozorňuje uživatele na nové zprávy, informace a novinky z daného zdravotnického zařízení

Vzdělávání - informace o možnostech vzdělávání (např. výuka studentů, semináře, navazující studia, atestace) pro studenty (u fakultních nemocnic) či pro odbornou veřejnost, zahrnuty i semináře pro laickou veřejnost

Výzkum - informace (především u fakultních nemocnic) o výzkumech, výzkumných projektech, grantových projektech apod., které dané zdravotnické zařízení samo zaštiťuje

Zasílání novinek na email - možnost nechat si zasílat aktuální informace ze zdravotnického zařízení formou emailu (nutná registrace emailu zájemce o tuto službu)

ON-LINE OBJEDNÁNÍ SE NA VYŠETŘENÍ A ON-LINE KONZULTACE

On-line objednání - objednání se na vyšetření pomocí on-line zaslání formuláře přímo z webových stránek daného zdravotnického zařízení

On-line konzultace - možnost konzultování zdravotního stavu s lékařem daného zdravotnického zařízení - např. pomocí kontaktního formuláře (u kterého je uvedeno, že slouží pro konzultaci zdravotního stavu), formou moderované diskuze, on-line poradny se zobrazením všech dotazů a odpovědí apod.

PŘÍLOHA 5 „Farmakokorupce“

Berňák vymáhá 30 milionů po lékářích a firmách za špatně vyúčtované "dárky"

In: Hospodářské noviny (21. 4. 2010)

Finanční úřady začaly trestat "farmakorupci". Nikdo jiný to neumí. Některé firmy mají dokonce korupční manuál, jak na svou stranu získávat konkrétní typy lékařů.

Asi nic tak necharakterizuje "přísnost" státu k farmaceutickým firmám, které zvou doktory na dovolené za předepisování těch "správných" léků, jako více než rok a půl stará kauza firmy Actavis. Ta v květnu 2008 pozvala několik desítek kožních doktorů na dovolenou do luxusního egyptského letoviska Sharm El Sheik a na rozdíl od mnoha dalších firem se ani nesnažila zakrývat svůj dárek pro lékaře nějakým odborným programem. Všechno zmapovala skrytá kamera Reportérů ČT, která celou kauzu odvysílala v září 2008. A výsledek po roce a půl? Firma dostala pokutu od své asociace, pozvaným lékařům se vůbec nic nestalo.

Keňa i Egypt jsou bez trestu

I Státní ústav pro kontrolu léčiv sice udělil firmě Actavis pokutu 750 tisíc korun za porušení zákona o regulaci reklamy, jenže firma se odvolala k ministerstvu zdravotnictví. A ministerští úředníci (i když mají případ na stole už půl roku) o pokutě a její výši ještě nerozhodli. Stát, pojišťovny ani komora zatím nepotrestaly ani další dvě velké "farmaceutické" kauzy, které zaváněly korupcí. V prvním případě, starém již dva a půl roku, nabízel dealer firmy Apotex několika urologům, že jim za předepsání 420 stotabletových balení jejich dvou konkrétních léků zaplatí výjezdní zasedání urologické společnosti do luxusního letoviska Shanzu Holiday Resort nedaleko keňské Mombasy. Náklady? 62 tisíc korun na osobu. Poté, co HN na celou kauzu upozornily, urologové raději odjeli na výjezdní zasedání na Vysočinu a státní instituce i lékařská komora celý případ odložily.

Bez trestu zatím zůstává i poslední případ z loňského srpna. Česká televize natočila skrytou kamerou brněnskou kožní lékařku Elišku Jugovou, jak si fiktivnímu dealerovi firmy Novartis říká

o peníze za předepsání jejích léků proti plísním nohou, rukou nebo hlavy. Pravdou ale je, že zveřejnění těchto kauz mělo nakonec svůj smysl. Právě po nich totiž spustily finanční úřady jednu z největších kontrolních akcí v české historii. Je zaměřena na to, zda doktoři daní dary od farmaceutických firem a zároveň jestli firmy správně účtují nejružnější "dárky", které od nich lékaři dostávají. Výsledek několika stovek kontrol je docela překvapivý - od konce roku 2007 až dodnes museli lékaři, distributoři léků i samotné firmy celkem dodanit 30 milionů korun.

"Z těch 30 milionů to byly buď příjmy, jež měly být zdaněny a nebyly vykázány, nebo to byly neoprávněně vykázané daňové náklady. Z těchto 30 milionů jsme zhruba polovinu doměřili lékařům a polovinu firmám," řekl HN šéf České daňové správy Jan Knížek.

Docela jasně se tak ukazuje, že problém netransparentního "odměňování" lékařů za předepisování těch správných léků je hlubší, než si pojišťovny, lékařská komora nebo politici zatím chtěli připustit. Například Státní ústav pro kontrolu léčiv od začátku roku 2009 udělil jednu jedinou pokutu za to, že nějaká firma dala lékařům neadekvátně velký dárek. Loni v prosinci musela česká Zentiva za porušení reklamních praktik zaplatit 550 tisíc korun. A to je všechno.

Ted' už začneme něco dělat

Ministerstvo zdravotnictví přitom již před rokem a půl slibovalo, že proti korupci farmaceutických firem zakročí. Tehdejší ministr Tomáš Julínek plánoval, že úředníci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří mají na starosti reklamu na léky, budou chodit na přepadové kontroly k doktorům i na různé firemní akce, jako jsou kongresy nebo semináře. Úředníci také měli mít snazší přístup k účetnictví firem a pravomoc dávat jim vyšší pokuty, poruší-li zákon o regulaci reklamy. Jenže ze všech těchto plánů sešlo.

"Zákon proti korupci firem jsme na podzim roku 2008 připravili, ale doplatil na to, že se od té doby dvakrát změnil ministr a sněmovna nebyla ve stavu, aby jej schválila. Budeme ho chtít prosadit po volbách," tvrdí náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr z ODS.

Sociální demokraté si naopak myslí, že žádný speciální zákon proti farmaceutické korupci není zapotřebí. Podle Davida Ratha sníží korupční prostředí nová léková politika, jež zajistí, aby pojišťovny platily za léky se stejnou léčivou látkou tutéž částku. Spolu s tím chce více regulovat doplatky na léky. *"Pokud se nám povede zavést tyto dva kroky, tak už pojišťovnam i pacientům bude jedno, jestli dostanou lékaři za předepisování léků nějaký dárek,"* myslí si David Rath.

Nejznámější případy podezřelého chování lékařů a farmaceutických firem

Apotex a lékaři do Keni

V lednu 2008 nabídla kanadská farmaceutická společnost Apotex skupině urologů výjezdní zasedání v Keni spojené se safari. Náklady na každého z doktorů měly přijít na více než 60 tisíc korun. Výměnou za to měli lékaři předepisovat ty "správné" léky. Poté, co o případu informovala média, Apotex výjezdní zasedání zrušil a nakonec se konalo na Vysočině.

Actavis a výlet do Egypta

V květnu 2008 zaplatila firma Actavis skupině lékařů luxusní pobyt v Egyptě za to, že předepisovali jejich léky. Zájezd byl označen jako odborný kongres, výlet však neměl s odborným kongresem nic společného. Státní ústav pro kontrolu léčiv uložil firmě pokutu 750 000 korun, Actavis se ale odvolal. Nyní případ řeší ministerstvo zdravotnictví.

Novartis a uplacená doktorka

V září 2009 Česká televize a HN informovaly o případu dermatoložky Elišky Jugové z brněnské Nemocnice u svaté Anny. Za předepisování léků společnosti Novartis brala měsíčně až 10 tisíc korun nebo dárky, což sama na skrytou kameru přiznala. Nyní protikorupční policie oznámila, že doktorku obvinila. Česká lékařská komora na lékařku podala disciplinární stížnost. Nemocnice ji propustila.

Korupční manuál³⁷

(co platí podle manuálu jedné farmaceutické firmy na konkrétní typy lékařů)

Typ lékaře	Charakteristika	Jak na něj
➤ Obchodník dlouhodobý	Počítá s kvalitními investicemi do sebe. Má rád pravidla a systém. Vysoce hodnotí užší vztahy s firmou a nejvyšším vedením.	Zvát na firemní akce, ale vybírá si. Salzburg, hory, kongresy, mini DVD.
➤ Zákazník hodnotový	Jedná většinou na rovinu. Investice pro něj nejsou prvořadě. U vědeckého typu (badatel) je někdy věda víc než pacient, který je jen diagnózou.	Být odborně zdatný a výborně znát produkt. Dodržovat sliby. Kongresy, odborná literatura.
➤ Zákazník konzervativní	Chce v klidu přežít. Nemá žádné nákupní motivy. Předepisuje ze zvyku staré značky. Při usilovné práci ho naučíme psát hodnotnější značky.	Obchodovat, pokud máme starší léky. Najít blízkou autoritu – zlomit se dá, když píšou naše léky všichni okolo.
➤ Předepisuje podle dohody	Nezáleží mu na hodnotách, ale na nabídce. Medicínu považuje za výhodný byznys. Otevřeně stanoví podmínky, za jakých to pro nás udělá.	Kontrolovat plnění dohod. Chce konkrétní nabídky – peníze, MP4, DVD.
➤ Přítel	Známe se navzájem. Máme podobné hodnoty a zájmy. Kupuje hodně a často.	Nezpochybňovat spolupráci a její význam pro firmu. Investovat do něj, nikoli však stylem „něco za něco“.
➤ Velká neznámá	Preferuje silné a známé firmy. Snaží se vytěžit prospěch z více stran. Často neplní dohody. Většinou si na nás udělá čas.	Krátkodobé dohody důsledná kontrola. Peníze, MP4, „masáž vlastního ega“.

³⁷ Manuál nejmenované farmaceutické firmy, který HN získaly již před dvěma lety

PŘÍLOHA 6 Ukázka skryté PR inzerce



**PROŠLÉ
LÉKY
jsou
nebezpečné.
Vyhod'te je.**

MÁTE DOMA IDEÁLNÍ LÉKÁRNIČKU?

Jak vypadá vaše domácí lékárnička? Není její obsah starší než trilobit a prořídly jako diváci mizerného filmu? Poradíme vám, co by v ní rozhodně nemělo chybět, s aktuálním datem spotřeby, pochopitelně. Pro inspiraci uvádíme příklady léků:

Na bolest v krku – pastilky strepsils, septelete, tantum verde

Na kašel – mucosolvan (na odkašlávání), stop-tussin nebo robatussin (na dráždivý kašel), stodal (homeopatický, univerzální), jltrocelový sirup nebo Hlívaček z hlívy ústřední (pro děti)

Na horečku a nachlazení – paralen, panadol, nurofen, coldrex

Na bolavá záda a svaly – kosodřevinový gel s arnikou Aliga San, Koňská masť forte nebo chladivá, voltaren

Na bolest hlavy – nurofen rapid, valotol, ataralgin

Na pálení žáhy – gaviscon, rennie, talcid

Na průjem – živočišné uhlí, smecta

Na rány – dezinfekce, peroxid vodíku, septonex, jodisol, betadine

Na oči – visine (zvlhčující), strix (pro unavené oči), ophalmo septonex (dezinfekce)

Na alergie – zyrtec, fenistil, zodac

NEZAPOMEŇTE DOPLNIT TAKÉ

- ✓ polštářkové náplasti různých velikostí, hojivá náplast na popáleniny, leukoplast
 - ✓ obinadla různých šířek
 - ✓ sterilní obvazy a gázové čtverečky
 - ✓ trojicípy šátek
 - ✓ vata
 - ✓ balíček sterilních rukavic, rouška na dýchání z úst do úst
 - ✓ ochranná rouška
 - ✓ masť na popáleniny
 - ✓ teploměr
 - ✓ spinací špendlíky, pinzeta, nůžky
- Přidejte i důležitá telefonní čísla – 155 záchranná služba, 112 tísňové číslo, kontakt na vašeho lékaře

KULIČKOU PROTI STRESU

Noste si s sebou v kabelce nebo v kapse první pomoc proti stresu Bio aroma roll-on Saloos. Když vám bude ouvej, máznete si bio jojobový olej smíchaný s esenciálními oleji z bylin na místa, kde pulzuje krev, například na spánky, zápěstí nebo krk. Uvidíte, že vůně vám uleví a přivede vás na jiné myšlenky. Kromě Antistres roll-onu nabízí Saloos taky povzbuzující kuličku Vitalita, smyslnou Divokou růži, uklidňující Spánek, roll-on na cesty nebo hojivý Tea Tree v cenách od 106 do 120 korun.



zdraví novinky

Nechybí něco ve vaší domácí lékárně? Provětrejte ji a doplňte. Třeba podle tipů Marianne.



TRYSKOVÉ HOJENÍ

Není od věci mít doma světový patent, a ke všemu ho vymysleli Češi.

Dali mu jméno Hemagel a je to masť, která rychle hojí drobná poranění, popáleniny, opary, puchýře, afty, ale i třeba bér-cové vředy. Díky němu se doba léčení zkracuje až o šedesát procent! Pět gramů masti koupíte v lékárně za 150 korun.

NAMAŽTE SE JAKO ŠVEJK

**Dobry voják Jaroslava
Haška si mazal kolena opo-
deldokem. Zkuste ho taky.**

Vrací se na trh v moderním kabátě. Pomůže vám při bolestech zad a kloubů. Kafrová masť s charakteristickou vůní se vyrábí z čistě přírodních látek a neobsahuje žádná barviva ani konzervanty. Rychle se vstřebává a nemastí. Za dvousetmililitrové balení zaplatíte 79 korun.



Obrázek 3 - ukázka komerční prezentace zakomponované do tipů od redaktorky (Marianne, leden 2010)



D Nitroděložní tělíčko

Přestatve tělíčko ve tvrm pamene T (asi čtyři centimetry dlouhé a tři centimetry široké), které brání postupu spermí do dělohy vřívru. Aby bylo účinnější, obsahuje med neto hormon progesteron. Gynecolog vám je zavade do dělohy a tím zabrání oplodnění vajíčka.

MĚRA ÚČINNOSTI PRO VĚK: 96 až 99 procent

VÝHODY: O ochranu máte postarání až několik let. Přidává se vsací hrad zadržující mēlac po odstránění tělíčka. Tato metoda vás navíc chrání před závažnou děložní atrie a nádory na děložním čípku. Nevý ty tělíčko. Měna, brání nast děložní atrie, takže menstruace je kratší a slabší. Měna ochraje až pět let.

NEVÝHODY: Nachází vás před porážení nemocí, můžete trpět vprstřed menstruačního cyklu. Zavedení tělíčka není nic příjemného. Tělíčko s sebou nesejže menstruaci.

H Spermicidy

Chemické látky pilky, rosvy vaginální tablety a čípky, které vřívají nosoxynd. Před mlováním si je zavade do pochvy, kde látka zabíjí spermie.

MĚRA ÚČINNOSTI PRO VĚK: 74 procent

VÝHODY: Spermicidy (třeba vaginální tablety Patentex Oval) můžete koupit bez předpisu a mēlac je uživat kterikoli žena (povrtický nemá kontrolníka). Navíc vás před sexem chrání. Novoreněš hubí i bakterie a vřiv, takže ochraje řídva přivosa pohlavních infekcí.

NEVÝHODY: Poskytují jen pítalvacetipreventní ochranu proti některým pohlavním chorobám (chlamydie a kapavce). Nea dokážou, že by brány přivosa HIV. Když si spermicid zavade, můžete se mlovat až za čtvrt hodiny, protože dlv roúčinkuje. Časové pokyny je nutno dodržet. Když znovu dostanete chuť na mlování, musíte použít další dávku. Neúčinnější je ve spojení s kondemem.

Svěřte se jen své perfektní pilulce

Najděte si mezi všemi tabletkami takovou, která vám bude sedět nejlépe.

Nevyberte se v bonatí nabídko hormonální antikoncepci? Na trhu se vám nabízí víc než dvacet druhů, takže není divu, že nejipší trochu úpera. Každá žena přivosa na jednotlivé typy reaguje jinak. Křivně se proto může stát, že zkouška antikoncepci, která bezvadně vřivovuje třeba vsí kamarádce, se vs s tvřiv přivovavou spojovně nebudete. Cosmopolitan vám rozhodování usnadní.

● **Jednofázové pilulky.** Pokud s vašim tělem i náclami dlvají hormony před každou menstruací psí kury, sáhněte po jednofázových pilulkách (všechny tablety mají stejné složení). Každý den dostanete stejný přivov estrogenu a progesteronu.

● **Třífázové tablety.** Těchle typ, díky kterému se vám ustálí menstruační cyklus, má stabilní vedřivší účinky než ostatní, protože v průběhu cyklu dostáváte tři různé, přesně odměřené dávky progesteronu a estrogenu. Napodovsi se tak přivovně hormonální změny během cyklu. V balení většinou najdřete pilulky čtyř barev - ty čtvrté nemají žádný účinek.

● **Mikropilulky.** Obsahují velice nízké dávky estrogenu. Jsou vám život zvlášť užipný nebo se vám ucpávají žlázy, mikropilulka bude to nejipší řešení. Na druhé straně vás však může postřivout kvácení vprstřed cyklu, ezubátř pokud přivov nepodřivněte každé den ve stejnou hodinu.



DUBEN 2001 COSMOPOLITAN 129

Obrázek 4 - Cosmopolitan testuje antikoncepci (duben 2001)

Doplňky pro zdraví, energii a pohodu

Na jaře je třeba dobít baterky, pozvednout náladu, nebo si třeba jen udělat radost přípravkem, který zlepši naši kondici nebo zabrání nemoci.

TEXT: ZUZANA AIDMOAN FOTO: ARCHIV FIREM



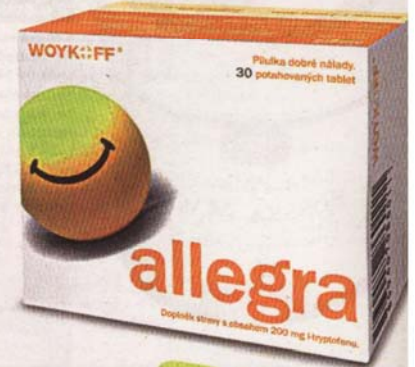
Bojovník se stresem

Arelit, Areco, cena: od 240 Kč
Vitaminový doplněk s lecitinem a vlákninou, který zlepši vaši psychickou kondici, procvičí paměť a podpoří i vaši fyzickou výkonnost. Pokud se po dlouhé zimě cítíte vyčerpaní, je právě Arelit pro vás to pravé.



Pro dobrou náladu

Allegra, Woykoff, cena: od 289 Kč
Na trhu je od začátku roku nová pilulka, která vám pomůže k dobré náladě a úsměvu od ucha k uchu. Obsahuje totiž serotonin, tedy hormon dobré nálady.



Pro intimní hygienu

Femigel, firma Australian Bodycare, cena od 180 Kč
Intimní gel pro dámy chrání před vznikem infekcí, a proto se doporučuje používat jako prevence po návštěvě koupališť, bazénu, sauny nebo lázni.

Obrázek 5- opět "náhodně" zvolené produkty pro čtenáře (Metro, 1. 4. 2010)