

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií



Lucie Bauerová

Důvěra občanů ve zdravotnický systém ČR

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Lucie Bauerová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: červen 2012

Hodnocení:

Bibliografický záznam

BAUEROVÁ, Lucie. *Důvěra občanů ve zdravotnický systém ČR*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2012. 87 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Bakalářská práce „Důvěra občanů ve zdravotnický systém ČR“ pojednává o současném stavu zdravotnictví ČR, jak ho vnímají občané. V práci je kladen důraz na téma fungování moderní medicíny. Teoretická část práce je věnována širším souvislostem problému důvěry ve zdravotnický systém. Tato část se snaží popsat změny ve společnosti díky kterým se změnil vztah lékaře a pacienta. Největší změny, které působí na tento vztah jsou představovány nástupem informační společnosti a také komerčním a systémovým tlakem na lékaře. Rovněž je zde vyzdvihnuta důležitost lidských práv se vztahem ke zdraví a práv pacientů. Empirická část se soustředí na výsledky výzkumu a jejich diskusi. Výzkumná metoda byla uplatněna ve formě kvalitativních rozhovorů, které pak byly schematicky přepsány a zpřehledněny pomocí tabulek. Výsledky výzkumu nepotvrdily předpoklad, že by občané ztráceli důvěru k medicíně jako k vědě (postupy lege artis). Problémy zdravotnického systému si dotazovaní spojovali spíše s jeho špatným nastavením, což lze dát za vinu ministerstvu zdravotnictví. Občané byli dosti nespokojeni se současnou politickou situací i toto se jistě do výsledků promítlo sníženou důvěrou ve státní instituce.

Annotation

Thesis "Citizens' trust in health system CR" discusses the current state of czech health system, how is perceived by the citizens. In this thesis the focus is on the functioning of modern medicine. The theoretical part is devoted to the wider context of the problem of trust in the health care system. This section is trying to describe the changes in society which has been changing relationship of a doctor and patient. Most significant changes that affect this relationship are represented by the development of information society, as well as commercial and system pressure on the doctor. It also highlighted the importance there is the of human rights related to health and patient rights. The

empirical part focuses on the research results and their discussion. The research method was applied in the form of qualitative interviews, which were then rewritten and clarified schematically using tables. Research results did not confirm the assumption that citizens lose trust in medicine as a science (lege artis). Problems of the health system respondents associate more with its wrong settings, which can be blamed for the Ministry of Health. Citizens were fairly unsatisfied with the current political situation and this is surely reflected the results of the decreased trust in state institutions.

Klíčová slova

zdraví, zdravotní politika, důvěra ve zdravotní systém a medicínu, vztah k lékaři, lidská práva, sociální změny

Keywords

health, health policy, trust in health system and medicine, relationship to the doctor, human rights, social changes

Rozsah práce: 108 547 znaků včetně mezer.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 18. května 2012

Lucie Bauerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Petru Hávovi CSc. za podnětné připomínky a nápady a za trpělivost při vedení práce.

Děkuji také všem dotazovaným za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu.

Současně chci tímto poděkovat své rodině a příteli a za podporu, kterou mi po celou dobu psaní práce dodávali.

Projekt bakalářské práce

Předpokládaný název práce:

Důvěra občanů ve zdravotnický systém ČR

Lucie Bauerová

3. ročník SOSP

ISS FSV UK

LS 2011

1. Námět práce

V současném diskurzu péče o zdraví se sekáváme s řadou rozdílných pohledů.

Odborný medicínský diskurs zaštiťující se pod koncept Evidence Based Medicine (EBM, medicína založená na důkazech, <http://ebm.bmj.com>) a zabývající se novými objevy na poli biomedicíny jako je genová terapie (Pritchard, Korf, 2007) či pokrokem v oblasti technologií např. robotická chirurgie (Rychlík, 2009).

Diskurz vedený v rámci veřejného zdraví (public health) a podpory zdraví (health promotion), který se opírá o kontrolu rizikových faktorů pomocí speciálně zaměřených programů a o eliminaci nerovností ve vztahu ke zdraví (Hann, 2007).

Pohled sociálních věd, který je reprezentovaný sociologií, psychologií a jinými hraničními disciplínami: sociologií medicíny, psychologií zdraví, psychologií nemoci. Převážně touto oblastí se budu dále ve své práci zabývat.

Ekonomie zdraví se zabývá především financováním zdravotní péče. Srovnává náklady na péči s náklady na prevenci, řídí se matematickými modely z oblasti biostatistiky a epidemiologie (Barták, 2010).

Další významné diskurzy dotýkající se péče o zdraví jsou z oblasti filosofie, etiky (Thomasma, Kushnerová, 2000), práva (Mach, 2006) a historie (Duinová, 1997).

Přes značné úspěchy medicíny, zejména v průběhu 20. století (Glaser, 1962; Schreiber, Budil, 1997, 2003) jsme ve druhé polovině 20. století svědky paradigmatického posunu od do té doby převažujícího medicínsko-biologického přístupu k jeho rozšíření o aspekty sociální a psychologické. Tento paradigmatický posun souvisí s poznatky o determinantách zdraví a nemoci a s formulací teorie determinant zdraví a emoci (Detels a spol., 1997; Marmot, 1999). V diskurzu péče o zdraví v rámci sociálních věd se setkáváme s kritickými pohledy na současnou medicínu, s reflexí samotného jednání lékařů ve vztahu k pacientům. Otázky této reflexe se soustřeďují na faktory, utvářející jednání lékařů (komercializace, medializace, úzký medicínský pohled bez jeho doplnění o celostní pohled na pacienta, atd..) (Šavlík, Hnízdil, Houdek, 2008; Křížová, 2006; Hnízdil, 2010; Kapr, Koukola 1998).

Moderní medicína v dnešní době léčí i nemoci, které ještě nedávno nemocemi nebyly, jako například vysoký krevní tlak, migréna, artróza. Medicína se zaměřuje na potírání příznaků choroby nikoli na původ jejího vzniku, to znamená, že se často jen snaží tlumit bolest, která je však prvním varovným signálem těla, že v životním stylu jedince je něco v nepořádku. Když dále bolest tlumíme a ignorujeme, vážné choroby na sebe nenechají dlouho čekat (Hnízdil, 2010). Rovněž se medicína angažuje v neléčebných procesech, zde jsou např. různá odvětví estetické chirurgie, wellness programy a výživová poradenství. Medicína proniká do společnosti čím dál více i pomocí mediální prezentace, kdy můžeme sledovat řadu oblíbených seriálů z nemocničního prostředí. Tyto procesy můžeme nazvat jako medikalizaci společnosti (Čada, 2009).

Pacienti v ČR mají k lékařům tradičně velkou důvěru a jejich profesi se dostává velké úcty. Avšak **komunikace lékaře s pacientem** se mnohým zdá jako nedostatečná. Může to být vina dnešní uspěchané doby, kdy není na pacienta čas, či špatným vyškolením lékařů nebo jejich nesdílností při komunikaci. **Lékař mnohdy nedostatečně informuje pacienty** o příčinách choroby, je strohý a neosobní, takový přístup se mnohým pacientům nelíbí, nejsou pouhou diagnózou, ale osobností, na což lékař – obzvláště specialista zapomíná (Bártlová, 2005; Hnízdil, 2010; Křivohlavý 2002). Medicína je taktéž zvyklá chápat tělo atomizovaně, odstraňují se jednotlivé poškozené části těla, jako by byl člověk automobilem v servisu, kde lze snadno náhradní díly vyměnit. U těla to tak bohužel není, dokládá to např. tzv. fantomová bolest či mnoho případů, kdy tělo nahrazený cizí orgán odmítne. Může se stát, že pacienti nejsou o těchto možných komplikacích a pravděpodobnosti jejich výskytu dostatečně informováni.

Biomedicínský přístup k chorobám dostatečně nezohledňuje psychologické aspekty zdraví a nemoci, kde je třeba např. rozlišovat jde-li o pacienta mladého či stárnoucího. Rovněž se v medicíně zapomíná na biopsychosociální faktory, které škodí zdraví jako stres, kouření, přejídání (Křivohlavý 2001, Komárek 2005).

S tím souvisí téma **socializace medicíny**, které naznačuje, jak sociální aspekty pronikají do medicíny. Můžeme zde sledovat, jak jsou pacienti generově rozlišováni a jak se k nim různě přistupuje dle jejich sociálního statusu. Tento termín také označuje větší angažovanost pacientů, kdy si zakládají různé spolky na svou právní ochranu a vzájemnou podporu, kde navíc diskutují aktuální dění ve zdravotnictví (Čada, 2009).

Nedůvěra v současnou přetechnizovanou medicínu a lékaře – specialisty, či nepříznivá ekonomická situace může mnohé pacienty dovést k cestě hledání různých alternativních způsobů léčby (Křížová, 2004; Heřt, 2010). V léčiteli mohou nalézt psychologickou podporu a naději, kterou při svém uzdravování u objektivního lékaře nenacházejí (Schreiber, Budil, 2003). **Celostní medicína** jim nabízí cestu ke změně životního stylu, neléčí, ale uzdravuje, a to za pomoci samo-uzdravujícího potenciálu těla, je zřejmé, že tento přístup je vhodný k léčbě tzv. civilizačních či chronických chorob, kterými je zatížena dnešní populace ve velké míře. Pro některé lidi je však obtížné či nepředstavitelné, že si za svoje choroby mohou sami a raději dál svůj stav berou jako objektivní chorobu a snaží se dál léčit její jednotlivé symptomy (Hnízdil, 2010).

Tak jako mnohé jiné oblasti se i **medicína dostává pod tlak trhu**. Lékaři jsou odměňováni dle počtu výkonů, mají předepsat určitý počet určitých léků, jsou pod tlakem pojišťoven, které jim zákroky proplácí (Hnízdil, 2010). „*Směna, zprostředkovaná penězi, je neosobní a nezakládá žádné trvalé závazky*“ (Sokol, 2007: 133). Farmaceutické giganty

jsou už i mocnější než některé státy a vyvíjejí stále nové léky na všechny různé nemoci, které ani nemocemi nejsou. Je levnější léčit lidi zdravé, než ty opravdu nemocné (Kassier, 2007; Jonsen 2007; Churchill 2007). Dalšími významnými aktéry jsou výrobci zdravotnických přístrojů, které jsou stále dokonalejší a hlavně dražší (Mahar, 2006). Zdravotnictví čelí četným problémům s korupcí (Zdravotnické noviny, 2009; Baťa, 2011).

Technologie ve zdravotnictví znamenají čím dál větší specializaci a mohou přispět k odcizení lékaře a pacienta (Kurasawa, 2004; Faulkner 2009). Instinkt lékaře je všemi technickými vymoženostmi oslabován. Přibývá fenoménu tzv. nevysvětlitelných chorob, kdy se pacient cítí nemocen, i přesto, že žádné objektivní příznaky nebyly přístroji zachyceny. Pacient je pak v roli hypochondra vykázán z ordinace, kde jako zdravý nemá co dělat, v horším případě je směřován do psychiatrické léčebny (Hnízdil, 2010).

Na medicínu mají vliv i současné trendy probíhající ve společnosti. Nástup **postmoderny a globalizace** sebou nese změny ve struktuře společnosti, změny ve vztazích mezi lidmi, změněné sociální klima se soustřeďuje na individuum a na jeho majetkový kapitál (Kawachi, 2007; Labonté a kol., 2009). Ztrácejí se hodnoty solidarity a sociálního státu, v ostrém konkurenčním prostředí se stále více lidí propadá do chudoby, která jak známo je největším nepřítelem lidského zdraví (Marmot, 2009; Keller, 2010; Esping-Andersen, 1996). Navíc „*příslušníci nižších vrstev své choroby i silněji vnímají, jejich názor na vlastní zdravotní stav je pesimističtější*“ (Schreiber, Budil, 2003: 211). Významnou změnou je i stárnutí populace, kdy bude stárnoucích jedinců neustále přibývat a náklady na zdravotní péči dále porostou (EU: The 2009 Ageing Report; OECD: Live Longer, Work Longer, 2006; Holčík, 2007).

Zdravotní politika, jejíž parametry jsou nastaveny státem, je mantinelem, který by měl udávat parametry pro zdravotní péči (Drbal, 2005). Stát by měl v rámci konceptu podpory zdraví – **health promotin** vytvářet takové programy a podmínky, které se soustřeďují na prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva (Podpora zdraví – poznatky a praxe, 2003). Zde by se měl inspirovat doporučeními WHO, OECD a také by měl implementovat programy a zákony platné v rámci EU (WHO: Health for All 2000, Zdraví 21). S touto problematikou souvisejí i práva pacientů, jež ČR zaštiťuje Etický kodex.

Formulace výzkumného problému

Výzkumným problémem je zachytit rozdíly mezi očekáváním a realitou ve zdravotní péči u občanů ČR. Tyto rozdíly mohou vést ke zklamaným očekáváním občanů a ke ztrátě důvěry ve zdravotnický systém. Nemocný se pak obrací k alternativním metodám nebo na zlepšení svého zdravotního stavu rezignuje.

2. Pracovní cíle a otázky:

Cílem práce je získat poznatky o názorech současné české občanské veřejnosti na lékaři poskytovanou zdravotní péči a na vztah jaký mají k medicíně, vědě, pokroku, ke svému zdraví, nemoci a tělu.

Výzkumné otázky

1. Jaký vztah mají občané ke zdravotnictví a k medicíně?
 - důvěra, nedůvěra, (ne)spokojenost, očekávání, konkrétní výhrady k fungování
2. Jak rozlišuje současný český občan hlavní součásti zdravotnického systému (zdravotnické služby, ochranu veřejného zdraví, podporu zdraví, vzdělávání, technologie, řízení a správu, financování, úhrady)?
3. Jaký je vztah občanů ke zdraví a nemoci?
4. Vědí o příčinách svých chorob?
5. Jak občané hodnotí komunikaci s lékařem?
6. Jak hodnotí úspěchy/neúspěchy při léčbě?
7. Mají občané zkušenosti s alternativní medicínou?
8. Kde občané získávají informace o zdraví, nemocech, prevenci?
9. Jak jsou občané informovaní o lidských právech se vztahem ke zdraví?
10. Co občané očekávají od zdravotnického systému do budoucna (víra v pokrok či obavy)?

3. Metody

Data

Výzkumná data budou získána pomocí série kvalitativních rozhovorů. Rozhovory budou mít předem danou strukturu. K přípravě rozhovorů použiji informace z výzkumů, které již na toto či podobné téma proběhly (např. Rokosová, Knobloch, 2006; Marcinowicz, Chlabicz, Grebowski, 2009). K výběru osob použiji účelové vzorkování, kdy zvolím informačně bohaté případy pro hlubší studium. Počet případů je předběžně stanoven na 12. Jejich výběr bude podléhat kritériím dle věku a pohlaví. Výzkum uvažuje s rovnoměrným zastoupením mužů a žen, věkové kategorie budou a) respondenti do 40 let, b) respondenti od 40 do 60 let, c) respondenti nad 60 let. Zastoupení věkových kategorií bude taktéž rovnoměrné, tzn. v každé věkové kategorii 4 dotazovaní, 2 ženy a 2 muži. Rozhovory budou prováděny v přirozených podmínkách dotazovaných, nejlépe přímo v jejich domácnosti, popř. i na jiném vhodném místě.

Účast ve výzkumu bude podmíněna získáním informovaného souhlasu od dotazovaného. Dotazovaný bude předem plně informován o průběhu a okolnostech výzkumu.

Se souhlasem dotazovaných bude rozhovor zaznamenán na audio-záznamové zařízení, diktafon. Poté proběhne doslovná transkripce rozhovorů s možnou stylistickou úpravou.

Metody

Získaná data nejprve prozkoumám pomocí kvantitativní obsahové analýzy, kdy budu zjišťovat četnosti slov či frází a korelace mezi jednotlivými kategoriemi. Získaná data budou následně zobrazována a komprimována pomocí tabulek. Kódy a kódovací předpisy budou zvoleny již před výzkumem, budou sloužit jako šablona pro analýzu dat. Následně bude provedeno axiální kódování dat, kdy budu hledat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

4. Teoretická východiska s odkazy na literaturu: část A)

Problém	Vědní disciplína	Knihy	Kapitoly v knihách	Dokumenty, kvalifikační práce	Odb. práce v časopisech	Internet
Medikalizace společnosti	Sociologie medicíny Zdravotní politika	Arnold: PHARMACOECONOMICS		Čada: Medikalizace společnosti, socializace medicíny Prokeš: Léková politika české republiky	Abraham: Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions	
Vztah lékaře a pacienta, komunikace, vztah medicíny k tělu	Sociologie medicíny Psychologie medicíny Psychologie Zdravotní politika	Dale: Communicating to Manage Health and Illness Berry: Risk, communication and health psychology	Lupton: The Body in Medicine		Pilnick: On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review	
Psychologie nemoci a zdraví	Psychologie	Jaro Křivohlavý: Psychologie zdraví, Psychologie nemoci				
Socializace medicíny, nerovnosti v léčbě, gender, aktivismus pacientů	Sociologie medicíny Sociologie		Lupton: Representations of Medicině, Illness and Disease in Elite and Popular Culture, Theoretical Perspectives on Medicině and Society Helgeson: Gender-related Traits and Health			
Holistické - biografické přístupy, psychosomatika a alternativní způsoby léčby	Psychosomatika Psychosomatická medicína	Jan Hnízdil: Mým marodům Komárek: Spasení těla Rattner: Základy holistické léčby				http://www.celostni-medicina.cz/prevence/
Sociální a ekonomické determinanty nemoci – životní styl	Sociologie medicíny	Sylva Bártlová: Sociologie medicíny a zdravotnictví Hansen, Easthope: Lifestyle in Medicine		DP:Pavčina Kaňová: Sociální determinanty zdraví	Ferlander: The Importance of Different Forms of Social Capital for Health	

Teoretická východiska s odkazy na literaturu: část B)

Problém	Vědní disciplína	Knihy	Kapitoly v knihách	Dokumenty, kvalifikační práce	Odb. práce v časopisech	Internet
Komeracionalizace medicíny – money driven medicine	Zdravotní politika Sociologie medicíny Ekonomie medicíny	Mahar: Money driven medicine		Jerome P. Kassirer: Commercialism and Medicine: An Overview		http://www.moneydrivenmedicine.org/
Technologie ve zdravotnictví	Medicína Filosofie Sociologie medicíny	Alex Faukner: Medical Technology into Healthcare and Society	Kurasawa: Jak propojit technovědu, etiku a demokracii			
Medicína ve vztahu k vývojovým trendům, globalizace, postmodernismus, riziková společnost	Sociologie medicíny Sociologie Filosofie	Keller: Tři sociální světy Bauman: Globalizace Giddens: Důsledky modernity Harrington: Moderní sociální teorie	Scambler, Higgs: Modernity, Medicine and Health Schrecker: Globalization, and the Need for a Global Health Ethic			
Public health	Zdravotní politika	Gooijer: Trends in EU Health Care Systems Buse: Making Health Policy	Detels: The scope and concerns of public health		Goldman: The increasing value of education to health	
Chronické nemoci, stress			Tennen: Daily Processes in Health and Illness De Vellis: Interpersonal Emotional Processes in Adjustment to Chronic Illness		Tennen: Daily Processes in Health and Illness De Vellis: Interpersonal Emotional Processes in Adjustment to Chronic Illness	
Strategie zdraví EU, WHO, OECD		The world health report 2000 - Health systems: improving performance		Europe in 2020: A Strategy to Achieve Our Vision		
Práva pacienta	Právo	Mach: Medicína a právo				http://www.pacienti.cz/vypis.php?kat=prava

5. Očekávané výsledky práce

Výsledkem mé bakalářské práce bude identifikace názorů občanů k vědecké a alternativní medicíně. Zachycení specifických problémů českého lékařství z pohledu občanů. Bude podán přehled o současných pastech, v kterých se vědecká medicína ocitá.

Výsledek práce přinese osvětlení toho, zda si občané uvědomují, jak je zdravotnický systém řízen, jakou v něm hrají roli a zmapuje metody, jak občané svépomocně pečují o své zdraví.

Výzkum si klade za cíl vytvořit kvalitativní sondu do oblasti důvěry občanů v medicínu a zdravotní systém, výzkumný nástroj a jeho výsledky by mohli být základem pro pozdější kvantitativní šetření v této oblasti.

6. Seznam použité literatury:

Webové stránky vybraných institucí

World Health Organization – WHO: www.who.int.

The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Dostupný z <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.

[Organisation for Economic Co-operation and Development](http://www.oecd.org) – <http://www.oecd.org>

European Commission, Health-EU, The Public Health Portal of the European Union. Dostupný z http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_en.htm.

European Union Health Policy Forum. Europe in 2020: A Strategy to Achieve Our Vision. Brusel, 2010. Dostupný z

http://ec.europa.eu/health/interest_groups/docs/euhpf_consultation2020_en.pdf.

http://europa.eu/epc/pdf/2009_ageing_report.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR – <http://www.mzcr.cz>

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

Svaz pacientů české republiky - <http://www.pacienti.cz>

Publikace:

Monografie

- Arnold, R. J. G.: „PHARMACOECONOMICS.“ Boca Raton, CRC Press, 2010.
- Barták, M.: „Ekonomika zdraví.“ Praha, Wolters Kluwer ČR, a.s., 2010.
- Bártlová, S.: „Sociologie medicíny a zdravotnictví.“ Praha, Grada, 2005.
- Bauman, Z.: „Globalizace. Důsledky pro člověka.“ Praha, Mladá fronta, 1998.
- Berry, D. C.: „Risk, communication and health psychology.“ Berkshire, Open University Press, 2004.
- Buse, K., Nicholas Mays, N., Walt, G.: „Making Health Policy.“ Berkshire, Open University Press, 2005.
- Dale, B.E. – Goldsmith, D.J.: „Communicating to Manage Health and Illnes.“ Taylor & Francis e-Library, 2009.
- DeVellis, R. F. et al.: „Interpersonal Emotional Processes in Adjustment to Chronic Illness“ In *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Suls, J. – Wallston, K. A. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2003, 256 – 287.
- Drbal, C.: „Česká zdravotní politika a její východiska“. Praha, Galén, 2005.
- Duinová, N.: „Historie medicíny.“ Praha, SLOVART, 1997.
- Faulkner, A.: „Medical Technology into Healthcare and Society“. London, Palgrave Macmillan, 2009.
- Giddens, A.: „Důsledky modernity.“ Praha, Sociologické nakladatelství, 2003.
- Gooijer, de W.: „Trends in EU Health Care Systems.“ NY, Springer Science+Business Media, 2007.
- Hann, A.: „Health Policy and Politics.“ Hampshire, Ashgate Publishing Limited, 2007.
- Hansen, E. – Easthope, G.: „Lifestyle in Medicine.“ Taylor & Francis e-Library, 2006.
- Harrington, A. at al.: „Moderní sociální teorie“. Praha, Portál, 2006.
- Helgeson, V.S.: „Gender-related Traits and Health“ In *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Suls, J. – Wallston, K. A. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2003, 367-394.
- Hendl, J.: „Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace.“ Praha, Portál, 2005.
- Hnízdil, J.: „Mým marodům. Jak vyrobit pacienta.“ Praha, Lidové noviny, 2010.
- Kapr, J. – Koukola, B.: „Pacient: revoluce v poskytování péče.“ Praha, Sociologické nakladatelství, 1998.
- Kawachi, I.- Wamala. S.: „Globalization and Health.“ New York, Oxford University Press, 2007.
- Keller, J.: „Tři sociální světy.“ Praha, Sociologické nakladatelství, 2010.
- Komárek, S.: „Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika.“ Praha, Mladá fronta, 2005.
- Křivohlavý, J.: „Psychologie nemoci.“ Praha, Grada, 2002.
- Křivohlavý, J.: „Psychologie zdraví.“ Praha, Portál, 2001.
- Křížová, E. a kol.: „Alternativní medicína jako problém.“ Praha, Karolinum, 2004.
- Kurasawa, F.: „Jak propojit technovědu, etiku a demokracii“. In *Globální spravedlnost a demokracie*. Urban, M. Praha, Filosofia, 2004. 313-350.
- Lupton, D.: „Medicine as Culture.“ London, SAGE, 2003.
- Mahar, M.: „Money driven medicine.“ Collins, 2006.
- Mach, J.: „Medicína a právo.“ Brno, C. H. Beck, 2006.
- [Pritchard](#) D.J., [Korf](#), B.R.: „Základy lékařské genetiky“. Praha, Galén, 2007.
- Scambler, G. – Higgs, P. – Eds.: „Modernity, Medicine and Health.“ Taylor & Francis e-Library, 2005.
- SChlecker, T.: „Globalization, and the Need for a Global Health Ethic .“ In *Health for Some*. Sandra J. MacLean, S.J., Brown, S.A., Fourie, P. Hampshire, PALGRAVE MACMILLAN, 2009.
- Sokol, J.: „Moc, peníze a právo.“ Plzeň, Aleš Čeněk, 2007.

Tennen, H. et al.: „Daily Processes in Health and Illness.“ In *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Suls, J. – Wallston, K. A. Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2003, 495-529.
Thomasma, D.C. – Kushnerová, T.: „*Od narození do smrti*“. Praha, Mladá fronta, 2000.

Články

Abraham, J.: Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions, *Sociology* 2010 44: 603 <http://soc.sagepub.com/content/44/4/603>
Body & Society 2010 16: 72. <http://bod.sagepub.com/content/16/2/72>
Capital for Health, *Acta Sociologica* 2007 50: 115
<http://asj.sagepub.com/content/50/2/115>
Čada, K.: „Medikalizace společnosti, socializace medicíny.“ Příspěvek ke konferenci ISS, 2009. Dostupný z: www.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc
Ferlander, S.: The Importance of Different Forms of Social
Goldman, D. – Smith, J.P.: „The increasing value of education to health“ *Social Science & Medicine* 72, 2011, 1728-1737.
Kassirer, J.P.: „Commercialism and Medicine: An Overview.“ *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2007, 16, 377–386.
Pilnick, A. – Dingwall, R.: „On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review“, *Social Science & Medicine* 72, 2011, 1374-1382.
Rychlík, M.: „Robotická chirurgie“ časopis Euro - Rakovina v pytlíku. 15.10.2009. Dostupný z: http://www.nszmostiste.cz/index.asp?levl=003000003&menu_id=00&lang_CZ&strana=1&komplet_akt=35
Varul, M. Z.: Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness

Kvalifikační studentské práce

Havlová, Klára: *MEDICÍNA MEZI MAGIÍ A VĚDOU*, Bakalářská diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno 2009. Dostupná z: https://is.muni.cz/th/219731/fss_b/BP_KONECNA_VERZE.pdf

Hřebíková, Dagmar: *ZDRAVÍ a zvýšení kvality života s ohledem na alternativní medicínu*. Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno 2009. Dostupná z: http://is.muni.cz/th/166445/pedf_m/ZdraviAZvyseniKvalityZivotaSOhledemNaAlternativniMedicinu.pdf

Pejchal, Jakub: *POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE JAKO ZÁJMOVÁ SKUPINA (SROVNÁNÍ ČR A VYBRANÉ ZEMĚ)*, Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno 2010. Dostupná z: http://is.muni.cz/th/211842/esf_b/Bakalarska_prace.pdf

Novotná, Sylva: *ROLE PACIENTA VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU*. Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno 2010. Dostupná z: http://is.muni.cz/th/253717/esf_b/BP_Novotna_Sylva_253717.pdf

Příbylová, Kristýna: Proč jsou politiky v boji proti obezitě neúspěšné?
Bakalářská práce, Praha, UK , 2010.

Streitová, Jana: SOLIDARITA VE ZDRAVOTNÍ PÉČI. Magisterská diplomová práce,
Masarykova univerzita, Brno 2006. Dostupná z:
http://is.muni.cz/th/63000/esf_m/scan.pdf

Hejzlarová, Miroslava „Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice.“ Magisterská diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V CeskÝCH BUDEJOVICÍCH, 2008. Dostupná z:
http://theses.cz/id/6qcvlg/downloadPraceContent_adipIdno_10173

Internet

Prokeš, M. „Léková politika v ČR.“ Text dostupný z:
[www.ipvz.cz/download.aspx?item=1081&](http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1081&prezentace) *prezentace dostupná z:*
www.drugagency.cz/soubory/781593099609951.pdf

<http://www.moneydrivenmedicine.org/>

Výzkumy

Marcinowicz, L., Chlabicz, S., Grebowski, R.: „Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology“. Polsko, 2009. Zpráva z výzkumu dostupná z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/63>

Ellins J, Coulter A.: „How engaged are people in their health care?“ London: Health Foundation, 2005. Zpráva z výzkumu dostupná z:
http://www.pickereurope.org/Filestore/PIE_reports/project_reports/Patient-Activation-Survey.pdf

Coulter, A.: „What do patients and the public want from primary care?“ Oxford, 2005. Zpráva z výzkumu dostupná z: <http://www.bmj.com/content/331/7526/1199.full>

Rokosová, M., Knobloch, F.: „Názory občanů na vybrané problémy zdravotní péče v ČR“, Praha, 2006.

Konzultant:

MUDr. Petr Háva, CSc.

KVSP ISS FSV UK

Souhlasím s vedením této bakalářské práce

.....
Podpis konzultanta

V Praze dne: 10. 6. 2011

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD	2
1. CO OHROŽUJE DŮVĚRU OBČANŮ VE ZDRAVOTNÍ SYSTÉM?	4
1.1 <i>Zhoršující se zdravotní stav populace</i>	4
1.2 <i>Zvyšující se náklady na zdravotní péči</i>	5
1.3 <i>Deficit osobního a celostního přístupu</i>	6
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	7
2.1 V JAKÉ SPOLEČNOSTI DNES ŽIJEME?.....	7
2.2 CO OHROŽUJE DŮVĚRU PACIENTŮ V MEDICÍNU?.....	12
2.2.1 <i>Vztah lékaře a pacienta</i>	14
2.2.1 <i>Porušování lidských práv a práv pacientů</i>	18
3. EMPIRICKÁ ČÁST	21
4.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	21
4.1.1 <i>Formulace výzkumného problému</i>	21
4.1.2 <i>Cíl výzkumu</i>	23
4.1.3 <i>Výzkumné otázky</i>	23
4.2 METODOLOGIE	24
4.2.1 <i>Výzkumný plán</i>	24
4.2.2 <i>Výzkumný soubor</i>	25
4.2.3 <i>Metoda sběru dat a jejich zpracování</i>	26
4.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU	28
4.4 DISKUSE ZÁVĚRŮ	39
ZÁVĚR	43
SUMMARY	43
POUŽITÁ LITERATURA	45
SEZNAM PŘÍLOH	48

Úvod

Současná situace lékařství jako oboru zabývajícího se lidskými chorobami a zdravotnictví jako státní instituce organizující péči o zdraví občanů, je mírně řečeno neuspokojivá. Důvodem jsou mocenské, ekonomické a politické zájmy, které tento medicínsko-zdravotnický komplex dokonale ovládly. Věda o chorobách ruku v ruce se zdravotnickou technikou a farmakologií vytvořily svébytný systém řízený státní správou a pojišťovnami podle pravidel, které stále méně vyhovují původnímu účelu pečovat o zdraví občanů. Místo toho je manipuluje do role potenciálních nebo skutečných pacientů a stále více z nich činí spotřebitele služeb, které přinášejí zisky mocným obchodním řetězcům a vlivným podnikatelským skupinám. Vzniká tak povážlivý paradox. Zatímco dříve člověk pečoval o svoje zdraví a kolem tohoto problému organizoval veškeré aktivity, nyní se systém péče o zdraví stal rozhodující hybnou silou, která kolem sebe a k obrazu svému organizuje chování občanů.

Jiří Šavlík, Jan Hnízdil (Jak léčit nemoc šílené medicíny, 2008, str.107)

Tato bakalářská práce mapuje problematiku narušené důvěry občanů ve zdravotní systém. Důvodem, proč je žádoucí věnovat se tomuto problému je, že tato narušená důvěra může způsobit odchod pacientů mimo zdravotní systém či je může motivovat k tomu, aby projevovali svou občanskou nespokojenost či dokonce propagovali občanskou neposlušnost. Problematika zdravotnictví je ožehavým tématem na celém světě, největší je asi problém propasti mezi medicínou ideální a reálně dostupnou. Je známo, že v nejhudších státech světa stále nejsou dostupné základní léky a lidé umírají jen díky neochotě farmaceutických firem tyto levné léky vyrábět a neochotě bohatých států přispívat těm nejhudším na tuto základní péči. V celosvětovém měřítku tedy z úspěchů moderní medicíny neprofitují všechny skupiny obyvatel. V našem státě není dosud situace ideální a dostupné medicíny tak vážná, ale uskutečňovaná zdravotní reforma může tento rozdíl prohloubit. Navíc je v ČR velice nízká důvěra ve vládnoucí veřejné činitele, tato nedůvěra vůči politické legitimitě může narušovat důvěru ke zdravotnímu systému jako instituci, ale i k jeho jednotlivým představitelům, zde máme na mysli konkrétně lékaře. Kromě tématu důvěry se práce věnuje také fungování medicínsko-průmyslového komplexu, který je ovládán touhou po zisku, proto se snaží okruh pacientů, co nejvíce rozšířit. Tento postoj upřednostňující zisk nad zdravím pacientů se pomalu dostává do hledáčku kritiků moderní medicíny, není jich sice mnoho, ale tento proud „lékařů bez iluzí“ dle mého názoru sílí. V ČR je toto téma komplikováno tím, že lékaři se těší tradičně velké úctě od veřejnosti. Již desítky let se drží na první příčce v průzkumech prestiže povolání. Toto umístění jim nepokazila ani akce z minulého roku „Děkujeme, odcházíme“, kdy se čekalo, že prestiž lékařů klesne, naopak do průzkumu byly zařazeny i zdravotní sestry a ty se umístily hned za vědcem

na 3. místě. Z toho je možno vyvodit, jak velkou důležitost přisuzují občané péči o své zdraví, kterou jim poskytují zdravotničtí pracovníci. O to je smutnější fakt, že tyto profese nejsou adekvátně finančně ohodnoceny. Teoretická část této práce nás má seznámit se současnou situací ve společnosti, ukazuje jakými faktory je moderní medicína tlačena jednak ze strany trhu a jednak ze strany pacientů. Současná forma péče o zdraví nemotivuje pacienty a občany, aby přistupovali ke svému zdraví odpovědně. Ve výzkumné části můžeme nalézt popis metodiky výzkumu a výsledky výzkumu. Metoda výzkumu je založena na kvalitativních rozhovorech s občany. Cílem výzkumu je zachytit vnímání zdravotnického systému občany a pojmenovat mechanismy, které narušují důvěru v tento systém. Názory občanů na tuto problematiku se dosti odlišují dle jejich životních zkušeností a sociálního postavení, důležitou roli také hrají hodnoty a všeobecný přehled občanů. Cílem výzkumu je i zhodnocení těchto faktorů, které působí na utváření vztahu občanů ke zdravotnímu systému a medicíně.

1. Co ohrožuje důvěru občanů ve zdravotní systém?

Zdravotnický systém v ČR prochází po roce 1990 řadou tržně orientovaných reforem. Na zdravotní péči nelze nahlížet jako na běžnou tržní komoditu. Lidé považují zdraví za prioritní hodnotu, a když nemoc ohrozí jejich celistvou existenci, jsou schopni investovat do zdravotní péče velké sumy, čehož si je medicínsko-průmyslový komplex dobře vědom a využívá toho. V oblasti zdravotní péče je více než jinde (pro zdárný terapeutický účinek) nutná důvěra pacienta, jak v lékaře, tak v celý zdravotní systém. U nás se spíše než s výzkumy důvěry¹ můžeme setkat s výzkumy spokojenosti pacientů s lékařskou péčí, které dopadají poměrně dobře (přes 40% spokojeno, 33% ani spojeno, ani nespokojeno, viz. příloha: graf č. 1). Ohledně účasti občanů na rozhodování o léčbě jejich nemoci, se populace dělí na dvě početně skoro shodné skupiny, jedna uvádí, že (rozhodně nebo spíše) mají možnost se zapojit do rozhodování (44%), druhá, že tuto možnost nemají (43%, viz. příloha: graf č. 2).

V Anglii a především v USA je zájem o zkoumání důvěry ve zdravotní systém rozsáhlejší (Calnan, Rowe 2006). Zajímají se o to, jak narůstající nedůvěra institucionální (v politické činitele, státní správu), může narušovat osobní důvěru v lékaře a naopak. Upozorňují i na to, že k tomu, abychom prohlédli a dovedli se účinně bránit „nekalostem“² zdravotního systému, je na úrovni jednotlivce potřeba vysokého kapitálu kulturního, finančního a časového (Ward, 2006). Kromě subjektivního pocitu důvěry či nedůvěry, který je ovlivněn řadou individuálních charakteristik, se zdravotní systém potýká s řadou objektivních problémů, které tuto situaci subjektivní nedůvěry jedince tj. občana mohou vyvolávat.

1.1 Zhoršující se zdravotní stav populace

Česká republika se jako další země, jejichž občané žijí v nadbytku nezdravých potravin,

¹ výjimkou je výzkum z roku 2003-2004, kdy „téměř polovina občanů vnímá podle průzkumu zdravotnictví jako oblast, v níž se vyskytuje řada velmi vážných problémů. Další více než čtvrtina se obává, že mu hrozí zhroucení. Jako velmi vážnou až kritickou hodnotí situaci téměř 88 procent lékařů, zhroucení systému se obává více než třetina.“ Důvěra v české zdravotnictví: Zdroj: ČTK. In: *Www.zdrav.cz Zdraví a Zdravotnictví* [online]. Čtvrtek, 27.Květen 2004 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5463>

² např. porušování lidských práv či práv pacientů

potýká s růstem obezity (viz. graf č. 3), která je determinantou řady dalších zdravotních komplikací jako je cukrovka, pohybové potíže a v neposlední řadě psychické potíže, jež pramení z pocitu osobního selhání. Varovný je rovněž růst výskytu nádorových onemocnění, i když úmrtnost díky pokročilým metodám léčby klesá (viz. graf č.4). Současná situace v ČR nahrává vzniku tzv. chronických civilizačních onemocnění, protože zde existují deficity v omezování rizikových faktorů těchto nemocí. Znalost zásad zdravé výživy je sice poměrně značná, ale jen málo se jich promítá do každodenního jídelníčku občanů. Nedaří se významně omezovat kuřáctví a spotřebu alkoholu (Potůček, 2005).

Dle Holčíka (2010: 58) právě „rostoucí počet chronicky nemocných vytváří, obrazně řečeno, ekonomickou past pro celý zdravotnický systém.“

1.2 Zvyšující se náklady na zdravotní péči

Problém neudržitelných nákladů na zdravotní péči se rovněž dotýká celého vyspělého světa. Nárůst výdajů na zdravotnictví v ČR dokumentuje graf č.5, kde vyčteme, že od roku 2000 do roku 2010 se výdaje téměř dvojnásobily, průměrný roční nárůst výdajů za toto období byl v řádu téměř 15 miliard Kč. Stejně jako celkové náklady na zdravotnictví (292 miliard v roce 2010) rostly i výdaje na léky (viz. graf č.6), které z celkové sumy na zdravotnictví tvoří přibližně jednu pětinu 59 miliard (tj. 20%; dodejme, že ve srovnatelných zemích, činí poměr výdajů na léky polovinu³: 10%). Výdaje na léky rostly, i když počet spotřebovaných balení se snížil, skoro by se chtělo přiklonit k názoru Johna Virapena (2010: 179): „Slib, neustále omílaný slib o snižování cen léků, o vývoji, který umožňuje vyrábět lacinější léky, a podobně. Nesmysly. Naopak, nové léky mají za úkol kompenzovat nižší tržby, které přicházejí po vypršení platnosti některých patentů.“

Je opravdu mnoho oblastí, kde můžeme vidět příčinu neudržitelných nákladů na zdravotnictví. Typicky českým alibistickým způsobem⁴ argumentuje ředitel VZP Pavel Horák, když tvrdí, že v **nadužívání péče** máme velké finanční rezervy:

At' už je to nemocnice, kde vás hospitalizují kvůli něčemu, co jde vyřešit ambulantně, nebo ambulance, kde na vás navěsí nějaký budík, ale když není

³ tato informace zachycena na přednášce Martina Potůčka "Prospívají zdravotnické reformy zdraví?", která se konala 27.4.2012 v Kulturním sále Domova pro seniory Slunečnice v Praze

⁴ kdy nesou vinu vždy jen ti druzí, tj. nejlépe občané, kteří plýtvají zdravotní péčí, léky, zneužívají sociální dávky, dávky v nezaměstnanosti atd. (více Keller, 2011)

výsledek normální, tak vás pošlou někam jinam. Tyhle rezervy činí nejméně deset procent a to je přes 20 miliard korun. Může to být i dvojnásobek. Na druhou stranu stejné peníze jinde zoufale chybí: na drahou léčbu a na financování těch zařízení, která pacientům skutečně pomáhají.⁵

Že má naše zdravotnictví rezervy s tím souhlasí i současný ministr zdravotnictví Heger:

Vidím to ve výši pěti až šesti miliard korun. Třeba v lékové politice se připravují výběrová řízení pro některé generické preparáty... (...) A samozřejmě i lékaři musí pracovat na tom, aby léčili racionálněji. Léta se mluví o tom, jak se předepisují zbytečně léky, jak je pacienti vyhazují. Takže všechno toto má v ruce nejenom ministerstvo zdravotnictví, ale i Česká lékařská komora.⁶

Kde především vidí příčiny zvyšujících se nákladů občané, se můžeme zjistit v grafu č.7.

1.3 Deficit osobního a celostního přístupu

Stále více lidí ve vyspělých zemích se obrací k tzv. alternativní medicíně, zde budeme chápat jako alternativní medicínu, vše, co není zahrnuto v tzv. vědecké medicíně (postupy lege artis).

Příčinu tohoto obratu lze spatřovat v poklesu důvěry veřejnosti v medicínu. Lékaři (z časových důvodů) pacienty nedostatečně informují, nevěnují jim takovou osobní (až něžnou) pozornost jako někteří alternativní léčitelé (Schreiber, 2000: 166).

Zkušenost s některým z hlavních směrů alternativní medicíny (akupunktura, homeopatie, bylinná léčba, léčebná dieta a návštěva léčitele) mělo v šetření Evy Křížové (2004) až 68 % dotázaných pacientů (N⁷=500) v roce 1997, v roce 2001 36%. Větší výzkum v tom samém roce ukázal 25% zkušenost s homeopatií, akupresurou, 21% s lidovým léčitelstvím (N=995).

„Překvapivé může být, že tendenci k využívání nekonvenční medicíny projevují spíše osoby s vyšším stupněm vzdělání – z hlediska dalších znaků jsou to častěji ženy a silným prediktorem je dlouhodobá chronická nemoc (Křížová, 2004: 6).

Dalším důvodem proč lidé opouštějí vědeckou medicínu může také být, že jejich potíže jsou spíše psycho-somatické či pouze psychické, tyto obtíže jsou moderními přístroji nezjistitelné, proto zatím zůstávají stranou.

Kromě akutních příhod, které vědecká medicína umí velice efektivně a rychle řešit, narůstá počet nemocí, kde je velice silný emocionální či psychosociální

⁵ <http://www.vzp.cz/o-nas/napsali-o-nas/rezervy-ve-zdravotnictvi-jsou-vice-nez-20-miliard-ale-mozna-i-dvojnaso-bne>, online 20.3.2012

⁶ <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/rezervy-ve-zdravotnictvi-na-lecich-v-miliardach-korun-462932>, online 20.3.2012

⁷ N = počet respondentů účastnících se daného výzkumu

podtext. Tyto stavy jsou často diagnosticky nejasné, provázané tápáním, hledáním a často i plýtváním omezených finančních prostředků. Můžeme předpokládat, že tak, jak se objevují nové formy stresu, vyplývající z kontinuální a permanentní změny a obrovského tlaku na výkon, bude těchto stavů, kdy nemoc je výrazem emocionální a sociální nouze, přibývat (Křížová, 2004: 46).

Duševní nemoci jsou v Evropě dosud opomíjeny. Tato oblast trpí nedostatkem financí, není dostatečně rozvíjena účinná prevence a řada psychických poruch není ani náležitě rozpoznána, natož léčena (Holčík, 2010:63) A to i přesto, že podle mínění nejednoho lékaře se společnost „psychopatizuje“ (Křížová, 2004, Hnízdil 2010).

2. Teoretická východiska

V moderní společnosti je téma důvěry obzvláště důležité, protože žijeme v době velké hodnotové a názorové plurality, kdy už neplatí jednotné morální normy. Vědění jedinců se spíše specializuje, proto je těžké zhodnotit konkrétní problémy v širších souvislostech. Musíme se častěji spoléhat na vědění jiných, jsme svou neznalostí nuceni jim důvěřovat. A toto platí snad nejviditelněji u lékařské profese, kdy je pacient nucen konfrontovat své cítění nemoci s expertním věděním lékaře. Tato kapitola má za cíl pojednat o důvěře ve zdravotní systém v širších souvislostech, protože jej nelze vyjmout ze společenského kontextu. První část nás seznamuje se společenským kontextem, ukazuje některé změny a mapuje hodnotovou orientaci naší společnosti. Druhá část pojednává o fungování zdravotního systému a poukazuje na nedostatky bio-medicínského přístupu k nemoci. Důležitou, ale dosud opomíjenou tématikou, je problematika lidských práv se vztahem ke zdraví a práv pacientů, o těchto etických aspektech zdravotního systému pojednává poslední podkapitola této části práce.

2.1 V jaké společnosti dnes žijeme?

Sociologie dává současné společnosti mnoho přívlastků⁸, které ji mají charakterizovat, my se v našem přehledu omezíme pouze na ty charakteristiky z hlediska zdravotní péče nejrelevantnější. Abychom nahlédli povahu dnešní společnosti, je třeba podívat se k jejím kořenům. Moderní medicíně je vytýkáno, že se zajímá pouze o tělo a nikoli o

⁸ viz. kniha profesora Petruska (Společnosti pozdní doby, 2006), která nabízí přes stovku takových pojmenování moderní společnosti (např. amerikanizovaná, hlučná, karnevalová, postemocionální, technokratická, zrychlující se či společnost diplomů, kreditních karet, prožitku, vědění, volného času a mnoho dalších).

psychiku jedince, toto oddělení „ducha“ a těla je přikládáno vlivu Reného Descartese (1596-1650⁹) a jeho slavné věty: „*Myslím, tedy jsem*“, která měla vliv na další směřování vědeckého poznání, kdy se lidské tělo začalo chápat jako jakýsi hodinový strojek, duše byla zredukována na racionalitu (rozum), emoce a pocity byly upozaděny. Dnešní neurobiologie je již tak daleko, že si dělá nárok tento omyl vyvrátit. Podrobněji se o tom zmiňuje kniha Antonia R. Damasia: *Descartesův omyl* (1994/2000), z níž nyní uvedeme pár zajímavých citací, abychom ukázali, jaký neblahý vliv má tento omyl na dnešní medicínu:

Pocity jsou základem všeho, co lidé po tisíciletí označují jako lidskou duši nebo ducha. Slouží nám jako vnitřní průvodci a pomáhají nám komunikovat s ostatními lidmi (10).

Pokřivený pohled na lidský organismus v kombinaci s obrovským nárůstem znalostí a s potřebou další subspecializace vede spíše k nárůstu neadekvátnosti medicíny než k jejímu omezení (220).

Právě opomenutí lidského ducha (pocitů a emocí) dle Damasia přináší řadu problémů:

Co mi nahání hrůzu, je přijímání významu pocitů bez jakékoli snahy pochopit jejich složité biologické a sociokulturní soukolí. Klasický příklad takového postoje lze nalézt v pokuse vysvětlit poraněné city či iracionální chování odvoláváním se na povrchní společenské příčiny nebo činnost nervových přenašečů, což jsou dvě vysvětlení, která ovládají společenskou diskusi, jak ji prezentuje televize, rozhlas i tisk, a v pokuse napravit osobní a společenské problémy nejrůznějšími léky (212).

Moderní medicína se chová dokonce tak, že může člověku spíše uškodit (tím, že pouze potlačuje symptomy¹⁰):

Utrpení nám poskytuje nejlepší ochranu pro přežití, neboť zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec bude věnovat pozornost signálům bolesti a bude jednat tak, aby odvrátil jejich příčinu či změnil jejich následky (225).

Medicína a věda by měli přinést úlevu skutečně fyzicky a duševně nemocným, avšak ve stavu, kdy se celá společnost „psychopatizuje“, se medikamentózní léčba rozšiřuje i na ty objektivně zdravé, leč psychicky deprimované:

Jak řešit utrpení vznikající z osobních a společenských konfliktů za hranicemi medicíny, je -doposud nevyřešená – záležitost. Současným trendem je nečinit žádné rozdíly a užívat lékařských postupů k potlačení každého nepohodlí (227).

Další otázkou je, co nás do této situace – masivního užívání léků- přivedlo, je to pouze hledání jednoduchých řešení nebo se zde promítá i vliv – farmaceutických firem, které

⁹ data o narození a smrti čerpána z wikipedie: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ren%C3%A9_Descartes (online 10.4.2012)

¹⁰ srov. výrok z knihy Williama Sewarda Burroughse: *Nahý oběd*: „praviti, že léčení je symptomatické, značí, že není žádné“ (cit. dle Škrabánek, McCormick, 1995: 87).

jsou díky ekonomické globalizaci mocnější než mnohé státy? Kniha Johna Virapena: *Nežádoucí účinek smrt* (2010) nám nabízí (velmi otřesný) pohled do strategie marketingu farmaceutických gigantů: „*Představte si, že by se tablety daly podstrčit i těm, kdo nemocní vůbec nejsou. Teprve takový úspěch znamená překročení prahu do nové dimenze marketingu*“ (97). Zde je upozorňováno na trend medikalizace společnosti, která „*popisuje proces, kdy jsou nemedicínské problémy definovány a léčeny v termínech nemoci*“ - tento proces nalézáme v oblasti psychických chorob, alkoholismu, závislostí, hyperaktivity a poruch učení, problémů příjmu potravy, neplodnosti či sexuálních dysfunkcí (Čada, 2009). Co mě však velmi zarazilo byla skutečnost, že až 90% podíl na prodeji léků tvoří tzv. „off-label marketing“ (53), kdy je lék užit na jinou diagnózu než na jakou byl schválen (tzn. že je vlastně užíván díky svým nežádoucím účinkům), tato problematika je horkým tématem v USA¹¹. Ve své knize dále upozorňuje na strategie farmaceutických firem, které kromě lékařů korumpují dokonce i vědce, kteří mají léky testovat, schvalovat či je pouze propagovat na vědeckých konferencích tzv. „míněnitvůrci“, metody farmaceutických agentů jsou často tak sugestivní, že je pro vědce „*mimořádně těžké zachovat si kritický postoj*“ (79), takové kupování názorů vidí Virapen jako nepřipustnou ukázkou neúcty farmaceutického průmyslu k lidskému životu (73).

Pacient povětšinou chová důvěru k lékaři, farmaceutická lobby se snaží získat důvěru lékaře: „*Dary pro lékaře byly čím dál tím dražší. Květiny a recepty byly minulostí, teď byly na řadě šperky, skutečně drahý alkohol, vybrané vůně a vzácná umělecká díla.*“ (77) „*Ani jeden lékař neodmítl*“ (výlet do Karibiku, 107). Proto Virapen dochází k závěru, že: „*Zneužívání vzájemné důvěry je při obchodování s nemocemi základním mechanismem vytváření zisku*“ (215). Příčiny toho, proč lidé spotřebovávají stále více farmak, můžeme jak už bylo řečeno výše hledat i v naší „rizikové společnosti“¹²: „*Jestliže si někdo myslí, že život je příliš riskantní, má sklon brát nejrůznější omamné látky. Legálně nebo nelegálně*“ (198).

¹¹ „Abbott zaplatí 1,6 mld. USD za urovnání nelegálního marketingu; J&J zaplatí za další off-label marketing Risperdal 158 mil. USD,; Pfizer zaplatí za nelegální marketing Zyvoxu 3,34 mil. USD; to jsou příklady některých kauz, více na: <http://www.apatykar.info/tematicky-okruh-kauzy-farmafirem/> (online 3.5.2012).

¹² viz. kniha Ulricha Becka (Riziková společnost, 2004: 101): „V rizikové společnosti se vyrovnávání se strachem a nejistotou stává biograficky a politicky *klíčovou civilizační kvalifikací* a formování schopností, které jsou k tomu potřebné, základním úkolem pedagogických institucí.“

Co však utváří tuto rizikovost světa? Kořeny této nejistoty můžeme nalézt v rozpadu starých sociálních struktur, čímž je myšlen rozpad „velkých“ rodin do „nukleárních“ (nebo do neúplných rodin, kde je pouze jeden rodič). Významné jsou také změny na trhu práce, které jsou spojeny s přechodem od industriální společnosti ke společnosti služeb, a které v současnosti směřují k „prekarizaci práce“¹³ a devalvaci vzdělání. Zmatek přináší i již zmíněná relativizace základních lidských hodnot, již neusilujeme o spravedlnost ve společnosti, ale každý „si hrabe na svém písečku“. Jak k této situaci přispěl zakladatel sociologie a zároveň filosofického směru pozitivizmu¹⁴ August Comte (1798 – 1857), vysvětluje psychosomaticky orientovaný lékař Jiří Šimek:

Když se zamyslíme nad ideály modernity a nad ideály pozitivistického myšlení, pochopíme, že konzumní člověk je vlastně z určitého hlediska „věřícím pozitivistou“, protože i ve svém životě se věnuje jenom tomu, co je měřitelné a vážitelné. Počítá počet koní pod kapotou, počet peněz v bance, velikost chalupy, zajímá se o výkonnost své televize a svého počítače. Neklade si otázku, zda je správné či dobré, že někoho okradl, zda má věnovat trochu péče nebo něco ze svého majetku chudým a nemocným, vždyť jednoznačné odpovědi na takové otázky nejsou, a proto ty otázky nemají smysl (Šimek in Křížová, 2004: 53).

Biolog Stanislav Komárek (2005: 62) vidí tuto sociální patogenezi (chorobné změny ve společnosti) v přeměně struktury společnosti, kdy dochází k upřednostňování individua před sociálním: „*Evropský novověk počínaje sedmnáctým stoletím zakryl jeden z klíčových aspektů lidského bytí, a sice primárnost lidské sociality před pojmem individua.*“ Komárek upřednostňuje organismální pohled na společnost v jejím celku, kde má každý jedinec svou funkci (i např. funkci mít nádor či být blázen), proto se společenské elity po svém zničení znovu časem regenerují, proto nelze vymýtit kriminální podsvětí (viz. pokus Anglie s vyvážením trestanců do Austrálie), proto by člověk neměl být ani medicínou chápán jako oddělená jednotka, příklad bychom si měli vzít z čínských lékařů, kteří kromě nemocného léčili zároveň celou jeho rodinu (62-74).

Pojem individualismus zde budeme chápat jako ideje, které připisují ústřední místo jedinci (Jandourek, 2007). Individualismus můžeme chápat jako hodnotu samu o sobě, jako určitý životní postoj, který odpovídá „*neo-liberální koncepci jedince, který je*

¹³ Jedná se o nahrazování plnohodnotného pracovního poměru jednorázovým nákupem služeb, různými částečnými úvazky a dohodami o provedení pracovního výkonu.

¹⁴ směr založený „na zkoumání reálných faktů zjišťovaných přímou zkušeností a na přesvědčení, že skutečnost, ať již přírodní či společenská, může být zkoumána prostřednictvím univerzálních metod, jejichž modelem jsou přírodní vědy“ zdroj citace i biografických údajů:
<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=116&lst=116>

autonomním a svébytným aktérem na volném trhu a který nezávisle na ostatních rozvíjí svůj vlastní život“ (Biler, 2008: 8). Tento pocit nezávislosti, jenž je individuou vštěpován, může vést k hodnotovému relativismu, či k vyprázdnění pojmu obecných lidských hodnot, což může vyústit až v zánik „bezesmyslných“ institucí:

(...) sociální subjekt poznamenaný vyprázdněním (neexistencí) hodnot je v přímém ohrožení života. Někaké hodnoty jsou lepší než žádné. Můžeme také říci, že hledání smysluplnosti „za každou cenu“ nebo také hledání vlastního hodnotového zakotvení, vlastní svérázné hodnotové struktury je součástí podmínek existence každého subjektu od jednotlivce až po společenství, instituce apod. Když nenachází smysluplnost, ztrácí opodstatnění a zaniká. (...), jde o dimenzi opodstatnění existence, protože jsem účasten na toku kultury (Prudký, 2009: 43).

Jak uvidíme níže česká společnost není zrovna nejlépe hodnotově vybavena pro fungování občanské společnosti¹⁵, je na diskuzi, zda je tato situace zapříčiněna komunistickou minulostí nebo současnou konzumní kulturou či něčím dalším:

(...) společnost ČR je vybavena hodnotami spíše konformními, spíše směřujícími k opatrnosti, obavám a malé ochotě ke změnám, k nejistotě, s potřebou jasně a i navenek projeveného posilování ega, protože jsou to hodnoty spojené s nejistotou, malým sebevědomím, možná i nepochopením situace a malými dovednostmi začlenit se do situace a aktivně se na ní podílet. Lze také usuzovat, že společnost v ČR dává přednost hodnotám vnějškově ocenitelným, podepřeným spíše majetkem než osobní dovednostmi, schopností a usilováním. Vnitřní nejistota a neusazenost je důležitá – potřeba podpory osobnostního růstu (posilování ega) je vysoká (Prudký, 2009: 280).

(...) pro společnost ČR je příznačná nižší hodnotová vybavenost k účasti ve veřejném životě (k občanské dimenzi života) a také k duchovnímu rozměru života, než je v evropských zemích obvyklé (Prudký, 2009: 304).

Jasně vítězí hédonistická hodnotová orientace. Je úzce spojená s individualismem a tyto dvě hodnotové orientace mají zřetelnou převahu v hodnotové struktuře společnosti ČR.

Navíc dochází k zvláštnímu spojení individualismu a xenofobie i orientace na svobodu. Česká podoba liberalismu se ustaluje spíše na individuálním užitku, svobodě jako nebránění individuálnímu uplatnění a prosazení a na uzavírání se vůči vnějším okolnostem, vůči cizímu a odlišnému. (Prudký, 2009: 305).

Jak však podporovat občansky žádoucí hodnoty? Dle Prudkého (2009b: 132-139) je cestou zvyšování pestrosti společnosti, také je třeba mezi různými skupinami a vrstvami stavět pomyslné mosty, důležitou věcí je učení se svobodě (převzít odpovědnost, vzdáme-li se jí, vzdáme se svobody) a prohlubování vzdělanosti, protože „*bez ní nelze tvořivě a kriticky přistupovat k vlastnímu životu*“ . Občanská participace je zde vnímána jako základ pro hledání vlastního místa ve společnosti. Princip solidarity se podílí na rozšiřování šancí, prostor svobody se tím rozšiřuje i pro ostatní. Avšak

moderní ekonomický pohled solidaritě nepřeje, jak upozorňuje Jan Keller (2011:112): „*Neoliberálové pohlížejí na vzájemnou solidaritu jako na neudržitelný přežitek mentality průmyslového dělnictva.*“ Občané ČR by si měli být více vědomi závislosti každého jedince na jiných. Na závěr Prudký připomíná, že: „*lepší růstový zdroj než rozvoj svobody ještě nebyl objeven*“. Avšak, že i svobodná (občanská) společnost potřebuje ctít jisté hodnoty, připomíná Prudký citátem F.M. Dostojevského: „*Není-li Boha, vše je dovoleno.*“

Že se hodnoty naší společnosti ocitají v krizi dokáží plně reflektovat hlavně osoby životem zkušené a s velkým rozhledem, k takovým jistě patří český kardiolog žijící ve Švýcarsku Pavel Jerie (*1927):

A protože hlavní kritéria, jimiž se dnes poměřuje skutečnost, jsou ekonomická, mluví se již zcela otevřeně o světové krizi. Nemám na mysli následky oteplení a znečištění ovzduší ani rozdělení nerostného bohatství či vyčerpání zdrojů energie, nýbrž výhradně mezilidské vztahy v zápase o bohatství a *moc*. Změna kritérií s sebou nese změny organizace práce, jejího řízení a rozdělení odpovědnosti i (neúměrné) zvýšení individuálních nároků“ (Jerie, 2009: 9).

Tato podkapitola měla za cíl nastínit z jakých kořenů vyrůstají současné problémy v medicíně, v základu je chybné oddělení těla a duše, pak také pozitivistický redukcionismus. Jako další faktor můžeme zmínit ekonomické tlaky a v neposlední řadě hodnotovou orientaci občanů, protože jsou to právě oni, kdo spoluvytváří tuto společnost, kdo abstraktní hodnoty přetváří v činy. Diskuze, o tom, do jaké míry je jedinec utvářen společností a do jaké míry je společnost utvářena jedincem, je již mimo rámec této práce¹⁶.

2. 2 Co ohrožuje důvěru pacientů v medicínu?

V této podkapitole pojmenujeme základní nedostatky v přístupu bio-medicíny, budeme hledat příčiny díky kterým ztrácí důvěru některých pacientů. Smyslem veškeré medicínské péče je uchování co nejvyšší míry zdraví. Zdraví je vysoce ceněná osobní i sociální hodnota, definic zdraví bychom našli spoustu, zde vybírám alespoň dvě: „*Zdraví je zázrak křehouneké, dynamické a mnohostranné rovnováhy umožňující nedokonalému jedinci přežít, alespoň po určitý čas a pokud možno bez bolesti*

¹⁵ „(...) občanská společnost je nejvhodnějším prostředím pro učení se svobodě, a tudíž pro tvořivé hledání vlastní identity ověřováním sebe sama prostřednictvím svobodného rozhodování a spoluodpovědnosti za své skutky i skutky společenství“ (Prudký 2009b:131).

¹⁶ Příkladněla bych se však k názoru pana profesora Petruska, že je to tak 50:50. Zdroj: Přednáška ke kurzu „Sociologické a filosofické otázky dějin“.

v *nebezpečném světě*“ (Holčík, 2010: 26). Dle Pavla Jerieho je to se zdravím složitější: „*Zdravý je pro mne ten, kdo netrpí žádnou chorobou ani nemá trvalé potíže, které by ho nutily vyhledat lékaře, též by měl být schopen žít se vlastní prací a mít rodinu*“ (Jerie, 2009: 403).

Jak už bylo řečeno moderní medicína uplatňuje biomedicínský model zdraví, který je zaměřen na symptomy nemocí, tento model se začal rozvíjet koncem 19. století, kdy proběhly první bakteriologické objevy. Tento model je založen na poznacích přírodních věd. Můžeme ho také nazvat „negativním modelem zdraví“, protože zdraví chápe jako protiklad nemoci nebo smrti (Holčík, 2010: 20). Slabiny tohoto přístupu mohou ohrožovat celý zdravotní systém: „*Biomedicínský model zdůrazňuje aktivity ambulancí, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení a může navodit nesprávný dojem, že starost o zdraví je výlučnou záležitostí zdravotnických pracovníků, kteří napraví vše, co se pokazilo*“ (Holčík, 2010: 21). Tento model tedy nedostatečně motivuje pacienty k aktivnímu přístupu ke svému zdraví, zdá se že tento problém – životního stylu občanů – se již nedotýká samotné medicíny, ale když se podíváme, komu tato situace vyhovuje, zjistíme, že medicína je v zajetí farmaceuticko-medicínského průmyslu, který díky vysokým výdajům na zdravotní péči, disponuje velkou mocí. Právě tuto aroganci moci i její základ (monopol na expertní znalosti, vysokou hodnotu zdraví) popisuje Stanislav Komárek (2005):

Medicínsko-průmyslový komplex „představuje expertní autoritu *par excellence* v její nejtypičtější formě a jakékoli prováděné opatření vždy odůvodní odkazem na ultimátní důvod, zdraví (107).

Základním problémem je nahromadění a arogance moci, která zbytek společnosti, „laiky“, infantilizuje a monopolně ovládá, nejlépe sama vědouc, co je jim ku prospěchu a co ke škodě, asi tak jako to vědí rodiče u předškolních dětí (109).

Oproti časté domněnce není cílem medicínsko-průmyslového komplexu zisk, ale primárně moc, byť vyjádřením moci peníze často jsou (...)...holá moc a společenská výlučnost jsou vysoko nad plným měšcem (112).

Další kritika medicíny je úzce spojena s technickým pokrokem a také s již výše zmíněným oddělením těla a duše. Jedná se o pojem dehumanizace medicíny, můžeme jej však chápat trojím způsobem: jednak, že se medicína nestará o člověka jako celek, za druhé že běžná péče (např. vyšetření pomocí smyslů a intuice lékaře) je nahrazována sadou objektivních testů a za třetí, že náročná specializovaná péče je finančně nákladná, tudíž ji nelze zajistit pro všechny potřebné.

Jerie (2009: 333) ve své knize zmiňuje varování svého kolegy Pavla Lukla, který tento problém hodnotí jako etické selhání medicíny:

(...) varování před dehumanizací medicíny, k níž dochází v důsledku rostoucího nepoměru mezi tzv. špičkovou medicínou, založenou na stále dokonalejších technologiích, a péčí o běžného pacienta v terénu i v nemocnici.

I dle dalších autorů má tento problém především etický aspekt: „*Je to také v rozporu s Kantovým kategorickým imperativem - v technologické medicíně se ztrácí člověk jako účel o sobě*“ (Šimek, 2002:10) Základy tohoto dehumanizovaného přístupu nalézá Le

Fanu (2005:138) v období, kdy se prosadila klinická věda:

Zde byl ten rozhodující moment, kdy se ohnisko medicíny posunulo od Horderovy profesionální „smlouvy“, podle níž je jediným lékařovým cílem blaho individuálního pacienta, ke stanovisku podle něhož je prospěch pacienta podřízen pokroku vědy. Z pacientů se tak stává v lepším případě „zajímavý klinický materiál“, v tom horším „lidská morčata“.

„*Od určitého momentu prostě nebude možné udržet spravedlnost v distribuci zdravotní péče, další rozvoj technologie bude jen dále zvyšovat sociální rozdíly mezi lidmi*“ (Šimek, 2002:11). Zde se můžeme ptát, zda již tato situace

nerovnosti ve zdravotní péči již nenastala. Najdou se i tací autoři, kteří toto selhání medicíny reflektují, byť jeho hlavní příčiny vidí především v ekonomice:

(medicína) nedokázala zajistit stejnou zdravotní péči všem, bohatým i chudým. Objektivní realita je jiná pro bohaté a chudé, rozdíl není jen v tom, jak realitu nazývají. (...) vinu nese chudoba, sociální a ekonomická diskriminace chudých bohatými, která se při současné globalizaci nezmiňuje, ale spíše roste (Schreiber, 2000: 159).

Více se o etických aspektech medicíny zmíníme v další části práce (2.2.1

Porušování lidských práv a práv pacientů).

Teď se pokusíme vzít za technický pokrok z jiného konce a ukážeme jaký vliv má na vztah lékaře a pacienta.

2.2.1 Vztah lékaře a pacienta

V krátkosti můžeme pro srovnání zmínit tradiční role lékaře a pacienta, tak jak je popsal Talcott Parsons v 50. letech minulého století. Moderní medicínu chápal jako kontrolní mechanismus sociálního systému, jehož funkcí je zvládat nemocnost občanů. Nemocný je svou nemocí zbaven svých běžných sociálních povinností, aby tato situace vážně neohrožovala sociální řád, je nemocný nucen podřídit se institucionální kontrole ve

formě lékaře (Šubrt, 2006: 200-201). Detailnější popis těchto rolí nabízí tabulka v příloze č. 8 této práce.

Příčiny toho, proč už tento tradiční paternalistický vztah není pro pacienty uspokojivý, můžeme hledat jak na straně lékařů, tak na straně pacientů, kde jsou rozdíly jejich změněné situaci patrnější, leč si to lékaři mnohdy neuvědomují:

Jádrem věci je, že si musí uvědomovat především změněné postoje pacientů: jejich změna je dána zvýšenou informovaností, mnohdy ovšem mediálně zkreslenou nebo přehnanou; informovanost pak vede k požadavku širší volby i větší sdělnosti lékaře a zdravotnických pracovníků (Schreiber, 2000: 165).

Hlavní důvod změněné role pacienta můžeme tedy nalézt hlavně v nástupu tzv. informační společnosti, tuto demokratizaci informací má na svědomí převážně internet, za který vděčíme rozvoji moderních technologií. Přístup k informacím je sice užitečný, ale moderní doba s sebou přinesla další trend, který s informacemi úzce souvisí a tím je medializace společnosti. Tento proces popsal v 80. letech Jean Baudrillard:

Je to svět, v němž je „skutečnost“ závislá na médiích. (...) Na blikající obrazovce vypadá všechno prakticky stejně, svět je vnímán stále více jak to, co „se ukazuje v televizi“, lidé vnímají svět skrze obrazovku a *jako* obrazovku. Průnik televizních médií do života společnosti přispívá k vytváření politické lhostejnosti, apatie, otupělosti a informační přesycenosti, jež jsou důsledkem globálního pronikání vztahů tržní směny a komodifikace¹⁷ do dalších a dalších oblastí sociálního života (Harrington, 2006: 352).

Zatím opomeneme společenské důsledky medializace a zaměříme se na situaci pacienta. Schreiber (2000) zmiňuje, že faktor investigativní žurnalistiky silně nabourává důvěru nemocných v lékaře, jde především o situace, kdy je medializováno lékařské pochybení. Kromě tohoto trendu, který je zaměřuje na medializaci negativních případů roli pacienta ovlivňuje jak už bylo řečeno informační demokratizace, která ubírá roli lékaře v očích pacienta autoritu: „*Autoritativní postavení lékaře neodpovídá selhávajícímu počtu terapeutických strategií a účinnosti medikamentů. K tomu všemu stále více člověku překáží technicistický dehumanizující a biologizující přístup k nemocnému*“ (Linhart, Fischerová 1994: 13). Současný pacient se od toho z minulosti liší svou informovaností, vyžaduje možnost volby tj. podílet se na léčení. Dřívější lékaři uplatňovaná strategie mlčení se pro model informační společnosti stala nevyhovující. Pacienti jednak toužili být více informováni

¹⁷ proměna či přeměna toho co normálně není zbožím (komoditou) na zboží, předmět směny, např. vysokoškolské vzdělání, lidské tělo, kulturní dědictví

lékařem, za druhé toužili alespoň trochu vyrovnat nerovnoměrné postavení mezi lékařem a pacientem, které vyplývá z expertního postavení lékaře. Proto se již od 80.let začalo v zahraničí diskutovat o právech pacientů, k nám se tento fenomén dostává mnohem později (více k právům pacientů v kapitole 2.2.1 Porušování lidských práv a práv pacientů).

Role a postavení lékaře prošly také velkou proměnou, této proměně se detailně věnuje Eva Křížová (2006). Upozorňuje, že nyní je: „*Součástí lékařské role je ekonomická a manažerská kompetence. O kvalitě výsledné péče v celku integrovaném horizontálně i vertikálně dnes rozhoduje celkový systém péče, ne jednotlivý lékař*“ (125). Tento proces značí, že lékaři ztrácejí kontrolu nad důležitými faktory výkonu svého povolání, stávají se podřízenými „produkčním“ požadavkům vyspělého kapitalismu, to může vést až k proletarizaci¹⁸ lékařů. Výzkumy z USA dle Křížové dokazují, že lékaři pocítují nárůst administrativy v USA o 45% a výzkumu o 30%, neblaze nesou degradaci svého bývalého postavení kapitána nyní pouze na člena týmu. Také finanční odměna pro lékaře se snižuje, čím dál větší část z prostředků na péči ukrajují dodavatelé leků a techniky. Jako by již nešlo o pacienty ani lékaře, medicínsko-průmyslový komplex je „*systém řízený hodnotami nákladové efektivity a produktivity*“ (126), možná i proto klesá zájem o studium medicíny, dochází také k feminizaci povolání lékaře, což mu dle Pierra Bourdieu taktéž ubírá na váženosti.

Křížová dále popisuje moderní trendy v lékařské péči „*v USA ti, co mohou se snaží provozovat nezávislou medicínu, rozvíjí se tzv. luxusní butiková medicína (boutique medicine)*“ (127). Tato forma lékařské péče reflektuje neuspokojení psychosociálních potřeb pacientů, kloní se k celostnímu přístupu, který běžně v medicíně chybí: „*Od celostního výkonu se moderní medicína vyvinula k rozdrobené podobě poznání.*“ (129). Tato rozdrobenost požaduje větší míru koordinace, spolupráce a komunikace mezi lékaři. Dále Křížová zdůvodňuje proč lékaři dostatečně nehovoří s pacienty: „*Systém zdravotní péče však musí nejprve uznat tuto činnost jako práci a musí ji odměňovat tak, aby lékař mohl během své pracovní doby skutečně s nemocným hovořit a přiměřeně se mu věnovat*“ (129). Lékaři tedy mohou jen stěží odolávat systémovým tlakům masového zdravotnictví, musí se řídit pravidly, které jim neumožňují věnovat pacientům takovou pozornost jakou vzhledem k hodnotě svého zdraví (a také života) pacienti požadují.

¹⁸ proces zbavování malovýrobců vlastnictví výrobních prostředků

„Míra altruismu lékařů klesá a začíná se to stávat i pro společnost pochopitelné“ (128), „neboť altruismus předpokládá volitelnost mezi orientacemi na sebe a na druhé; altruistickým je až ten, kdo ve svém postupu překračuje běžné chování“ (83).

Role pacienta a lékaře prošly markantní změnou, s těmito změněnými rolemi úzce souvisí 4 paradoxy moderní medicíny, jak je pojmenoval Le Fanu (2001):

- 1) lékaři sami jsou zklamáni
- 2) lidé se více bojí o své zdraví, tzv. „ustaraní zdraví“
- 3) vzrůstá počet rozumných dospělých lidí, kteří jsou nespokojeni s prací lékařů a obracejí se o pomoc k alternativním léčitelům
- 4) výdaje na péči rostou, kvalita péče nikoli

„Když medicína ignoruje minulost a fantazíruje o budoucnosti, může ztratit kontakt s realitou a zapomenout, co je jejím posláním“ (257). Dle Le Fanu tedy medicína opustila své základní principy, které nejlépe vystihl William Blake: „Konat dobro za všech okolností“, nikoli slibovat vymýcení veškerých chorob a bolestí.

Tyto vlivy, kdy se stýká větší informovanost laiků a zároveň klesá důvěra v bio-medicínu, přirovnává Komárek trefně k církevní reformaci:

Reformace v medicíně začíná zcela podobně jako reformace v církvi – voláním po větší kompetenci poučených laiků, jejich svéprávnosti, vyvázání z železné nutnosti předepsaných institucí, možnost plurality názorů a toleranci vůči nim, v budoucnu i po možnosti tvorby alternativních medicínsko-průmyslových komplexů a jejich skutečné odluky od státu. (Není ostatně náhodou, že reformace i celostní medicína, žádající osobní a institučně nepřefiltrovaný přístup k Bohu, resp. k vlastnímu zdraví, vyšly z Německa, země největší instituční tuhosti.) Teprve, vyjasníme-li si alespoň zhruba tyto problémy, má celostní pohled na člověka skutečnou šanci pro majoritu společnosti (117).

Kromě toho, že medicína ztrácí důvěru díky svému odlidštěnému pohledu na člověka, ztrácí důvěru také díky nefunkčnímu zdravotnímu systému: „Lékařský pokrok a vyspělá technika dnes samozřejmě prodlužují lidský věk a zmírňují utrpení, na straně druhé je ale tentýž pokrok zatížený stejným nánosem korupce, prospěchářství a pragmatismu, jaký provází život a stav celé společnosti“ (Houdek in Šavlík, Hnízdil, Houdek, 2008: 122). Ve společnosti tedy obecně klesá důvěra ve velké organizace a instituce, to může být spojeno s moderním trendem omezování sociálního státu, který se snaží přenášet zvládání mnoha sociálních rizik na občany:

Pod heslem posílení finanční stability a udržitelnosti veřejných financí se v podstatě všem členským zemím ordinují takové změny v systému sociálního

zabezpečení, v penzijním systému a podobně, které je posunují na dráhu nejúspornějšího liberálního modelu sociálního státu (Keller, 2011: 85).

To dle Kellera (2005) může vyústit až v dvourychlostní podobu medicíny, nám známou z USA:

Vzrůst ceny léků a ošetření přitom přichází právě v době, kdy se zdravotní stav populace všech věkových kategorií horší a kdy prodlužování délky lidského života přispívá k nárůstu skupin vyžadujících zvláště velkou a trvalou lékařskou péči. V důsledku toho roste tlak na zvyšování spoluúčasti pacientů, což ovšem při nízkých příjmech velké části zdravotně ohrožených skupin (tělesně a duševně handicapovaní, vážně nemocní a staří lidé) hrozí přechodem na takzvanou „dvourychlostní“ či „dvoutřídní“ medicínu. (Keller, 2005: 68).

Tato kapitola se snažila popsat hlavní příčiny změněné situace pacientů a lékařů. Lékaři nadále představují odbornou autoritu a mají tímto nad pacientem velkou moc, následující kapitola se proto snaží definovat lidská práva a z nich vycházející práva pacientů jako možný prostředek obrany před touto mocí.

2.2.1 Porušování lidských práv a práv pacientů

Jak jsme naznačili výše, přesto, že je právo bráno jako nejsilnější integrující prvek lidského jednání, setkáváme se s tím, že je tato oblast dosud opomíjena, svědčí o tom i průzkum provedený v rámci EU, kdy se většina evropských občanů (72 %) se necítí být informována o Listině základních práv Evropské unie. Dalších 13 % respondentů odpovědělo, že o Listině nikdy neslyšeli (Eurobarometr, 2011).

Za základní dokument definující lidská práva se vztahem ke zdraví je považována

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: (zkráceně) Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla přijata 4. dubna 1997 v Oviedi. Jménem České republiky byla Úmluva podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998.

S Úmluvou vyslovil souhlas Parlament České republiky a schválil ji podle článku 39 odst. 4 Ústavy České republiky jako mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobodách ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky. Prezident republiky Úmluvu ratifikoval. Ratifikační listina České republiky byla uložena u generálního tajemníka rady Evropy, depozitáře Úmluvy, dne 22. června 2001.

Úmluva vstoupila v platnost na základě svého článku 33 odst. 3 dne 1. prosince 1999. Pro Českou republiku vstoupila v platnost podle odstavce 4 téhož článku dne 1. října 2001 (Černý, Schelle, 2004: 11).

Za nejdůležitější články této úmluvy pro téma této práce považuji (vše dle Černý, Schelle, 2004: 13-14):

Čl. 3

Rovná dostupnost zdravotní péče

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Čl.5

Obecné pravidlo

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Čl. 10

Ochrana soukromí a právo na informace

1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.
2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.
3. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

Dle Haškovcové (2007: 64) „*Většina laiků se o podstatné změny ve zdravotnictví příliš nezajímá, o svých právech většinou nic neví a existence Úmluvy o biomedicíně je jim vzdálená. Potřeba informací vyvstává až tehdy, když onemocní oni nebo někdo z blízkých příbuzných a přátel.*“ Tato situace nahrává tomu, aby tato práva byla beztrestně porušována, což se zřejmě i děje (jak potvrdil i náš výzkum, viz. 4.4 Diskuse závěrů). Zejména pacienti si budou muset uvědomit „*že každý musí sám hájit svá práva individuální aktivitou*“ (Haškovcová, 2007: 69).

Avšak je důležité nezapomínat, že práva mají být vždy vyvážena příslušnými povinnostmi:

Povinností každého občana je pečovat o své zdraví, zejména formou zdravého životního stylu. Povinností nemocného občana, tedy pacienta, je dodržování léčebného, dietního a rehabilitačního režimu. Každý pacient by měl ve svém vlastním zájmu vždy sdělit svému lékaři vše, co se týká jeho aktuálního zdravotního stavu, a neměl by nic zamlčovat, ani proto, že některé informace nepovažuje za důležité, ani proto, že se stydí (Haškovcová, 2007: 17)

I když Úmluva vstoupila v platnost již v roce 2001, na její implementaci do českého práva jsme museli čekat až do roku 2007, kdy byl přijat nový **zákon č. 111/2007 Sb.**

Mimo práv na informace a ochranu soukromí, upravuje také nutnost každého „pacienta nebo zákonného zástupce pacienta **poučit o jeho právech**“ a toto poučení musí provést **ošetřující lékař** (zdroj sbírka zákonů).

Neměli bychom však zapomínat ani na práva lékařů:

Je však na místě zvažovat práva lékařů, která můžeme shrnout pod pojmem sociálních práv (právo na dostatečnou odměnu za práci, právo na přiměřené podmínky umožňující řádný výkon povolání, právo na zastoupení a pomoc v případě své nemoci apod.). Práva lékařů jsou v kompetenci stavovských organizací (Haškovcová, 1996: 154).

Vztah mezi lékařem a pacientem by neměl být založen jen na právních předpisech, ale měl by podléhat i etickým zásadám, jak bylo běžné už od antiky, proto připomeňme větu z Hippokratovy přísahy:

Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovati všechno zlé a škodlivé.

Moderní bioetika by měla ctít princip lidské důstojnosti, princip správného svědomí a informovaného souhlasu, princip profesionální komunikace, princip společného dobra a subsidiarity a mnohé další, více se o bioetice můžeme dočíst v knize Josefa Petra Ondoka (2005).

V následujícím odstavci se budeme snažit vyzdvihnout důležitost a význam lidských práv. Lidská práva vycházejí z požadavků důstojného života. Dle Grove (2010:75): *„Jakákoli regrese nebo omezení v poskytování veřejných služeb bez plného zdůvodnění představuje jasné porušení lidských práv.“*

Slabiny systému lidských práv jsou : často jejich vágní definice, nejsou dány přesné časové termíny, chybí politická vůle jejich prosazování, proto: *„systém lidských práv nedokáže vážně zpochybnit mezinárodní mocenské struktury, vnucené ekonomické modely“* (83). To však není důvod, proč bychom měli tato práva opomíjet, spíše naopak: *„Avšak možnost jmenovat narušitele a vystavit je pohaně zůstává hlavním nástrojem, kterým lze zaručovat lidská práva a bránit jejich porušování“* (82).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

4.1.1 Formulace výzkumného problému

Výzkumným problémem jsou existující rozdíly mezi očekáváním a realitou ve zdravotní péči u občanů ČR v kontextu probíhajících změn (reformy na národní úrovni, globalizačních procesů). Rozdíly mezi očekáváním a realitou jsou u pacientů, stejně jako u ostatních aktérů zdravotní péče, podmíněny rozdílnou úrovní porozumění funkcím zdravotnického systému, jejich organizačním změnám. Práce vychází z předpokladu, že tyto rozdíly mohou vést ke zklamáním očekáváním občanů a ke ztrátě důvěry ve zdravotnický systém. Nemocný se pak obrací k alternativním metodám nebo na zlepšení svého zdravotního stavu rezignuje.

Rozdíl mezi očekáváním a realitou se v určité fázi stává vážným společenským problémem, jestliže nastávají výrazné změny v dostupnosti péče a jsou-li porušována lidská práva se vztahem ke zdraví. Někteří z pacientů mohou reagovat orientací na alternativní řešení svých zdravotních problémů. Jiní mohou projevit aktivní občanský nesouhlas, účastnit se demonstrací a jiných forem projevu nesouhlasu, diskusí na internetu, popř. participují svým jednáním v médiích.

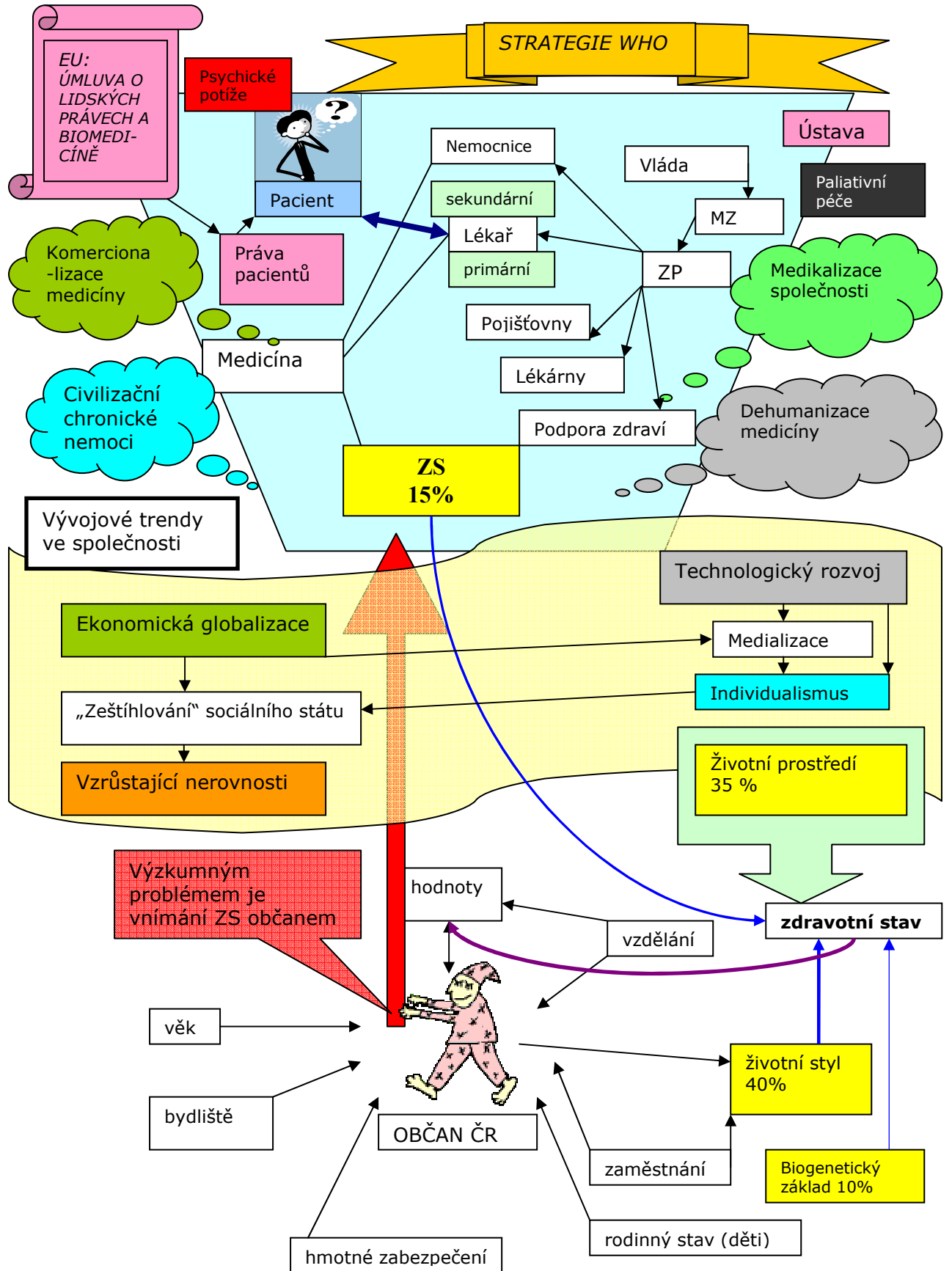


Schéma znázorňující výzkumný problém a jeho hlavní determinanty
 zkratky: ZS- zdravotní systém, MZ-ministerstvo zdravotnictví, ZP-zdravotní politika,
 zdroj autorka

4.1.2 Cíl výzkumu

Cílem práce je získat poznatky o názorech (porozumění) vybraných představitelů současné české občanské veřejnosti na lékaři poskytovanou zdravotní péči a na vztah jaký mají k medicíně, ke svému zdraví a nemoci v kontextu probíhající společenských změn v posledních 20 letech. Cílem je dále zhodnotit, zda a jak občané vnímají trendy, které se pojí se současnou medicínou jako je její komercializace, dehumanizace a na druhé straně medikalizace společnosti a socializace medicíny.

4.1.3 Výzkumné otázky

(1) individuální/osobní přístupy

- a) Vztah ke zdraví, definice, hodnota
- b) Co občané dělají pro své zdraví? Vedl je někdo ke zdravým návykům (rodina, pracoviště, škola) ?
- c) Samoléčba, laická péče – kdy je uplatňována? Jakými způsoby?
- d) Mají občané nějaké zkušenosti s alternativní medicínou?
- e) Přístup k informacím o zdraví. Kde získávají tyto informace?
- f) Pokud trpí nějakou chorobou; vědí o jejích příčinách?
- g) Vnímají občané zvýšený tlak na své zdraví? Imperativ zdraví, orientace společnosti na ideál zdravého a sportovního těla.

(2) úroveň fungování českého zdravotnického systému

- a) Jaký vztah mají občané ke zdravotnictví a k medicíně? Kde vidí největší problém českého zdravotnictví? Jak by se dal tento problém řešit popř. z čeho plyne? Co by občané změnili v českém ZS?
- b) Jak rozlišuje současný český občan hlavní součásti zdravotnického systému (zdravotnické služby, ochranu veřejného zdraví, podporu zdraví, vzdělávání, technologie, řízení a správu, financování, úhrady), principy jejich organizačního uspořádání, přístupy k financování? Je současný systém financování spravedlivý? Je dosti solidární? Využili by občané možnost komerčního připojištění? Za jakých podmínek?
- c) Jaká jsou očekávání od zdravotního systému do budoucna? Obavy nebo naděje?

(3) společenský kontext, důvěra k jednotlivým představitelům ZS

- a) Návštěvy u lékaře. Jak často občan navštěvuje lékaře? Jaká je jeho spokojenost se službami, jemu věnovaným časem, poskytnutými informacemi a komunikací lékaře?
 - b) Věnují se lékaři edukaci pacientů?
 - c) Poslouchají občané rady lékaře? Jsou poslušní v dodržování léčby?
 - d) Zažili občané nějaká, podle nich, zbytečná vyšetření?
 - e) Jaký mají občané názor na vztah pacienta a lékaře? Měl by zůstat spíše tradičně autoritativní nebo uvítají přesun k partnerskému (popř. klientskému) vztahu? Lékař jako placebo? Jaká je důvěra k lékařům v primární a sekundární péči?
 - f) Jak občan hodnotí případné úspěchy/neúspěchy při léčbě?
 - g) Vnímají občané deficit celostního přístupu?
 - h) Vnímají občané trend medikalizace společnosti – socializace medicíny?
 - i) Jaký pohled mají na současnou ekonomickou krizi? Jakou roli hraje ekonomická globalizace? Vnímají tlak na privatizaci veřejného sektoru? Pociťují vzrůstající nerovnost mezi lidmi? Jsou v ČR spravedlivé životní podmínky? Jak vnímají diskurs zdravotnictví v médiích? Jak vnímají mezilidské vztahy v současném světě orientovaném na úspěch a majetek? Jaké hodnoty je třeba podporovat?
- (4) lidská práva se vztahem ke zdraví a práva pacientů
- a) Vědí občané jaká práva se vztahem ke zdraví jim zajišťuje Úmluva o lidských právech a biomedicině? Vědí kam by se měli obrátit, kdyby byla jejich práva porušena? Měli by šanci uspět? Vnímají tato práva jako základ pro spravedlivou společnost?
 - b) Jsou informováni o právech pacientů? Kdo jim sdělil tato práva? Setkali se s porušením některého z práv pacientů? Podali stížnost? Vědí kam se obrátit se stížností?

4.2 Metodologie

4.2.1 Výzkumný plán

Výzkumný plán této práce je postaven na kvalitativním přístupu získání dat od vybraných občanů, reprezentujících věkové a vzdělanostní skupiny. Kvalitativní přístup je determinován reálnými možnostmi bakalářské práce pro sběr dat cca od 10 dotazovaných osob formou polostandardizovaných rozhovorů. Tematické okruhy rozhovoru jsou zaměřeny na čtyři základní úrovně: (1) individuální/osobní přístupy

dotazovaného ke svému zdraví, životnímu stylu, přístupu k řešení vlastních zdravotních problémů; (2) úroveň fungování českého zdravotnického systému, jeho základních funkcí (medicína, veřejné zdraví, financování, správa, zdravotní politika – vývoj zdravotnického práva); (3) sociální, politický a ekonomický kontext – sociální změny, jak ovlivňuje současný společenský a politický vývoj fungování základních funkcí zdravotnického systému a jak tyto změny působí na důvěryhodnost dotazovaného ke zdravotnickému systému, k jeho jednotlivých představitelům (praktičtí lékaři, specialisté, nemocnice, dlouhodobá péče, lékárny); (4) otázky související s právy pacientů a s lidskými právy se vztahem ke zdraví: jak jsou dotazovaní schopni rozlišovat tyto dva přístupy k právům občanů a pacientů, jak vnímají dotazovaní fungování těchto nástrojů pro integraci jednání ve společnosti, jaké možnosti vnímají dotazovaní občané ve vztahu k naplnění těchto práv, ve vztahu k vlastní osobě (stížnostní agendy, soudní spory, spory o dodržování lidských práv).

4.2.2 Výzkumný soubor

Výběr respondentů se snažil postihnout všechny věkové a vzdělanostní kategorie. Ve výběru respondentů bylo zohledňováno i jejich zaměstnání a hmotné zabezpečení. Výběr dotazovaných probíhal mezi známými autorky, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit a odpovídali kritériím výzkumu (různost věku, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, zkušenosti), respondentky R2 a R4 autorce doporučili další vhodné respondenty (R2-R8, R9; R4-R6). Tři respondentky byly vybrány díky své větší osobní zkušenosti s nemocí (R1, R8 a R9), tyto rozhovory se ukázaly jako nejpodněnější. Původní počet respondentů byl plánován na 10, ale již po 9. rozhovoru bylo výzkumný problém pro autorku dosti satureovaný. Více jsou ve výzkumném souboru zastoupeny ženy, které byly více sdílnější než muži (průměrná délka rozhovoru u žen byla 45 min, u mužů 30 min, pouze R6 tuto průměrnou délku u mužů překročil). V tabulce 1. (viz. níže) jsou shrnuty hlavní demografické údaje respondentů. Pokud je u dětí zaznamenána číslice, znamená to, že děti žijí v domácnosti s respondentem (R8, R9). Všichni respondenti s výjimkou R8 (žije v obci 11km od nejbližší zastávky metra), žijí v Praze. Účast ve výzkumu byla podmíněna získáním informovaného souhlasu od respondentů (vzor, viz. příloha).

Číslo	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Hmotné zabezpečení	Rodinný stav/ Děti	Se svým zdravím
R1	Žena	30	SŠ s M	Studující/příjmy z majetku	Mírně nadprůměrné	S druhem, ne	Nespokojena
R2	Žena	23	SŠ s M	Studující/příjmy z brigády	Průměrné	Svobodná, ne	Velmi spokojena
R3	Muž	24	ZŠ	Pracující fyzicky	Mírně podprůměrné	Svobodný, ne	Velmi spokojen
R4	Žena	51	SŠ s M	Pracující ve školství	Průměrné	Vdaná, ano	Zcela spokojena
R5	Muž	57	VŠ	Pracující ve školství	Mírně nadprůměrné	Ženatý, ano	Velmi spokojen
R6	Muž	75	VŠ	Důchodce	Průměrné	Ženatý, ano	Velmi spokojen
R7	Muž	28	SŠ s M	Pracující ve finančnictví	Průměrné	Svobodný, ne	Velmi spokojen
R8	Žena	36	VŠ	Péče o děti, brigáda	Průměrné	Vdaná, ano, 2	Velmi spokojena
R9	Žena	57	SŠ s M	Pracující v administrativě	Průměrné	Vdaná, ano, 1	Spíše spokojena

4.2.3 Metoda sběru dat a jejich zpracování

Pro výzkumný problém zklamaných očekávání u občanů ve zdravotní péči jsem se rozhodla použít metodu kvalitativního výzkumu, která lépe než kvantitativní metody zachytí postoje občanů a jejich utváření na základě jejich životních zkušeností a sociálního postavení. Navíc tato metoda dovoluje okamžitou zpětnou vazbu respondenta s výzkumníkem. Jako výzkumný nástroj posloužil polostandardizovaný rozhovor. Otázky použité v rozhovoru byly většinou otevřené, odvozené z teorie a některé přímo zaměřené na konfrontaci různých názorů, kdy byla uvedena citace z teorie a respondent se k tomuto pohledu měl vyjádřit. Šlo především o subjektivní a laické vědění, o subjektivní teorie respondentů ve vztahu k výzkumnému problému. „*Subjektivní není opakem objektivního, reálného, ale je momentem v konstruování reality, jediným momentem, kdy má jedinec prostor pro invenci, momentem, který je poznamenán nutností výběru a touhou po jednotě*“ (Kaufmann 2004/2010: 70).

Respondenty jsem s nahrávacím zařízením (notebook, mp3 přehrávač) navštívila u nich doma či v zaměstnání. Rozhovory s respondenty probíhaly jednotlivě až na případ R4 a R5, kdy šlo o společný rozhovor s manželským párem. Tento pokus společného rozhovoru se moc neosvědčil, výzkumník ve větší míře ztrácel kontrolu nad vedením

rozhovoru a téma se od zamýšleného dosti posunulo. Stala se zde chyba na kterou upozorňoval J.- C. Kaufmann ve své knize Chápající rozhovor (2004/2010: 82):
„Spontánní analýzy respondentů tedy musí zůstat nástrojem v rukách výzkumníka a nikdy nesmějí získat navrch.“

Před samotným rozhovorem byl respondentům dán k vyplnění také krátký dotazník kvality života (SQUALA), z kterého jsem čerpala demografické údaje, údaje o hodnotách a spokojenosti respondentů s různými oblastmi života. K rozhovorům byl vždy připraven sepsaný průvodce, kde byl seznam otázek dle hlavních úrovní zkoumaného tématu. Tento průvodce byl postupně vyhotoven ve třech verzích, jeho konečná podoba koresponduje s výzkumnými otázkami (viz. kapitola: [4.1.3 Výzkumné otázky](#)). Seznam otázek nebyl používán stejně u všech respondentů, používán byl spíše tam, kde bylo třeba respondenty více rozmluvit. Ani pořadí a znění otázek nebylo striktně dodržováno, šlo především o to, přizpůsobit rozhovor jednotlivým respondentům.

Záznamy z rozhovorů byly zpracovány formou poznámek, kdy jednotlivé části byly výzkumníkem převyprávěny a jiné zajímavé úryvky přímo citovány (u citací proběhla jazyková úprava do spisovného jazyka).

Výsledky všech rozhovorů jsou strukturovány dle jednotlivých témat (4 hlavní témata, viz. kapitola).

4.3 Výsledky výzkumu

Respondent č.1 R1 je žena, je jí 30let, žije se svým druhem, studuje teologickou fakultu, nepracuje, její příjmy pocházejí z majetku.

Hodnotová orientace: nezbytné - *zdraví, soběstačnost, svoboda*
málo důležité - *mít a vychovávat děti*

Kvalita života: (celkem 31b) – nespokojena se zdravím (resekce jater, tachykardie)

Tematické okruhy	Názory respondenta
1) Zdraví Životní styl Samoléčba Alternativní medicína Informace o zdraví Imperativ zdraví	Se svým zdravím spokojena není, protože podstoupila chirurgický zákrok, který by jí měl omezovat v jejím životním stylu, rady lékařů, ale přesto nerespektuje: „ <i>Nemám pít a kouřit, ale obojí dělám, vím, že to není správné, že by to mohlo vést v budoucnosti k dalším problémům.</i> “ Jelikož je vegetariánka, stravuje se převážně zdravě, jí ale na co má chuť a nemá z jídla žádné výčitky. Samoléčbu uplatňuje (u běžných onemocnění – např. chřipka) vždy pokud je to možné: „ <i>Když nemusím nikam nejdu, léčím se sama.</i> “ Má kladnou zkušenost s homeopatickou léčbou, kterou jí nabídla její praktická lékařka (dělá i akupunkturu). Vhodným doplňkem medicínské léčby jsou podle ní bylinky. Informace o zdraví si hledá na internetu, poukazuje však na to, že by měl informovat lékař, ale s tím má špatné zkušenosti: „ <i>Chtít informace od lékaře je velice směšné podle mě.</i> “ Tlak na zdraví je podle ní patrný v TV, jí ale nezasahuje, děší jí pohled na extrémně obézní i hubené, upozorňuje, že touha po kráse „ <i>může vést k destrukci člověka</i> “, jako ukázkou kultu těla dala příklad reality-show „ <i>Hotel Paradise – tam jsou všichni tak dokonalí, ale když promluví... (smích).</i> “
2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb Financování Reforma Podpora zdraví Komerční připojištění Budoucnost ZS (= zdravotní systém)	Největší problém zdravotnictví vidí v nedostatku financí: „ <i>Zdravotnictví věčně nemá peníze.</i> “ Úroveň českého zdravotnictví hodnotí jako „ <i>slušnou</i> “, avšak předpokládá velké regionální rozdíly, v Praze je s péčí spokojená. Financování ZS je podle ní špatně nastavené, vadí jí, že lékaři mají limity na péči, díky nimž jsou nuceni některé pacienty odmítat. Reformu ZS podporuje, i když: „ <i>Z reformy jsou jen poplatky.</i> “ Poplatky prý omezily zbytečné návštěvy a jejich výše je odpovídající. Privatizace ZS by podle ní přinesla finanční úspory: „ <i>bude se spíš starat o ty finance (soukromá nemocnice LB), většinou, co je státní, tam peníze někam padají a nikdo neví kam.</i> “ O podpoře zdraví neví. Ochrana zdraví podle ní v jejím bydlišti funguje (Praha 6). Komerční připojištění vidí jako výborné řešení doplatek na nadstandardy (vlastní pokoj). Nadstandardy podporuje, umožňují větší výběr produktů, dřív byl dotován pojišťovnou pouze jeden přípravek, nebyla možnost si připlatit za lepší. Budoucnost ZS vidí spíše optimisticky, doufá, že současnou situaci zlepší reformy. Osobně požaduje zlepšení přístupu k pacientům a větší svobodu při volbě místa ošetření.
3) Vztah k lékaři Návštěvy Poslušnost Důvěra Informovanost Celostní přístup Medikalizace Socializace medicíny Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR	Na preventivní prohlídky nechodí vůbec (ani praktický, ani gynekolog, ani zubař). Navštěvuje pravidelně kardiologa, když potřebuje předepsat léky. Lékařských rad moc nedbá. Návštěvám lékaře předchází strach, ale ne nedůvěra: „ <i>já doktorům bezmezně nevěřím</i> “, spoléhá se i na své pocity. Vnímá velmi negativně neochotu lékařů sdělovat informace, setkala se rovněž s tím, že jí lékaři lhali. Medicína by se podle ní měla více zabývat psychologii, klaní se k názoru, že psychika má 40-50% vliv na uzdravení. Nejlepší je podle ní, když dojde ke spojení jak normální, tak alternativní medicíny, chválí svou lékařku, která toto praktikovala, a která objevila její zdravotní potíže „ <i>jinak už bych tu možná nebyla</i> “. Nemoci přisuzuje i některé kladné účinky: „ <i>Nemoc dokáže člověka přivést na novou cestu, přinést do života něco pozitivního</i> “. Zdůrazňuje změnu hodnot u onkologických pacientů. Myslí, že mnoho chorob je psychosomatického původu, a že se tomu nevěnuje dost pozornosti. Chyby našeho ZS vidí především v tom, že zde není péče o okrajové skupiny obyvatel (bezdomovci, má zkušenosti z praxe v o.s. Naděje) a že zde prakticky neexistuje paliativní péče, 85% lidí umírá v nemocnici, smrt je tabu, dle ní je to „ <i>pozůstatek bolševismu</i> “ a v Evropě neočekává podobnou situaci.
4) Úmluva o lidských právech Práva pacientů	K otázce lidských práv se nevyjádřila, přešla ihned na práva pacientů. Když jde do nemocnice podepíše informovaný souhlas, ale že by ji někdo informoval, to ne. Lékaři dle její zkušenosti neinformují pacienty o jejich právech, každý si to musí najít sám. Sám se musí ptát, sám si to musí vynuocovat. „ <i>Lékaři jsou nejraději, když pacient drží hubu i krok.</i> “ S etickým chováním lékařů má velký problém (více v kapitole diskuse závěrů), bylo porušeno její právo na informace a ochranu soukromí, ale nikde si neztěžovala.

Bakalářská práce

Respondent č.2 R2 je žena, 23 let, žije s rodiči, studuje fakultu sociálních věd, pracuje v administrativě
Hodnotová orientace: nezbytné - *zdraví, soběstačnost, láska, sex, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása, dobré jídlo*

málo důležité - *mít a vychovávat děti, mít víru (náboženství)*

Kvalita života: (celkem 27b) – se zdravím velmi spokojena (porucha štítné žlázy, problémy se zuby, oslabená imunita)

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví Životní styl Samoléčba Alternativní medicína Informace o zdraví Imperativ zdraví</p>	<p>Se svým zdravím je spokojena, ale není spokojena se svým životním stylem: „<i>Nedělám pro své zdraví vůbec nic...spíš proti tomu zdraví (kouří cigarety, pije alkohol, nesportuje) nicméně zatím s tím nějak vyžívám a nepociťuji to jako přítěž, ale vím, že možná v pozdějším věku asi bude potřeba změnit životní styl trochu a trochu tomu zdraví něco dát na oplátku</i>“. Běžné nemoci léčí sama: „<i>Snažím se nenavštěvovat (lékaře LB) vůbec, jsou to vyhozené peníze</i>.“ Rodiče ji vedli ke zdravým návykům, domácí stravě, ke sportu. Zkušenosti s alternativní medicínou nemá. Informace o zdraví dosud nehledala. Kult těla ji „<i>odpuzuje</i>“, není to zdravé, prezentují ho podle ní modelky, které užívají různé návykové látky, aby si udržely štíhlost. Taky se brání tlaku na zdravou stravu: „<i>člověk by měl jíst normálně na co má chuť</i>“, kalorické přebytky by měl člověk zlikvidovat přirozeným pohybem (vyjít eskalátory, běhání).</p>
<p>2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb Financování Reforma Podpora zdraví Komerční připojištění Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</p>	<p>„<i>Problém čs. zdravotnictví je v čs. zdravotnictví celkově</i>“, ale vadí jí především nerovný přístup k pacientům ze strany zdravotníků: „<i>péče rozdílná jednotlivce od jednotlivce (...) když má někdo titul Ing., Mgr. je brán ihned, ať je objednaný či ne</i>“ na druhé straně zná situace, kdy nebyla poskytnuta péče, když člověk vypadal „<i>zanedbaně</i>“. Další problémem je podle ní, že dobří lékaři odcházejí, protože „<i>český stát nemá potenci stimulovat mozky</i>“. Vnímá nedostatek investic do výzkumu a inovací, „<i>je to zaseklé, ty peníze se rozdělují špatně</i>“. Reformu ZS nevnímá jako solidární, zdá se jí, že solidarita zdravých s nemocnými se vytrácí. Poplatky vnímá jako „<i>absurdní</i>“ a jejich zdůvodnění jako „<i>alibistické</i>“. Zavedení nadstandardů vnímá negativně, požaduje zvýhodnění fyzicky pracujících a rodin s dětmi. Lékaři dle ní „<i>už nedělají žádnou prevenci</i>“, navíc je omezovalo očkování, člověk se musí informovat sám. Byla by pro omezení osobní dopravy v Praze. Staví se proti komerčnímu připojištění, dle ní by dále zvyšovalo nerovnost v péči (zhoršení standardu pro státní pojištěnce). Z budoucnosti ZS má obavy: „<i>jde to z kopce</i>“, bojí se, že stát nám žádnou péči neposkytne, a proto bychom si měli co nejvíce peněz šetřit.</p>
<p>3) Vztah k lékaři Návštěvy Poslušnost Informovanost Celostní přístup Medikalizace Socializace medicíny Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR</p>	<p>K lékařům chová nedůvěru: „<i>nemám k nim vůbec žádnou důvěru, (...) mám takový pocit, že k doktorovi se vyplatí jít, jen, když je člověk zdravý</i>.“, nevybavuje si ani jediného dobrého doktora (jen známou od matky). Pravidelně navštěvuje zubaře, gynekologa. Cítí silně nerovnost v poskytované péči, když si člověk připlatí u soukromého lékaře je péče na dobré úrovni. S informacemi a komunikací není lékařů spokojena. V nemocnici pociťovala nehumánní přístup: „<i>Chovali se ke mně jako k nějakému stroji nebo robotu, ne jako k lidský bytosti, brali to jako na běžícím pásu, jako někde ve fabrice, nějaké individuální řešení problémů neexistuje</i>“ Celostní přístup by se dle ní měl uplatňovat u chronicky nemocných, lékaři by měli být více psychologové a neléčit jen „<i>práškami</i>“. Na druhou stranu myslí, že ne vše lze vyléčit duševní pohodou, je to však vhodný doplněk léčby. Doplnky stravy jsou podle ní pro „<i>blbečky</i>“, reklamy na ně chápe jako „<i>vtipy</i>“.</p>
<p>4) Úmluva o lidských právech Práva pacientů</p>	<p>K lidským právům se nedokázala vyjádřit. Práva pacientů jí nikdo nikdy nesdělil, ani to nevyžadovala.</p>

Bakalářská práce

Respondent č.3 R3 je muž, 24 let, žije sám, žije se náročnou fyzickou prací

Hodnotová orientace: nezbytné – *zdraví, soběstačnost, psychická pohoda, sex, odpočinek, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, peníze*

málo důležité – *mít a vychovávat děti, politika, krása, dobré jídlo, bezvýznamné*

– *mít víru (náboženství)*

Kvalita života: (celkem 47b) – se zdravím velmi spokojen (úrazy, zlomeniny, operace kolena)

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví <i>Životní styl</i> Samoléčba <i>Alternativní medicína</i> Informace o zdraví <i>Imperativ zdraví</i></p>	<p>Se svým zdravím je spokojen, vnímá zdraví jako „<i>to nejvyšší, ten největší dar, co člověk má</i>“, avšak ve svém životním stylu vidí nedostatky: alkohol a cigarety, ale snaží se přestat kouřit. V rodině nebyl veden ke zdravému životnímu stylu. Pro samoléčbu upřednostňuje vše přírodní a „<i>babské rady</i>“, na alternativní medicíně se mu líbí důraz na „<i>přírodní stránku života</i>“. Informace o zdraví si hledá na internetu, v knihách a pak je diskutuje se svými známými. Podotýká, že „<i>(v této době) s informacemi už není žádný problém.</i>“ Imperativ zdraví má podle něj objektivní příčiny ve zhoršeném zdravotním stavu populace: „<i>Lidi jsou na tom pořád hůř, proto se o tom více mluví.</i>“</p>
<p>2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb <i>Financování</i> Reforma <i>Podpora zdraví</i> Komerční připojištění <i>Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</i></p>	<p>Problém zdravotnictví vidí v jeho finanční náročnosti pro občany. Má obavy, že pro některé níže postavené sociální skupiny se zdravotní péče může stát snadno nedostupnou. Kvalita služeb se dle jeho názoru liší regionálně. Jako velký problém vnímá odchod „<i>dobrých</i>“ lékařů do zahraničí. Jako ochranu svého zdraví by preferoval „<i>nic nedovážet, všechno pěstovat sami</i>“, dovážení a skladování potravin vidí jako špatné hned ze tří důvodů: trpí kvalita potravin, trpí životní prostředí a zemědělci jsou likvidováni levnou zahraniční konkurencí. Hrozbu pro zdraví rovněž vidí v chemikáliích a hormonech, které jsou ve vzduchu a ve vodě. Komerční připojištění by rozhodně nevyužil, protože nevěří pojišťovně. „<i>jistě by nakonec nic neproplatily</i>“. Budoucnost ZS v něm vyvolává velké obavy, především má strach, že zde nebude „<i>žádný pořádný doktor, vadí mi, že všichni odjíždí pryč, to mě mrzí.</i>“</p>
<p>3) Vztah k lékaři <i>Návštěvy</i> Poslušnost <i>Informovanost</i> Celostní přístup <i>Medikalizace</i> Socializace medicíny</p>	<p>Autorita lékařů dle něj upadá, ale ne nějak dramaticky. Na preventivní prohlídky nechodí, ani o této možnosti neví. Zamlouval by se mu koncept rodinného lékaře, moderní medicínské přístupy, se mu zdají dehumanizované: „<i>Je to takový smutný, bereme se jako stroje i v práci, vidím to.</i>“ Nemoc považuje i za informaci, ale nevidí v tom pravidlo, spíše to souvisí s vnějšími vlivy a „<i>každý to má jinak podle mě</i>“. Medikalizaci společnosti bere jako součást vývoje společnosti: „<i>to je vývoj, ale není to dobře, ta přírodní cesta je vždy nejlepší.</i>“ V české společnosti cítí velké rozdíly mezi lidmi, nepovažuje ji za spravedlivou.</p>
<p>4) Úmluva o lidských právech <i>Práva pacientů</i></p>	<p>Neví, ale uvedl, že jeho právo na zdraví je omezeno nedostatkem peněz: „<i>no, nemám na to peníze</i>“ (dává příklad zubaře, kde zaplatil 600Kč, což je skoro 1/5 jeho disponibilního měsíčního příjmu LB). Neví, nikdo mu nic neřekl, ani to nevyžadoval. Myslí si, že nebyla potřeba se o tyto práva zajímat.</p>

Respondent č. 4 je žena, 51 let, žije s manželem, pracuje jako sekretářka ve školství (ČZU)

Hodnotová orientace: nezbytné – *zdraví, soběstačnost, bezpečí, práce*
málo důležité – *mít víru (náboženství), krása*

Kvalita života: (celkem 43b) – se svým zdravím zcela spokojena, avšak když jsem použila (jen u těchto dvou respondentů) stupnici zdraví (0-100), cítila se na 77%

Poznámka: dříve pracovala ve zdravotnictví jako sestra

Respondent č. 5 je muž, 57 let, žije s manželkou, přednáší na VŠ (ČZU)

Hodnotová orientace: nezbytné – *zdraví, rodinné vztahy, soběstačnost, spravedlnost, svoboda, pravda*

Kvalita života: (celkem 47b) – se svým zdravím velmi spokojen, aktuální zdravotní stav ohodnotil 80%

Tematické okruhy	Názory respondenta č.4	Názory respondenta č.5
1) Zdraví <i>Životní styl</i> Samoléčba <i>Alternativní medicína</i> Informace o zdraví <i>Imperativ zdraví</i>	Se svým zdravím je spokojena. Snaží se žít zdravě: „trošku“ sportuje a snaží se omezit jídlo. Při samoléčbě se spoléhá na „babské rady.“ Zkušenost s alternativní medicínou nemá. Informace o zdraví hledá na internetu: „když mi něco je, tak si to najdu na internetu, snažím se dopídit se příčinu“. Zvýšený tlak na zdraví nepocituje: „je na každém, jak se hlídá“, ale preventivně by se mělo chodit na prohlídku jednou za dva roky, to jí přijde jako optimální.	Se svým zdravím spokojen, ale nic pro něj nečiní. V samoléčbě věří „na bylinky“. Zkušenost s alternativní medicínou také nemá. Imperativ zdraví nepocituje, ale dodává, že by si každý měl hlídat alespoň zdravou stravu. Informace o zdraví hledá taky na internetu.
2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb <i>Financování</i> Reforma <i>Podpora zdraví</i> Komerční připojištění <i>Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</i>	Velkým problémem zdravotnictví je podle ní nedůslednost, nenavazuje se na předchozí záměry, ministři se moc střídají a navíc každý přijde s přístupem „po mně potopa“. Nedůslednost reformy, je podle ní zaviněna nefunkčním ZS, kde vládne nesystematičnost, vyšetření jsou často paralelní, lékaři si vzájemně nevěří, nespoupracují. Vadí jí neprůhlednost hospodaření pojišťoven. Myslí, že tím, jak si pojišťovny „stavěly paláce“, šla spousta peněz „jinam“, to jde na vrub těch sociálních kategorií, které tyto prostředky nejvíce potřebují, může za to nedůsledná kontrola. Kvalitu služeb v nemocnici hodnotí jako průměrnou: „žádné VIP ani průšvih“. Z doslechu má informace o horší péči v LDN. Na budoucnost ZS nahlíží skepticky, důvodem je špatná politická situace, ale může se to ještě zhoršovat: očekává, že větší spoluúčast občanů na ZP bude přispívat k jejich zadlužení.	Problém vidí obecně v neschopnosti taková „všeobecná témata nadřadit politickým zájmům“. Chybu vidí na obou stranách (jak koalice, tak opozice), nejsou schopni se oprostít od politiky. Vadí mu „násilné protlačování“ názoru, toho, kdo je právě u moci, politici by se měli umět rozumně dohodnout, uvědomit si zodpovědnost vůči společnosti. V reformách postrádá logiku, nejsou připravovány s cílem efektivity ZS. Pocituje absenci dlouhodobé koncepce ZS, nejsou stanoveny žádné cíle. Za velkou chybu označuje: „že se nepodíváme tam, kde to funguje (skandinávské země), než taková dílčí opatření (poplatky, náznaky rušení něčeho...)“ Počet pojišťoven na trhu posuzuje jako nadbytečný. Připojištění by uvítal, je to pilíř, který tady podle něj chybí, ale mělo by být dostupné pro většinu lidí. Budoucnost ZS nevidí kladně: do politiky by museli přijít lidé (a musela by jich být „rozumná“ většina), kteří by to mysleli s lidmi dobře, do té doby neočekává zlepšení.
3) Vztah k lékaři <i>Návštěvy</i> Poslušnost <i>Informovanost</i> Celostní přístup <i>Medikalizace</i> Socializace medicíny	Respondentka si našla takového lékaře, kde služby fungují. Reflektuje nerovný přístup k pacientům, zvýhodnění jsou dle ní zaměstnanci ZS, „známosti“ a bohatí spoluobčané. Problém ZS vidí v nastavení úhrad: je to špatný systém, kde se sbírají body, myslí si, že lidé si to uvědomují, že „vás ženou tam a tam“, na vině je dle ní ekonomický	Respondent navštěvuje pracovního lékaře dle nařízení zaměstnavatele. Zklamala ho situace s obvodními lékaři, měli zastávat funkci „rodinných“ lékařů, ale se honí za body, mají spoustu pacientů na které nemají dost času, taky se dělá spousta zbytečných vyšetření, ale myslí, že kdyby lékaři byli dostatečně zaplacení (platový deficit pocituje především u nemocničních lékařů), nemuseli by „honit

	Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR	systém, kdy se všichni soustředí na zisk. Všímá si vzniku různých podpůrných „pacientských“ skupin, které se tvoří u jistých typů diagnóz.	body“ a taky by nebyly tak propojení s farmaceutickým průmyslem. Politická reprezentace dle něj hraje „ <i>divadlo pro lidi, mají to dobře rozdělené</i> “, ale očekává, že přijde velké sociální napětí, kdy už občanům „ <i>přeteče džbán trpělivosti</i> “ a půjdou si vybit agresivitu do ulic, protože už jim nic jiného nezbude.
4)	Úmluva o lidských právech Práva pacientů	Respondenti se ke znalosti těchto práv nevyjádřili, dle nich to není podstatné, protože vymahatelnost práva v naší zemi stejně nefunguje. „ <i>Právní systém nefunguje</i> “, proto se dle ní ani občané nesnaží něco zlepšit: „ <i>lidé začínají být apatičtí.</i> “	„ <i>Bylo umožněno, aby se porušovalo právo beztrestně. Nejlepší je zhasnout, rozkrást a pak až něco budovat.</i> “ Respondent předpokládá existenci propojených „ <i>mafiaňských skupin</i> “, které jsou právně nepostižitelné. Na druhé straně vnímá známky toho, že „ <i>nahlášení korupce je potrestáno</i> “. Vymahatelnost práva je dle něj mizivá, proto si lidé nestěžují: „ <i>jakákoli stížnost jim komplikuje život</i> “

Respondent č.6 je muž, 75 let, žije s manželkou, pobírá starobní důchod

Hodnotová orientace: nezbytné –*dobře spát*, vše ostatní velmi důležité

Kvalita života: (celkem 53b) – se svým zdravím velmi spokojen (vysoký krevní tlak, cukrovka, vyoperovaná ledvina)

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví <i>Životní styl</i> Samoléčba <i>Alternativní medicína</i> Informace o zdraví <i>Imperativ zdraví</i></p>	<p>Se svým zdravím je spokojen, ale nedělá pro něj „<i>nic moc</i>“. Pocitíuje „<i>úbytě</i>“ peněz. Samoléčbu nepraktikuje. Alternativní medicínu „<i>zatím</i>“ nezkoušel. Informace o zdraví si nevyhledává. Zvýšený tlak na zdraví nepocitíuje.</p>
<p>2) <i>Problém ve zdravotnictví</i> Kvalita služeb <i>Financování</i> Reforma <i>Podpora zdraví</i> Komerční připojištění <i>Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</i></p>	<p>Problém ZS si netroufá posoudit. Osobně nemá špatné zkušenosti, co potřeboval, to se vždy vyřídlilo. Nepocitíuje nedůvěru k ZS, ale pocitíuje nárůst cen (pak mu pojišťovna „<i>dost</i>“ vrací). Zastává názor, že náročná péče by měla být dostupná všem, i těm, co si ji nemohou dovolit. Kvalitu zdravotní péče hodnotí jako „<i>přiměřenou</i>“. „<i>Jsmenajednou chudí, kdo ale to prošťuroval?</i>“ Vidí jako nespravedlivé, že se „<i>opasky neutahují všude</i>“ (jen u občanů). Ochranu zdraví spojuje respondent s klesajícím pocitem bezpečí, který s přibývajícím věkem pocitíuje (v Praze není bezpečno, hlavně v noci, usuzuje tak z toho, co slyší). Komerčnímu připojištění respondent „<i>moc</i>“ nerozumí a ani nechce rozumět. Budoucnost ZS nemůže posoudit: nikdo z jeho známých si nestěžoval. Ale „<i>mám obavy z toho, co slyším ve sdělovacích prostředcích, spěje to někam, kam by nemělo.</i>“</p>
<p>3) Vztah k lékaři <i>Návštěvy</i> Poslušnost <i>Informovanost</i> Celostní přístup <i>Medikalizace</i> Socializace medicíny <i>Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR</i></p>	<p>Přístup zdravotníků k němu hodnotí R jako „<i>dobry</i>“. Komunikace s lékařem by dle něj mohla být lepší, ale „<i>chápu doktory, že se snaží pacienta vyhnat rychle, nemám jim to za zlé.</i>“ R chápe roli lékaře tradičně: „<i>on je odborník, ptám se pouze výjimečně.</i>“ Rady lékaře se R snaží vždy dodržovat, léky všechny doužívat atd.. Jednou se R snažil radit lékaři, chtěl ho „<i>šťournout</i>“, ale nevyšlo to, tak se drží zpátky. Na otázku ohledně důvěry k lékařům, má R názor, že „<i>pacientovi nezbyvá než se lékaři odevzdat, nemá znalosti, nerozumí tomu.</i>“ Lékař obvykle neinformuje R o nežádoucích účincích léku, u jeho sestry došlo pochybení se špatnou kombinací léků: „<i>stát se to může, lékárník může poradit, ale nemusí, začíná v tom být chaos.</i>“ R se staví proti generické preskripci: „<i>ne mělo by to být, spoléhám na doktora, co napíše, to má být.</i>“ R si občas přečte příbalovou informaci u léků, ale prý „<i>ji stejně vůbec</i>“ nerozumí: „<i>pokud to funguje nějak zlobně, nepátrám po tom.</i>“ Lidé se dle jeho názoru dělí na dvě skupiny: „<i>hypochondři, co tam chodí pořád (k lékařům)</i>“, podotýká: „<i>ty neznám</i>“ a pak „<i>ti, co tam nechodí, to jsou ti zdraví.</i>“ Zdravotnictví a školství by dle názoru dotazovaného měli být státní instituce, kontrolovány státem. Vadí mu odtažitost vládnoucích skupin od fungování systému: „<i>horních deset tisíc, ti nemají potuchu, jak to tady chodí a vládnou tu, pak to tu tak vypadá.</i>“</p>
<p>4) Úmluva o lidských právech <i>Práva pacientů</i></p>	<p>Dle R je to chyba systému, že lidé neznají lidská práva. Doplnuje úslovím: „<i>Kde chce vláda národ mít, tam ho musí nasměrovat</i>“, pokračuje: „<i>Já se domnívám, že má lidská práva nikdo neporušuje, ale podle mě by toto mělo být vyučováno ve školách, od mateřské školky až po doktorandy, musí se to za život člověka měnit, měla by k tomu existovat nějaká rozumná výchova.</i>“ S právy pacientů se to dle R přehání, a to především u ochrany soukromí, kdy často neinformují ani nejbližší příbuzné o zdravotním stavu pacienta, pokud nejsou tito zapsáni v kartě, což je špatné pokud pacient nestihl takovou osobu ustanovit nebo má na výběr pouze omezený počet osob. Dle dotazovaného by tuto situaci šlo vyřešit tím způsobem, že by existoval určitý seznam nemocí, které by se jiným neříkali, u ostatních diagnóz by to bylo volné. IS chápe jako pojistku lékaře pro případné následky.</p>

Bakalářská práce

Respondent č.7 je muž, 28 let, žije s přítelkyní, pracuje ve finančním sektoru

Hodnotová orientace: nezbytné – *zdraví*,

málo důležité – *zajímat se o politiku, mít víru (náboženství)*

Kvalita života: (celkem 19b) – se svým zdravím velmi spokojen (alergie na pyl)

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví <i>Životní styl</i> Samoléčba <i>Alternativní medicína</i> Informace o zdraví <i>Imperativ zdraví</i></p>	<p>R je se svým zdravím spokojený a zdraví je pro něj na prvním místě, proto se o něj stará: „<i>snažím se dobře jíst, hodně spát, jezdím na kole a přestal jsem kouřit</i>“. K tomu aby nekouřil ho vedla rodina i praktický lékař, ale podotýká, že k rozhodnutí přestat ho přiměla hlavně osobní touha. Samoléčbu nijak neuplatňuje; k lékaři jde vždycky, když mu není dobře. S alternativní medicínou nemá žádné zkušenosti. Informace o zdraví nijak zvlášť nevyhledává, občas si něco přečte např. z rubriky zdraví na idnes, když ho zaujme nějaký titulek. Důraz na zdraví je dle něj opodstatněný: „<i>je důležitý být zdraví, ti, co nejsou, mají méně kvalitní život.</i>“</p>
<p>2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb <i>Financování</i> Reforma <i>Podpora zdraví</i></p> <p>Komerční připojištění <i>Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</i></p>	<p>Jako problém ZS vnímá, že „<i>máme moc pojišťoven, ty vysávají peníze, stačily by 3-4.</i>“ Lékaře dle něj „<i>máme dobré, kvalitní nemocnice, relativně dobré vybavení, ale špatný systém řízení</i>“. Zdravotní péči v ČR hodnotí jako na „<i>velmi dobré úrovni</i>“. ČR se z jeho pohledu v celosvětovém měřítku řadí mezi: „<i>elitu ve zdravotnictví</i>“. Dle jeho názoru „<i>na lepší zdravotní péči si máme připlácat, už se tak stejně děje byt nelegálně</i>“. Poplatek za výběr lepšího lékaře se mu zdá „<i>rozumný</i>“.</p> <p>Ohledně výše (povinných) příspěvků do zdravotního pojištění, to neví, přiznává, že financování ZS nerozumí. Ohledně ochrany svého zdraví by uvítal lepší dostupnost informací o potravinách. Osvěta ohledně zdravé výživy dle něj funguje: „<i>lidé jedí zdravěji než dříve, ale zase se méně hýbou.</i>“ Příčinu obezity nachází ve slabosti a konzumerismu mas: „<i>lidé jsou tlustí, protože jsou líní a pořád něco žerou</i>“.</p> <p>Byl by pro možnost komerčního připojištění, ale až ve vyšším věku. Pojištění chápe pouze jako iluzi: „<i>nevyrhne tě</i>“. Budoucnost ZS spojuje s nadějí na nové léky účinné na léčbu rakoviny. Stárnutí populace dle něj způsobí, že se lidé budou muset déle udržovat zdraví: „<i>musí být celý život použitelní</i>“.</p>
<p>3) Vztah k lékaři <i>Návštěvy</i> Poslušnost <i>Informovanost</i> Celostní přístup <i>Medikalizace</i> Socializace medicíny <i>Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR</i></p>	<p>R navštěvuje lékaře celkově 4-5 krát za rok (praktický, zubař). K lékaři má výborný, vztah, komunikaci s ním hodnotí také velmi kladně (možnost komunikace přes email). Radám lékaře je R vždy poslušen. Prevenci se dle R jeho lékař nevěnuje vůbec (jen aby přestal kouřit, ale to R už udělal). K lékaři má R důvěru a nedokáže si představit, že by ji neměl, pak by bylo zbytečné k lékaři chodit, kdyby P nevěřil, že mu L pomůže. Vztah L a P by měl být dle dotazovaného autoritativní, L musí mít před P autoritu („<i>jako profesor</i>“), L určuje léčbu, on má zkušenosti, P mu nemůže radit, co má dělat, ale může si prý vybrat. Ohledně celostního přístupu reflektuje, že ti, kterým něco takového schází jsou: „<i>Simulanti, člověk přece musí být odolný, myslím si, že je jednoduší udržet si psychické zdraví než fyzické, to je jasný</i>“. V medikalizaci společnosti vidí přirozený pokrok: že se léčí čím dál více obtíží, čím dál dokonalejšími léky. Farmacii vidí jako vyspělý obor, nevnímá „<i>žádné průsery</i>“, které by se kolem ní točily a léky dle něj mají již jen minimální nežádoucí účinky. Ohledně privatizace zastává R názor, že „<i>privátní sektor dokáže líp hospodařit než státní, zprivatizovat by se měli ty doprovodné služby</i>“ (vaření, úklid v nemocnicích). Životní podmínky jsou dle něj v ČR rozdílné hlavně regionálně: Ostravsko, Ústí, Chomutov – „<i>hrozné lokality pro život</i>“. Možnou nerovnost v přístupu k pacientům vnímá jako daný fakt: „<i>Jestli si někdo myslí, že ten, kdo přijede do nemocnice autem za 2,5-3 miliony, že půjde do fronty nebo, že bude mít stejného lékaře jako ten, kdo přijede metrem, tak je to idiot. Tak to nefunguje.</i>“ Nynější společenskou situaci v ČR hodnotí jako zlepšenou: „<i>dřív to bylo horší (v 90. letech – „po revoluci“), teď už je společnost vyklidněná, to počáteční nadšení už vystrýzlivělo, dřív chtěl podnikat každý (...), dravost (podnikatelů) byla větší</i>“.</p>
<p>4) Úmluva o lidských právech <i>Práva pacientů</i></p>	<p>R odhaduje, že v rámci svých práv ohledně zdraví má právo na: „<i>informovanost a na tu nejlepší péči v danou chvíli</i>“ dostupnou. O tyto práva by se R soudil před běžným soudem, pak až jako konečná instance může rozhodnout ústavní soud.</p> <p>O právech pacientů moc neví, ale dle jeho názoru: „<i>musí je mít vystavený v nemocnici u nástěnky nebo kde</i>“, kdyby cítil, že jsou jeho práva porušována, neměl by problém si je zjistit a dožadovat se jich, ale nebyla potřeba (nebyl hospitalizován).</p>

Respondent č.8 je žena, 36 let, žije s manželem, vychovávají 2 děti v předškolním věku, na částečný úvazek pracuje v administrativě

Hodnotová orientace:

nezbytné – *zdraví, psychická pohoda, láska, svoboda, pravda* + R doplnila: *sebepoznání*

Kvalita života: (celkem 24b) – se svým zdravím velmi spokojena

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví <i>Životní styl</i> Samoléčba <i>Alternativní medicína</i> Informace o zdraví <i>Imperativ zdraví</i></p>	<p>R je se svým zdravím spokojena, hodnotí ho jako základní předpoklad života (nezbytné): „<i>bez něj se všechno ostatní bortí</i>“.</p> <p>Pro své zdraví se R nyní snaží dělat maximum, avšak dodává že „<i>to uvědomění (hodnoty zdraví) jde s věkem</i>“: snaží se cvičit (powerjógu), přestala kouřit: „<i>zvládla jsem svého ďábla v sobě a přestala jsem kouřit, dále omezují farmaceutické léky, snažím se nacházet jiné možnosti řešení</i>.“ Zdravý je dle ní především přirozený pohyb na čerstvém vzduchu (chůze, kolo, práce na zahradě). Vyzvedla by důležitost psychického zdraví, to bývá dle ní opomíjeno, zdraví vnímá jako spojité nádoby: „<i>když trpí sóma trpí duše a naopak, tato doba to opomíjí, ne všichni jsou schopni tohle dohlédnout</i>.“</p> <p>Získat informace o zdraví není dle R „<i>jednoduché</i>“, ale ona je „<i>takový pátrač</i>“; knihy hledá v knihkupectvích, antikvariátech, má i doporučení od paní doktorky. Vytvořila si vlastní zápisník, kam si zapisuje: „<i>co na co pomáhá, a když je třeba sáhnout po něm</i>“. Léčí za pomoci těchto rad své děti, ale už i další příbuzné, když je třeba. Podle ní je důležité být aktivní, nezamlouvá se jí postoj některých P: „<i>pane doktore, není mi dobře, udělejte se mnou něco</i>“, ona preferuje pohled, kdy je „<i>člověk za svůj stav spoluodpovědný</i>“, dle ní musí P chorobu přijímat aktivně. Ona sama se aktivně zajímá o alternativní medicínu (homeopatie, celostní medicína), přivedla ji k tomu špatná zkušenost se zdravotním systémem: než se začala o celostní medicínu zajímat a praktikovat ji, byli u její rodiny návštěvy lékaře v souvislosti s dětskou nemocností časté. Zažívala děsivý koloběh neustálých a opakovaných návštěv lékařů (Motol pohotovost, pediatr, alergologie, ORL), i když děti neměly žádná vážná onemocnění, jejich nemocnost pro ni byla ubíjející, až se „<i>citila jako vězeň ve vlastním domě</i>“. Ani jejím dětem neustálé návštěvy zdravotních zařízení nesvědčily, byly vyděšené a vystresované (změnou prostředí, strachem ze zákroku atd.) Změna pediatra ji přivedla k první lékařce, která kromě klasické léčby uplatňovala i homeopatika- zde ale nebyla léčba úspěšná, dle R proto, že neměli s léčbou dost trpělivosti, „<i>nevydrželi</i>“. Dnes její děti navštěvují lékařku a zároveň „<i>homeopatku</i>“, jejíž metoda léčby je založena na důvěře „<i>že to člověk zvládne, nemoc je zde brána jako pozitivum, ukazuje nám na něco, co není v pořádku a čím lépe ji přijmeme, tím rychleji odejde</i>.“ Dřívější časté návštěvy lékaře jsou pro dotazovanou minulostí: dnes nasadí homeopatika a „<i>během jednoho dne je to pryč</i>“. Podotýká, že změna postoje k medicíně úzce souvisí se zvýšeným zájmem člověka o sebe a okolní svět: „<i>rozhodnutí se pro alternativní medicínu vyjadřuje určitou spoluúčast aktivní, studovat si ty věci, zajímat se o to, rozšiřovat si obzory a vědění, co která rostlina dovede, co je na to vhodné, samozřejmě je to běh na dlouhou trať, ale mám pocit, že je smysluplný a vlastně od té doby mám pocit, že žijeme všichni... (lépe), občas děti mají rýmyčku, ale ty šílené scénáře se již neopakují. Naštěstí je to za námi</i>.“</p>

<p>2)</p>	<p>Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb Financování Reforma Podpora zdraví Komerční připojištění Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</p>	<p>Na zdravotnictví jí především vadí, že jsou „<i>nabourány osobní vazby, jsme jako housky na krámě</i>“, velká vytiženost lékařů: „<i>30 lidí v čekárně a doktor má toho nad hlavu</i>“, dále pak, že „<i>vymizela provázanost</i>“ a návaznost: „<i>pediatr nezná chorobopis rodiny</i>“, nejsou nijak propojeny jednotlivé specializované obory, „<i>není tu zastřešující jedinec, který by to vše zhodnotil</i>“. Lékaři dle ní nabírají hodně pacientů, aby byli finančně zajištěni, avšak na řádnou péči pak nemají dostatek času, dle ní je to špatný přístup kdy vítězí „<i>kvantita místo kvality, místo osobního přístupu k lidem</i>“. „<i>Gró</i>“ podpory zdraví vidí v rodině, nebránila by se tomu, kdyby ze strany školy přišly nějaké nabídky a programy, avšak konečné slovo mají mít rodiče. ZS vnímá jako „<i>kolos</i>“, a ten „<i>aby mohl fungovat, musí mít z čeho čerpat</i>“. Odchod lékařů do zahraničí chápe: „<i>když doktoři nejsou dobře zaplacení, byli by sami proti sobě, kdyby neodešli</i>“, mnozí (občané i lékaři) na to dle ní špatně reagují: „<i>vede to k řevnivosti a nepřejčnosti</i>“. „<i>Bity</i>“ jsou podle ní oblastní - krajské nemocnice: jednak se potýkají s nedostatkem financí a také podléhají komerčním tlakům, např. ohledně prodeje některých atraktivních budov soukromým subjektům. Zdá se jí, že komerční služby vytlačují ty „<i>veřejně potřebné</i>“, to by se mělo dle jejího názoru regulovat. Ohledně financování zdravotnictví si není ve svých názorech jista, je to velmi složitá otázka a na její zodpovězení nebyl dosud nalezen ten správný recept. Dle jejího názoru by musel být nejdříve zaveden pořádek: větší kontrola majetku výše postavených. U zubařů již teď vidí, že bez peněz je péče „<i>problém; pokud chce mít člověk hezké zuby musí platit</i>“. Ohledně budoucnosti ZS je skeptická: doufá, že se „<i>člověk dožije takového zdraví, aby nebyl odkázán na dlouhodobou péči</i>“, chce to „<i>vzít rozum do hrsti</i>“. Dle R by tu měla být větší motivace pro lékaře, aby je nelákaly nabídky ze zahraničí, jakmile totiž „<i>chytré mozky odcházejí, je to demotivace pro ten celek, a většina schopných lidí už je pryč, takový je můj názor</i>“.</p>
<p>3)</p>	<p>Vztah k lékaři Návštěvy Poslušnost Informovanost Celostní přístup Medikalizace Socializace medicíny Pohled na společenskou a politickou situaci v ČR</p>	<p>R dlouhou dobu věřila, že lékaři mají „<i>patent na vědu</i>“ (že se jejich objektivní výsledky nemohou mýlit), jenomže teď má „<i>za to, že lékaři v této době léčí pouze důsledek, po zkušenostech, co mám, mám pocit, že kryjí především sami sebe, jsou nejspíš tlačeni shora zahájit léčbu</i>“. Lékař by měl dle ní: „<i>nahlížet na člověka jako celek, znát pacientovu historii, rodinu, tzn. jít po příčině, neřešit pouze důsledek</i>“. Kdy navštívit lékaře a kdy léčit samoléčbou, to je podle R závislé na míře „<i>poznání sama sebe, poznat limity (své i dětí) a když je extrémně zle nebo akutní potřeba, tam není diskuse</i>“ (ohledně návštěvy L): „<i>když máma věří, že tu péči zvládne je lepší trávit čas s dítětem, zavádět určité rituály, aby cítilo pocit jistoty, bezpečí, je to lepší než ve stresu někam jet, děti jsou pak vyděšené (...) když tu jde, nejlepší je domácí léčení, dítě odpočívá, ovšem je třeba poznat, kdy je třeba opravdu jet</i>“. Z jejího pohledu „<i>musí být pacient aktivní, důležité je umět položit otázku, není tady už nikdo, kdo nás vyzývá na očkování, není tady už nikdo, kdo za nás přebírá zodpovědnost, musíme sami</i>“. R si váží lékařů za jejich znalosti, ale říká, že jí to „<i>nebrání mít jiný názor</i>“. I lékaři by dle ní měli zachovávat respekt a úctu k pacientovi: pokud se setká s lékařem, který „<i>má patent na pravdu a nebere v potaz, co ta protistrana pokládá za důležité, pak už si nemáme co říct</i>“. Medikalizaci hodnotí jako produkt informační společnosti: „<i>je jedno, jak to pojmenujeme, je to v celé společnosti, lidi se pídí, jazyk je pružnější, větší otevřenost medicíny</i>“. Že pacient nerozumí lékařské zprávě, to je podle ní chyba. V české společnosti si je vědoma nepřejčnosti, závisti a převládajícího postoje: „<i>nepřidělovat sám sobě starosti</i>“. Postrádá sounáležitost mezi lidmi, částečně z toho vinní minulý režim, který se snažil o vymýcení tradičních vazeb ve společnosti. Dle ní je to dále způsobeno tím, že „<i>lidé nemají nadhled, nejsou schopni dávat věci do souvislostí</i>“. I společnost je z jejího pohledu živým organismem, bylo by třeba několika generací, aby se společnost uzdravila a otázkou je dle ní, zda se společnost doopravdy uzdraví.</p>
<p>4)</p>	<p>Úmluva o lidských právech Práva pacientů</p>	<p>Povědomí o lidských právech neměla R jasné, prý se nějak „<i>dotýkají ústavy</i>“, při jejich porušování by se obrátila písemně na ombudsmana v ČR. Domnívá se, že v porodnici byla omezena její práva coby matky, ale nikdy nikde o tom nic nečetla.</p>

Respondent č.9 je žena, 57 let žije s manželem, vychovávají 1 dospělé dítě, pracuje v administrativě
Hodnotová orientace: nezbytné – *zdraví, soběstačnost*, málo důležité – *odpočinek, dobré jídlo*
Kvalita života: (celkem 26 b) se svým zdravím je spíše spokojena (prodělala rakovinu prsu)

Tematické okruhy	Názory respondenta
<p>1) Zdraví Životní styl Samoléčba Alternativní medicína Informace o zdraví Imperativ zdraví</p>	<p>Se svým zdravím je spíše spokojena, vnímá ho jako to „nejdůležitější“. Snaží se žít zdravě, ale má pochybnosti o tom, co je zdravé: „člověk neví, co má dělat nejlíp, neví, zda opravdu chtějí, aby byl člověk zdravý, nebo jen chtějí něco prodat“. Snaží se vždy nejdříve léčit doma (samoléčbou), ví, že „všechno chce čas, i některá nemoc, která na první pohled vypadá hrůzně; 3dny domácí léčby udělají často divy.“ Jiná situace je se zlomeninami nebo když už jsou potřeba antibiotika, to s návštěvou lékaře neotálí. R si sama tvoří „domácí lektvary“ a myslí, že i mezi lidmi se tato praxe více rozšíří, s tím, jak se léky strašně zdražují, některé léky vnímá pouze jako „komerční záležitost“ a o jejich „záračných“ léčebných účincích pochybuje. Z alternativní medicíny zkoušela (u dcery) použít - homeopatika, ale z léčby nebyla nijak nadšená. R uplatňuje fytoterapii (bylinkové) preparáty: „udrží mě v kondici, neměla jsem dosud žádné nemoci, které by mě úplně složily, myslím, že je to tím, že jsem si k tomu (k medicínské léčbě) brala něco přírodnějšího, jsem díky nim (přírodním přípravkům) v lepší formě, a tím jsem přežila ty léčby doktorů.“ Informace hledá převážně na internetu, hlavně prochází diskusní fóra: líbí se jí takto čerpat různé zkušenosti: „člověk není pak tak vyplašený“ (když zná možné komplikace léčby dopředu), setkává se zde sice často s naprosto rozdílnými názory, ale i přesto „to“ ráda čte. Imperativ zdraví nepociťuje, kult těla ale ano: „leze na mi to na nervy, teď hlavně, aby byli všichni krásní, to je nejdůležitější“, negativně se dívá na nadměrné sportování, které je podle ní nezdravé.</p>
<p>2) Problém ve zdravotnictví Kvalita služeb Financování Reforma Podpora zdraví Komerční přípojištění Budoucnost ZS (= zdravotní systém)</p>	<p>Se ZS je nespokojená, obecně se domnívá, že lékaři jsou „naštvaní tím systémem a proto na vás kašlou“, ale pak (osobně) „potkám lékaře, který má zájem, dělá víc než musí, opravdu se zajímá; tak jsem si představovala, že to má být, když skládají tu přísahu, že budou dělat všechno pro vás, pravda, je že to tak není, hledají, co jim pojišťovna zaplatí, a že vám dají tu nejlepší léčbu, to není pravda.“ Možnost připlatit si za primáře se jí nelíbí, je to dle ní velké zvýhodnění pro bohaté. Ohledně financování ZS pochybuje, že by někdy bylo vůbec možno zcela uspokojit jeho finanční potřeby: „jestli by vůbec byli někdy spokojeni (lékaři), jestli by někdy bylo dost peněz na nejlepší léčbu pro všechny?“ R sama zmínila, že je překvapena, že v USA není povinnost mít z. pojištění, to dle ní není dobré. Výše příspěvků na pojištění z (od zaměstnanců) jí přijde dost vysoká, tuto částku (%) by nezvedala. Na různé preventivní programy se dívá s nedůvěrou: „zneužijí se na něco jiného, peníze z dotací se tu utrací zbytečně, tyto peníze by byly třeba jinde (např. pomoc lidem s postižením).“ Nevybavuje si žádný program nebo nápad, který by jí oslovil. Osobně by si přípojištění nepořídila, ale zná „lidi, co jsou na tom tak hrozně, nemají kam sáhnout asi, tak se pojišťují“ dle ní to moc výhodné není, navíc dodává: „ze zásady nemám pojišťovny ráda, a nevěřím jim, že myslí pro člověka něco dobře“. Dle budoucnosti ZS je pesimistická, obává se, že se „to tak pohojí, že na tom ti nejobyčejnější budou blbě, je to děláno jen pro ty, co mají peníze, pro obyčejné nemají peněz nazbyt.“</p>
<p>3) Vztah k lékaři Návštěvy Poslušnost Informovanost Celostní medicína Medikalizace Socializace medicíny Pohled na společenskou a politickou situaci</p>	<p>Chodí k lékařům pravidelně na vše, „co se má“, což jí dle jejich slov: „zachránilo život.“ Přečetla si na co vše má nárok a chodí tam, opomíjí jediné celkové prohlídku (EKG, krev) u praktického lékaře, to by člověk dle ní ale neměl. K lékařům chodí nerada „s odporem“, přesto jde. Když už jí lékař něco řekne, tak mu věří. Ale s informacemi od něj spokojená není: „když není člověk drzý, aby se ptal; nepotkala jsem žádného, co by sám iniciativně něco vysvětloval nebo vám všechno řekl.“ R podotýká, že ona se sice dovede vyptat, avšak nechápe, proč jsou lékaři tak nesdělní: „přijdou mi, že jim za to nestojíme, nebo si myslí, že jste tak hloupá, že by jste to nepochopila, co vám budou vyprávět, prostě si jedou tak po svém, aby se s vámi poradili, nabídli alternativy, to ne.“ R necítí dostatečný podíl na rozhodování o své léčbě. Stěžuje si, že jsou všude „kastlíky, abyste jim tam házeli,</p>

	<p>v ČR</p>	<p><i>jak jste spokojeni</i>“, nemocnice spolu soutěží a hodně se o tom mluví, přesto nevidí zlepšení (v komunikaci s lékařem), doufá, že ti „mladí budou jinak vychovaní“. Psychická pohoda je dle ní pro uzdravení důležitá, ale sama neví jak by to měla udělat, to je prý velmi obtížné, když je člověk nemocen. Závidí lidem, co dokážou mít víru, „že vše má smysl“, ona to prý nedovede takto přijmout, ale vzápětí dodává „je to pravda, já jsem nijak nelamentovala, proč právě já, (představa odevzdání se:) někdo se mě ujme, vyléčí, (vzpomíná:) byla jsem tam v pohodě, příjemné, užitečné.“ K lékaři jde vždy „s bázni a možná až méněcenností, beru je jako autoritu, chovají se tak, jsou nafoukaní.“ Líbilo by se jí, kdyby byli lékaři více vstřícní a „zlidštili se“, nepociťuje od nich žádnou účast či osobní přístup. Lékař ji o nežádoucích účincích léků neinformuje, přečte si leták a je ráda, že ty účinky nemá. Ohledně celostní medicíny se vyjádřila pozitivně, prý si o tom četla, ale odradilo ji, že je to placené, avšak „tyto souvislosti“(rodinné, životní) považuje v péči o zdraví za nejdůležitější, líbilo by se jí, „kdyby se tomu lékaři tak neposmívali a pustili to mezi sebe“, někteří lékaři prý vedou oboje, to také není dle ní špatná cesta. Ale velkou naději CM nedává: „s těma doktorama nikdo nehne, ti si budou tvrdě hájit to své“. Medikalizaci a socializaci M vnímá jako jevy spojené s rostoucí nemocností: „dřív nebylo tolik nemocných a nežilo se tak dlouho“. To, že vznikají spolky pacientů hodnotí kladně, hlavně výměna informací je dle ní cenná, sama ve své nemoci také komunikovala s podobně nemocnými, dávala přednost komunikaci po internetu (fyzický kontakt nebyl nezbytný). Ohledně privatizace ZS se bojí, „že když to bude soukromé, budou dělat jen co, co přinese zisk, mělo by se to hlídat, ale když to hlídají špatní lidé.“ Nespravedlnost ve společnosti se jí zdá „velká: někdo (se má) tak špatně a někdo tak dobře, že to není ani normálně možné; nerovnost se zhoršuje, dřív jich bylo málo /těch nahore/ ale kdo to srovná? Měla by to udělat vláda.“ Nechápe, kde berou (politici) částky na výpočet životního minima (3410 Kč/osoba LB) když sami mají 50krát více (cca 30krát více LB). Společenské hodnoty vidí v tom: „mít co nejvíc peněz, využít všechny nabídky“ a dodává: „když ty nabídky nebyly, žilo se jinak.“</p>
<p>4)</p>	<p>Úmluva o lidských právech Práva pacientů</p>	<p>O lidských právech ví, jen to, co přečte, vidí v TV či slyší v rádiu. Dle jejího názoru samotná znalost těchto práv nic nezmuže: „člověk by ale v sobě musel být to něco; odvahu, trvat si na tom, aby to tak bylo, měl by si zatím člověk jít, ale kdo na to má, aby jsi to obhájil?“ Vadí jí, že dnes je všechno dáno předpisy, ale nic se nedodrhuje. Vzpomíná, že dříve: „všechno vyplynulo přirozeně, dnes spousta papírů toho, co má být a není, mělo by to být dané výchovou.“ Každý se dle ní zajímá jen o sebe, ne o své okolí, vládne sobeckost. Práva pacientů si četla na nástěnce v nemocnici „jen tak pro zajímavost“. Stížnosti pacientů měl dle ní na starosti nemocniční ombudsman, ale R by si na svých právech stejně „nedokázala trvat“. Ohledně práv pacientů si všimla, že už vůbec nedávají informace o hospitalizované osobě, pokud vás ten dotyčný nenechá zapsat do karty, tento postup se jí jako matce a manželce nelíbí.</p>

4.4 Diskuse závěrů

Číslo	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Hmotné zabezpečení	Rodinný stav/ Děti	Se svým zdravím
R1	Žena	30	SŠ s M	Studující/příjmy z majetku	Mírně nadprůměrné	S druhem, ne	Nespokojena
R2	Žena	23	SŠ s M	Studující/příjmy z brigády	Průměrné	Svobodná, ne	Velmi spokojena
R3	Muž	24	ZŠ	Pracující fyzicky	Mírně podprůměrné	Svobodný, ne	Velmi spokojen
R4	Žena	51	SŠ s M	Pracující ve školství	Průměrné	Vdaná, ano	Zcela spokojena
R5	Muž	57	VŠ	Pracující ve školství	Mírně nadprůměrné	Ženatý, ano	Velmi spokojen
R6	Muž	75	VŠ	Důchodce	Průměrné	Ženatý, ano	Velmi spokojen
R7	Muž	28	SŠ s M	Pracující ve finančnictví	Průměrné	Svobodný, ne	Velmi spokojen
R8	Žena	36	VŠ	Péče o děti, brigáda	Průměrné	Vdaná, ano, 2	Velmi spokojena
R9	Žena	57	SŠ s M	Pracující v administrativě	Průměrné	Vdaná, ano, 1	Spíše spokojena

Shrnutí:

(1) individuální/osobní přístupy

Všichni respondenti označili zdraví za prioritní hodnotu. K péči o své zdraví se však staví rozdílně. Většina z nich ví, co je zdravé a jednají tak, aby svému zdraví prospěli. U mladších respondentů (R1, R2, R3, R7) a specificky u mladších žen (R1, R2) je větší tendence podléhat závislostem, navíc mladé ženy na rozdíl od mladých mužů nemají tendenci se své závislosti zbavit. Je zde možné zohlednit vliv „nezřízeného“ studentského života na tyto respondentky. Jedinou výjimkou, která přiznala, že už vlastně (pod tlakem protichůdných tvrzení) neví, co je zdravé je R9. Nějakou formu samoléčby uplatňuje většina respondentů, pouze R6 a R7 vůbec ne.

S alternativní medicínou mají aktivní zkušenost pouze ženy, a to 3 z 5 dotazovaných: R1, R8 a R9, tyto ženy spojuje především zkušenost s nemocí (i když u R8 se netýká přímo jí, ale jejích dětí). Informace o zdraví si hledají respondenti ve většině na internetu (R2 a R8 ještě v knihách), ale R2, R6 a R7 tyto informace nevyhledávají.

(2) úroveň fungování českého zdravotnického systému

Názory respondentů na fungování zdravotního systému se velmi odlišují. Podobný názor, že v ZS je málo peněz mají pouze R1 a R7; R2, R3 a R9 vidí jako největší problém nerovnost v přístupu k péči, R4 a R5 viní ze špatné situace ZS nestabilní politický systém, podle R8 je problém v deficitu celostního přístupu, R6 žádný problém nezaznamenal. Kvalitu a dostupnost služeb hodnotí respondenti převážně kladně (vyjma R2,R8,R9) zdůrazňují ale, že je to dáno jejich regionální příslušností, mimo Prahu očekávají horší kvalitu a dostupnost péče (R1, R3, R7). Financování ZS je dle názorů respondentů špatně nastavené (vyjma R6). K probíhající reformě se kladně staví R1 a R7, tyto dva respondenty spojuje především neoliberalní postoj a uspokojující finanční situace. Podpora zdraví a prevence jako jedna z funkcí ZS se nepotvrdila, žádný respondent nevěděl, co si pod tím přesně představit (R1 a R5 zmínili jen motivační pobídky pojišťoven, které však spojují s pouze komerčními zájmy, R2 upozornila na „omezení“ očkovaní). Ochrana zdraví dopadla lépe, tu si respondenti spojují se zdravým životním prostředím (R1,R2) s kvalitou potravin (R2, R7) a s bezpečností ve městě (R6).

Komerční připojištění by jako další pilíř ZS uvítali R1, R5, R7. Část respondentů, ale pojišťovnam nevěří (R2, R3, R4, R7, R9). Na budoucnost ZS je dívají respondenti především pesimisticky (vyjma R1 a R7).

(3) vztah k lékaři, důvěra, společenská situace

Důvěru v lékaře respondenti spíše mají (vyjma R2, R8). Tyto respondentky spojuje častá návštěva lékaře (⇒špatné zkušenosti) a tendence ke kritickému myšlení. Zvláštní případ představují R1 a R9, tyto respondentky mohly bychom říci představují opačné formy nedůvěry, obě je spojuje vážná zdravotní komplikace. Zatímco R1 lékařům „bezmezně nevěří“, tj. jejich tvrzení si ověřuje, protože má špatné osobní zkušenosti s jejich pravdomlností atd.„její nedůvěra je pouze na osobní rovině. R9 neuvěděla žádné velké lékařské pochybení jako R1, přesto se ukazuje, že má silnou institucionální nedůvěru, ale konkrétnímu lékaři by zřejmě věřila: „když už mi něco řekne, tak mu věřím“.

Na preventivní prohlídky mladší respondenti nechodí (R1,R2,R3). S informovaností od lékařů je spokojen pouze R7, ostatní se k tomu nevyjádřili nebo jsou nespokojení. Celostní přístup ke zdraví by ocenily R1, R2 (u chronicky nemocných), R3, R8, R9. Dá se říci, že medikalizaci společnosti respondenti nevnímají (vyjma R8). To by mohlo být

ovlivněno výběrem respondentů a jejich důvěrou v lékaře, jednak respondenti léky brali minimálně a když už je berou, věří, že je to nutné. Takže proces medikalizace nejde zkoumat přímou otázkou. Socializaci medicíny jako „pacientské spolky“ zmiňují R4, R5, R9. Nerovnost v přístupu zdravotníků zmiňují R2, R3, R4, R7, R9. Nebylo možné věnovat se zdravotnictví bez nahlédnutí na politickou a společenskou situaci v zemi. Politickou situaci vnímají všichni negativně nebo se k ní nevyjádřili. Kromě R1 by se všichni R obávali privatizace ZS. Špatnou hodnotovou orientaci společnosti zmiňují R4, R5, R8, R9, pro tyto respondenty je charakteristický hlubší zájem o to, co se kolem nich děje, dalo by se říci, že více vnímají širší souvislosti problému ZS.

(4) otázky související s právy pacientů a s lidskými právy se vztahem ke zdraví

Lidská práva dopadla dle očekávání velmi špatně. Částečnou znalost těchto práv zmínil jen R7. Zato jediný R6 vidí tuto neznalost jako systémovou chybu a volá po její nápravě. Dle R4, R5, R9 jsou tyto práva za daných okolností nevyhnutelná, což rozhodně značí silnou institucionální nedůvěru.

Práva pacientů dopadla lépe, jejich neznalost se projevila u mladých a u zdravých respondentů (R2, R3, R7, R8), tedy u těch, co nemají zkušenost s hospitalizací. I když byla tato práva u R1 zřetelně porušena, respondentka si oficiálně nestěžovala. R9 přiznává, že by si netroufla tyto práva vyžadovat. R6 a R9 se zdá ochrana soukromí pacientů přehnaná.

Výzkum prokázal v první řadě platnost citátu F.S. Fitzgeralda: „*Žádný rozdíl mezi lidmi není tak velký jako rozdíl mezi zdravými a nemocnými*“. Respondenti, kteří netrpí zdravotními problémy, vnímají problémy zdravotnického systému spíše v kontextu jeho špatného institucionálního zakotvení. Občané mají k medicíně expertní důvěru, jediná R8 zpochybňuje fungování medicínsko-průmyslového komplexu jako celku v širších souvislostech. Dalo by se říci, že jediná tato respondentka přistupuje ke zdraví celostně a vyzdvihuje odpovědnost jedince ke svému zdraví. Zbytek respondentů se nad situací moderní medicíny nijak nepozastavoval, problémy viděli v jiných příčinách.

Žádné vážné obavy o fungování ZS se nepotvrdily, respondenti sice zachycují nerovný přístup ze strany zdravotníků, ale v osobní zkušenosti s kvalitou péče byli převážně spokojeni. Zkreslení výsledků je jistě dáno výběrem respondentů, jednak šlo o obyvatele Prahy a také kromě R3 je jejich finanční a bytová situace uspokojivá. Jediný

R3 se cítí v právu na své zdraví omezen penězi. Myslím, že další výzkumy v této oblasti by se měli soustředit právě na respondenty jako je R3, kteří pobírají přibližně polovinu průměrného platu a navíc nemají vlastní bydlení. Pro tuto skupinu se může stát zdravotní péče skutečně nedostupnou nebo se budou kvůli ní nuceni zadlužit. Ostatní respondenti nemají tak vážné problémy, spíše jde o problémy selhání jednotlivců nebo institucí.

Jako rámec pro analýzu rozhovorů byl použit přístup dle Murraye a Frenka (2000, WHO), kde ustanovují základní kritéria pro hodnocení zdravotního systému, tento jejich rámec nyní použijeme ke shrnutí celého výzkumu:

Rovnost, princip solidárního financování

Respondenti jsou toho názoru, že nutná zdravotní péče by měla být poskytnuta všem bez ohledu na její finanční náklady. Princip solidarity zdravých s nemocnými se ale dle některých respondentů vytrácí.

Ekvita

Respondenti si silně uvědomují nerovnost v přístupu zdravotníků k různým skupinám jedinců. Dle nich jsou zde jisté zvýhodněné skupiny a to nejen ve zdravotní péči, ale v celém fungování společnosti.

Lidská práva (právo na ochranu zdraví, právo na dostupné zdravotnické služby)

O lidská práva se respondenti nezajímají. Z výzkumu nevyplývá, že by pocítovali nějakou újmu ve svém právu na ochranu zdraví, kvalitu životního prostředí hodnotí převážně kladně. Zdravotní služby jsou jim dostupné.

Práva pacientů (lidská důstojnost, informovanost)

Na práva pacientů se u nás dle respondentů nedbá, nikdo z respondentů nebyl na tato práva upozorněn ošetřujícím lékařem jak mu ukládá zákon. Respondenti tudíž nejsou spokojeni ani s informovaností od lékařů.

Etika

Etika lékařského povolání, respondentům schází, někteří respondenti popisují pocity méněcennosti a neosobní přístup lékařů.

Účinnost a účelnost (ekonomické aspekty, výsledky)

Ekonomická účinnost zdravotního systému je dle respondentů omezována špatným nastavením financování, spousta peněz ve zdravotnictví je dle nich využívána špatně (velký počet pojišťoven, zbytečné nákupy techniky, stavby, paralelní vyšetření, nepotřebné preventivní programy a samozřejmě korupce prodávající veřejné zakázky).

Závěr

Bakalářská práce „Důvěra občanů ve zdravotnický systém ČR“ především ukázala, jak rozdílné mohou být pohledy občanů na zdravotnický systém a čím jsou tato rozdílná stanoviska ovlivněna. Zaměřme se nyní na hlavní determinanty výzkumného problému, jimiž jsou nedostatky moderní medicíny. Výzkum prokázal, že občané vnímají dehumanizaci medicíny, chybí jim osobní přístup lékaře, a to více ženám než mužům. Muži jsou častěji spokojeni s autoritativní formou vztahu ze strany lékaře, přenechávají veškerou zodpovědnost za jejich nemoc lékařům. Ženy se častěji zajímají o příčiny svého onemocnění, přístup ke zdraví by dle nich měl být celostní. Komerčního tlaku na lékaře jsou si respondenti vědomi a hodnotí ho negativně. Velká část respondentů je zklamána situací, kdy čeští lékaři odcházejí do zahraničí. Respondenti vnímají zvyšující se nerovnost mezi lidmi a očekávají, že se nerovnost bude dále prohlubovat. Očekávání ohledně budoucnosti zdravotnického systému jsou vesměs negativní, i když někteří respondenti chovají naději v další vědecký pokrok medicíny. Význam práce pro oblast sociologie spočívá v možnosti chápat tuto bakalářskou práci jako sondu do vztahů důvěry občanů ke zdravotnímu systému. Bylo by možno použít ji jako předvýzkum pro další kvantitativní šetření v této oblasti. Další výzkum by dle mého názoru měl orientovat především na skupiny obyvatel u nichž můžeme předpokládat sníženou důvěru v tento systém, což jsou lidé z nižšího sociálního patra společnosti, kteří jsou ohroženi možností exkluze ze zdravotního systému.

Summary

Thesis "Citizens' trust in health system CR" especially showed how different views can be citizens in the health care system and what are the different opinions affected. Let us now focus on the main determinants of research problem, which are the shortcomings of modern medicine. Research has shown that people perceive the dehumanization of medicine, lack of access to personal physicians, and that more women than men. Men are more satisfied with the authoritative form of the relationship of the doctor, abandoning all responsibility for their illness physicians. Women are more interested in

the cause of his illness, access to health, according to them should be holistic. Commercial pressures on physicians are aware of the respondents and evaluate it negatively. A large proportion of respondents are disappointed with the situation, when Czech doctors go abroad. Respondents perceive the increasing inequality between people and expect that inequality will increase. Expectations about the future of the health system are all negative, although some respondents behave in the hope of further scientific progress of medicine.

The importance of work in the field of sociology is to understand the possibilities of graduate work as a probe into the relationship of citizens to trust the health system. Could use it as a probe for further quantitative research in this area. Further research would, in my view, focus primarily on populations in which we can expect reduced confidence in the system, which are people from lower social floor, who are threatened by the possibility of exclusion from the health system.

Použitá literatura

BECK, Ulrich. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Vyd. 1. Překlad Otakar Vochoč. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004, 431 s. POST, 9. sv. ISBN 80-86429-32-6. orig. Risikogesellschaft (Frankfurt am Main, 1886).

CALNAN, Michael a Rosemary ROWE. Trust relations in health care—the new agenda. In: ROWE, R. *Trust relations in health care--the new agenda* [online]. 2006 [cit. 2012-05-08]. ISSN European Journal of Public Health. DOI: 10.1093/eurpub/ckl004. Dostupné z: <http://eurpub.oxfordjournals.org/> by guest on April 8, 2012

ČERNÝ, Milan a Karel SCHELLE. *Zdravotnictví v mezinárodních dokumentech: (soubor nejvýznamnějších mezinárodních úmluv jimiž je Česká republika vázána)*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 202 s. ISBN 80-864-3281-5.

DAMASIO, Antonio R. *Descartesův omyl: emoce, rozum a lidský mozek*. Vyd. 1. Překlad Lucie Motlová, Alžběta Hesová. Praha: Mladá fronta, 2000, 259 s. Kolumbus, sv. 152. ISBN 80-204-0844-4.

Důvěra v české zdravotnictví: Zdroj: ČTK. In: *Www.zdrav.cz Zdraví a Zdravotnictví* [online]. Čtvrtek, 27. Květen 2004 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5463>

ECO, Umberto. *Jak napsat diplomovou práci*. 1. vyd. Ivan Seidl. Olomouc: Votobia, 1997, 271 s. Velká řada. ISBN 80-719-8173-7.

GROVE, Chris. Lidská práva a boj za odstranění chudoby. BATTHYÁNY, Karina. Právo nežít v chudobě: chudoba jako porušování lidských práv. Vyd. 1. Praha: Filosofía, 2010, s. 71-85. Filosofie a sociální vědy, 36. ISBN 978-80-7007-321-6.

HELENA HAŠKOVCOVÁ. *INFORMOVANÝ SOUHLAS: Proč a jak?* [pdf]. První vydání v elektronické verzi. Praha: Galén, 2007 [cit. 2012-04-24]. ISBN 978-80-7262-735-6. Dostupné z: <http://www.kosmas.cz/knihy/168621/informovany-souhlas/>

HELENA HAŠKOVCOVÁ. *INFORMOVANÝ SOUHLAS: Proč a jak?* [pdf]. První vydání v elektronické verzi. Praha: Galén, 2007 [cit. 2012-04-24]. ISBN 978-80-7262-735-6. Dostupné z: <http://www.kosmas.cz/knihy/168621/informovany-souhlas/>

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 293 s. ISBN 978-807-3921-293.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-807-3675-929.

JERIE, Pavel. *Pro koho je medicína?: světem za lepšími léky*. 1. Vyd. Praha: Academia, 2009. 10848. ISBN 8020017100.

KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Vyd. 1. Překlad Marie Černá. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 151 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 48. ISBN 978-807-4190-339.

KELLER, Jan. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011, 197 s. Knižnice Sociologické aktuality, sv. 23. ISBN 978-807-4190-599.

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 158 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2941-5.

KOMÁREK, Stanislav a Karel STIBRAL. *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2005, 146 s. Kolumbus, sv. 178. ISBN 80-204-1287-5.

KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, Naděžda a Šárka BÁRTOVÁ. *Zdravotní politika a ekonomika: Vztah lékaře a pacienta v primární péči - teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, říjen 2002. 149 s. ISBN 1213-8096.

KŘÍŽOVÁ, Eva et al. *Alternativní medicína jako problém*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, vydavatelství Univerzity Karlovy, 2004, 131 s. ISBN 80-246-0754-9.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 142 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 43. ISBN 80-864-2957-1.

LE FANU, James. *Vzestup a pád moderní medicíny*. 1. vyd. Praha: Academia, 2001, 310 s. ISBN 80-200-0879-9.

LINHART, Jiří, Vlasta FISCHEROVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2., upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 116 s. ISBN 8085850036.

POTŮČEK, Martin. *Jak jsme na tom. A co dál?: strategický audit České republiky*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 212 s. ISBN 80-864-2945-8.

Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Vyd. 2., upravené. Praha: Sociologické nakl. a Sociologický ústav AV ČR, 1994, 116 s. Sociologické pojmosloví, sv. 1. ISBN 80-858-5003-6.

ŠIMEK, Jiří. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002, 157 s. ISBN 80-246-0507-4.

ŠKRABÁNEK, Petr a James MCCORMICK. *Pošetilství a omyly v medicíně: skeptický průvodce pro lékaře i nebojácné pacienty*. Překlad Miroslav Holub. Praha: Lidové noviny, 1995, 177 s. Edice 21, sv. 8. ISBN 80-7106-129-8. orig. Follies and Fallacies in

Medicine.

VIRAPEN, John. *Nežádoucí účinek: smrt*. Překlad Eva Musilová. Bratislava: Slovart-print, 2010, 247 s. ISBN 978-808-1120-817.

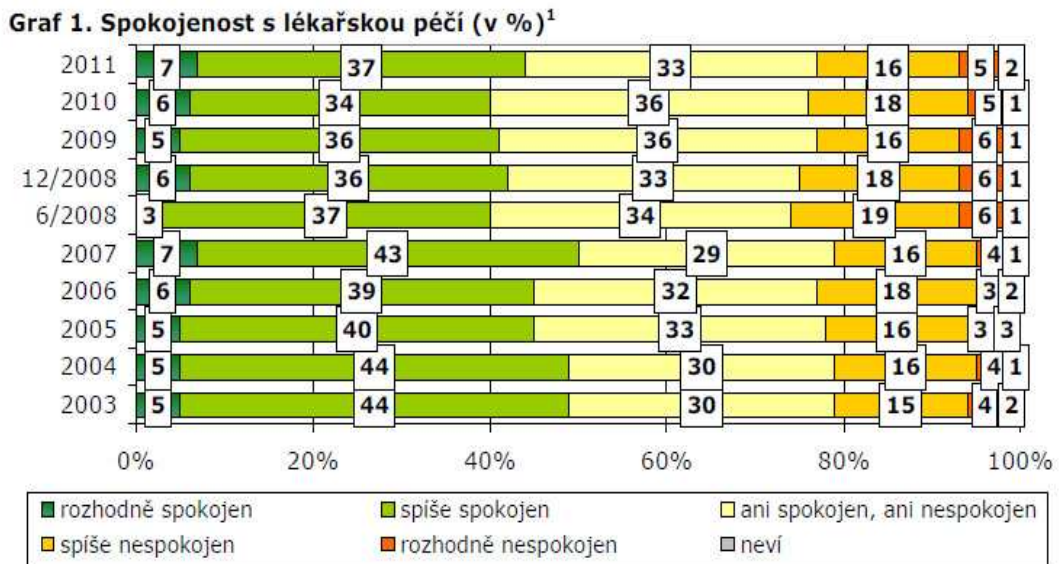
WARD, Paul. Trust, Reflexivity and Dependence: A 'Social Systems Theory' Analysis in/of Medicine. *European Journal of Social Quality* [online]. 2006-11-15, roč. 6, č. 2, s. 143-158 [cit. 2012-05-08]. ISSN 14617919. DOI: 10.3167/ejsq.2006.060208. Dostupné z: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article>

ŠAVLÍK, Jiří, Jan HNÍZDIL a František HOUDEK. *Jak léčit nemoc šílené medicíny, aneb, Hippokratova noční můra*. V Praze: Andrej Šťastný, 2008, 286 s. ISBN 978-808-6739-335.

MURRAY, J.L. Christopher, FRENK Julio. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78. 717-730.

Seznam příloh

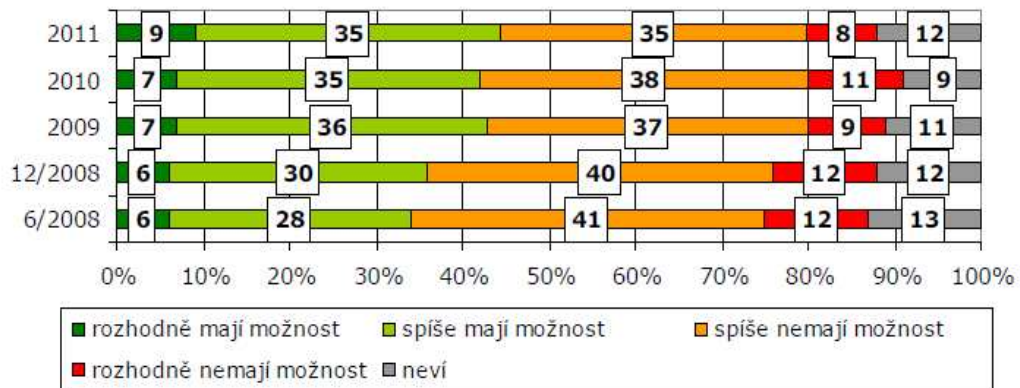
Příloha č. 1: Spokojenost s lékařskou péčí, prosinec 2011 (graf)



Zdroj: TUČEK, Milan. CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, v.v.i. *TISKOVÁ ZPRÁVA: Názory občanů na zdravotní péči v ČR* [Naše společnost, v11-12]. 16. ledna 2012. 6 s. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101225s_oz120116.pdf

Příloha č. 2: Názory na účast pacientů na rozhodování o léčbě jejich nemocí – aktuální situace v ČR (graf)

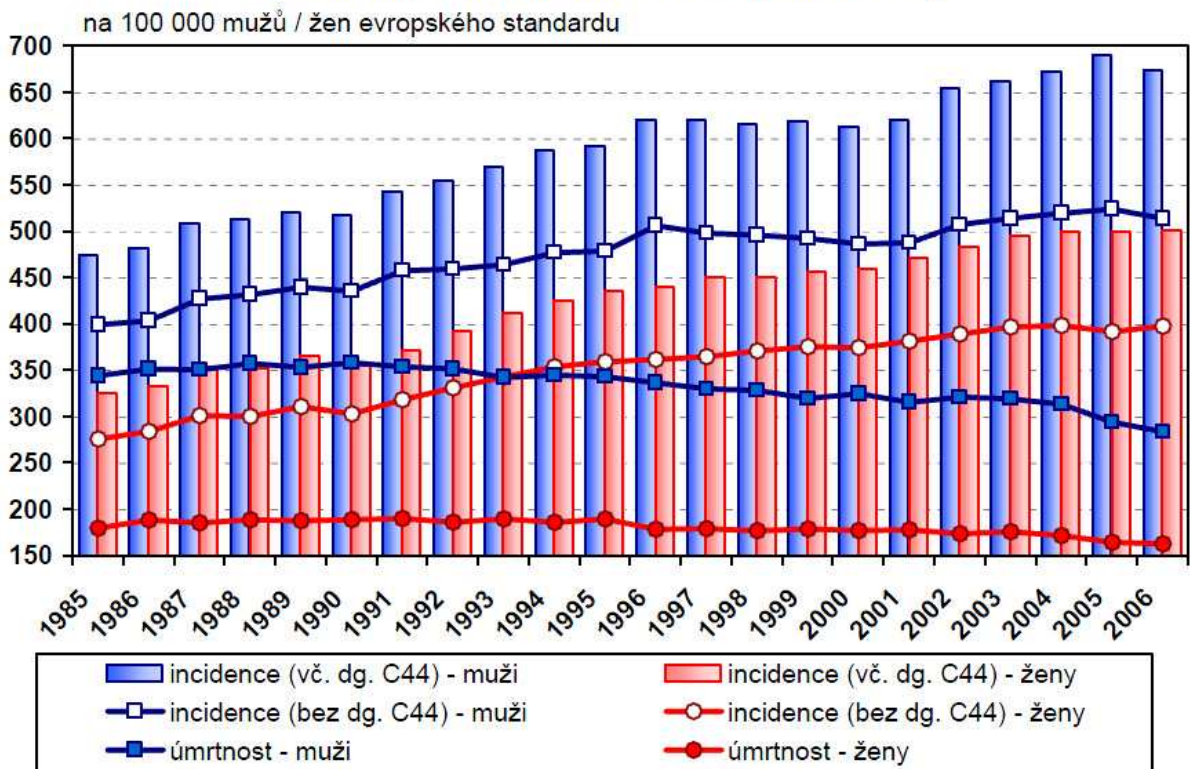
Graf 6. Názory na účast pacientů na rozhodování o léčbě jejich nemocí – aktuální situace v ČR⁶



Zdroj: TUČEK, Milan. CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, v.v.i. *TISKOVÁ ZPRÁVA: Názory občanů na zdravotní péči v ČR* [Naše společnost, v11-12]. 16. ledna 2012. 6 s. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101225s_oz120116.pdf

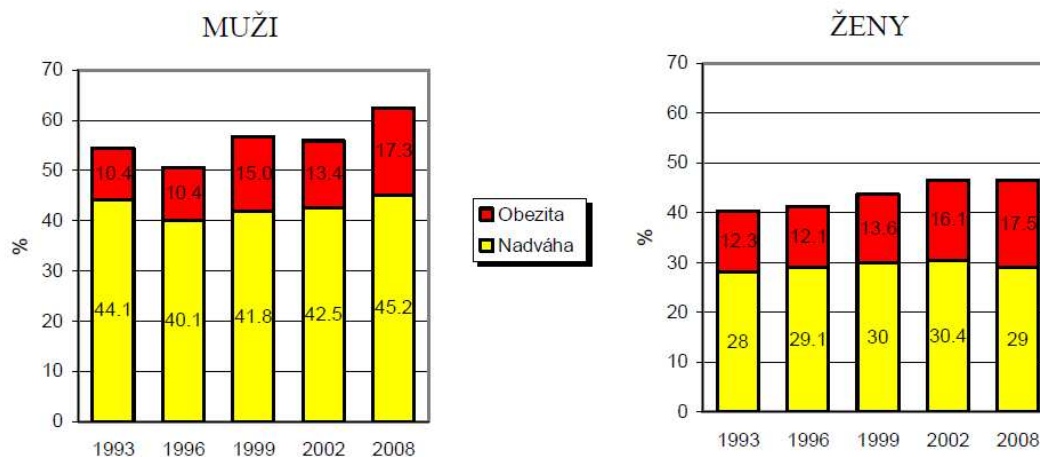
Příloha č.3: Vývoj incidence novotvarů a úmrtnosti na zhoubné novotvary (graf)

Vývoj standard. incidence novotvarů a standard. úmrtnosti na zhoubné novotvary



Zdroj: podklady ke kurzu Zdravotní politiky MUDr. Petra Hávy

Příloha č.4: Podíl osob (15+ let) s nadváhou (BMI 25 – 29,9) a obezitou (BMI přes 30) v letech 1993 - 2008, ČR (graf)

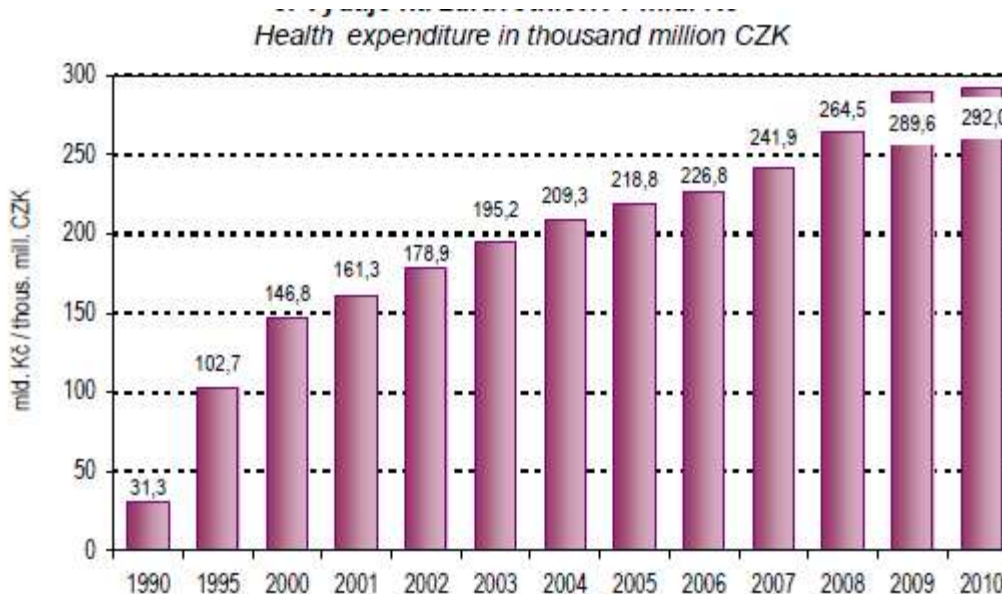


Pozn.: Na základě údajů respondenta o výšce a hmotnosti.
Zdroj: ÚZIS (7)

Zdroj:

http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf

Příloha č. 5: Výdaje na zdravotnictví v mld. Kč (graf)



Zdroj: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2010>

Příloha č. 6: Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků v letech 2001-2010 (tabulka)

Rok Year	Celkem v mld. Kč Total in thous. mill. CZK	Počet balení v mil. No. of packings in mill.	DDD/1000/d	Na 1 obyvatele v Kč Per 1 inhabitant in CZK
2001	31,91	342,86	1 176	3 122
2002	34,65	338,29	1 210	3 397
2003	37,67	346,03	1 264	3 693
2004	41,10	338,77	1 276	4 027
2005	46,82	368,96	1 430	4 575
2006	43,66	320,01	1 316	4 252
2007	50,11	343,12	1 499	4 855
2008	52,80	317,73	1 405	5 062
2009	58,31	312,30	1 456	5 558
2010	59,04	304,59	1 517	5 613

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)

Zdroj: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2010>

Příloha č. 7: Hlavní příčiny růstu nákladů na zdravotnictví, % (tabulka)

	2000	2001	2002	2003	2004
Neujasněnost koncepce vývoje zdravotnictví	32,7	29,5	34,6	37,7	37,2
Špatné hospodaření zdravotních pojišťoven	59,6	53,4	50,5	49,1	51,7
Nedostatky v systému řízení zdravotnictví	37,2	33,2	32,0	50,7	41,6
Špatný systém zdravotního pojištění	34,6	27,6	26,4	21,5	21,9
Nekontrolovaný růst cen léčiv	37,0	37,5	33,9	24,1	32,6
Špatné hospodaření zdravotnických zařízení	27,8	26,7	34,4	31,9	30,5
Nedostatečná kontrolní činnost vůči lékařům	19,9	20,6	19,9	15,7	16,6
Nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů	20,1	21,2	20,1	17,8	18,2

Zdroj: Inres-Sones, 2004

Zdroj: [www.kulatystul.cz/...](http://www.kulatystul.cz/): PŘEHLED PRŮZKUMŮ VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ KE ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

Příloha č. 8: Parsonsova analýza rolí pacienta a lékaře (tabulka)

Pacient: role nemocného	Lékař: profesionální role
Očekává se:	Očekává se:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Snaha co nejdříve se uzdravit 2. Vyhledání profesionální pomoci a spolupráce s lékařem 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Použití vysokého stupně zkušeností a znalostí problematiky léčení nemoci 2. Jednání pro blaho pacienta, které je nadřazeno vlastnímu blahu, zájmu, ekonomickým stimulům atd. 3. Objektivní a emotivně nepodbarvené jednání 4. Jednání podle profesionálních zásad
Práva:	Práva:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uvolnit se z některých denních aktivit 2. Nutnost pomoci ostatních, protože se není schopen uzdravit na základě vlastního rozhodnutí nebo vůle 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fyzicky vyšetřit pacienta a vstupovat do intimních oblastí fyzického a osobního života pacienta 2. Autonomie v profesi 3. Zastávat ve vztahu k pacientovi autoritativní pozici

Zdroj: KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, Naděžda a Šárka BÁRTOVÁ. *Zdravotní politika a ekonomika: Vztah lékaře a pacienta v primární péči - teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, říjen 2002. 149 s. ISBN 1213-8096. Strana 26 (upraveno autorkou)