

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra teorie kultury (kulturologie)

Diplomová práce

Simona Muráriková

Zdraví jako kulturogické téma

Health as a cultural Theme

Praha 2012

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Czumalo

Děkuji vedoucímu své práce PhDr. Vladimíru Czupalovi, CSc. za jeho podporu a konzultace.

Velice děkuji všem, kteří mi poskytli své postřehy k tématu i k samotnému zpracování mé práce.

Můj velký dík za mnoho hodin strávených korekcí této práce patří i mé rodině a mému partnerovi.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

Ve Hřebči dne 7. 5. 2012

Simona Muráriková

Anotace:

Diplomová práce se v první části soustřeďuje na vývoj pojetí, vymezení a definici pojmu zdraví v kulturologické perspektivě. Zabývá se kritickou analýzou definice zdraví a pojem zdraví uvádí do souvislostí s pojmem kvalita života. V druhé části zpracovává vývoj pojetí zdraví, nemoci a péče o zdravé a nemocné v dějinách kultury. Předkládá historický přehled vývoje medicíny. V závěrečné části se zaměří na podrobnou analýzu postavení medicíny v současné společnosti s využitím relevantních teoretických konceptů.

The thesis focuses in the first part on the development of conception, description, and definition of the notion of health in culturological perspective. It deals with the critical analysis of definition of health and associates the concept of health with the concept of quality of life. The second part of the thesis focuses on the development of the conception of health, disease, and care for healthy and sick people in the history of culture. This part presents the overview of historical development of the medicine. The last part contains the detailed analysis of the role of medicine in present society with the use of relevant theoretical concepts.

Klíčová slova:

zdraví, nemoc, kvalita života, zdravotní stav, medicína, lékařská péče

health, disease, quality of life, state of health, medicine, medical care.

Obsah:

1. Úvod.....	7
2. Pojetí kulturologie.....	10
2.1. Kulturologie jako základní metodologický přístup	10
2.2. Kultura v pojetí Pražské kulturologické školy.....	11
2.3. Zdraví v kulturologické perspektivě	12
3. Pojem zdraví	14
3.1. Vymezení pojmu.....	14
3.2. Definice.....	17
3.3. Analýza definice WHO.....	18
3.4. Problematika nerovného přístupu ke zdraví	19
3.5. Nerovnosti v přístupu ke zdraví.....	20
3.6. Pohled na zdravotní péči z kulturologické perspektivy	21
3.6.1. Charakteristika vybraných států.....	21
3.6.2. Charakteristika jednotlivých ukazatelů.....	24
3.6.3. Pohled na vybrané zdravotní údaje v kulturologické perspektivě	29
4. Kvalita života.....	34
4.1. Vymezení a definice	34
4.2. Vztah zdraví a kvality života	35
4.2.1. Kvalita života v medicíně	35
4.2.2. Zdraví jako hodnota v kvalitě života	36
5. Pojetí zdraví v dějinách kultury	40
5.1. Zdraví a medicína	40
5.2. Magická, archaická, empirická a experimentální medicína.....	41
5.3. Pravěké kultury a způsoby léčení	43
5.4. Rozvoj lékařství na území prvních civilizací.....	45
5.4.1. Mezopotámie	45
5.4.2. Egypt.....	46
5.4.3. Starověká Čína a Indie	47
5.5. Zrod medicíny v antice	48
5.5.1. Antické Řecko.....	48
5.5.2. Antický Řím.....	51

5.6. Medicína v duchu středověké křesťanské tradice	52
5.7. Antická medicína v arabské tradici	54
5.8. Rozvoj medicíny na území středověké Prahy	55
5.9. Renesance medicíny	57
5.10. Renesanční medicína v českém kontextu	61
5.11. Obrat k vědeckému pojetí medicíny	63
5.12. Vznik prvních pražských nemocnic	66
5.13. Medicína jako přírodní věda	69
5.14. Institucionalizace moderní medicíny na území Prahy	72
5.15. Moderní medicína	75
5.16. Moderní medicína v kontextu rozvoje Prahy	77
5.17. Medicína v kontextu dějin kultury	81
6. Kritická analýza současné moderní medicíny	84
6.1. Proměny postavení lékaře v moderní medicíně	84
6.2. Zodpovědnost za vlastní zdraví	85
6.3. Medicínský průmysl	86
6.4. Medicína a rozvoj technologií	87
6.5. Zdraví a farmaceutický průmysl	87
6.6. Medicína a životní styl	88
6.7. Shrnutí kritických analýz	90
7. Závěr	92
8. Literatura	94
Citované odkazy z internetu	97
Zdroje obrazového materiálu	98

1. Úvod

Problematika zdraví je důležitou součástí našeho každodenního života. S výrazem zdraví se setkáváme na každém kroku v celé řadě souvislostí, od zdravé stravy či stylu až po zdravý rozum nebo zdravou společnost. Zdraví se jeví jako slovo se spoustou nahodilých významů. Tato práce je pokusem o kulturologickou studii na téma zdraví. Zdraví se ve společnosti přisuzuje vysoká hodnota. V užším smyslu je ústřední hodnotou v lékařství a medicíně, v širším smyslu se dotýká mnoha dalších oborů a oblastí lidského života. Zdraví není vyjádřením pouhé nepřítomnosti nemoci nebo zdravotního postižení. Zahrnuje v sobě celou řadu dalších aspektů psychologických, sociálních i filozofických. Pojem zdraví lze jen obtížně vymezit. Chybí jeho přesná definice. Vymezení pojmu zdraví by mělo obsahovat zhodnocení zdravotního stavu člověka, které by zahrnovalo kvantitativní i kvalitativní hlediska, a jež by pojalo také jeho fyzickou, psychickou, sociální a etickou dimenzi. Pojem zdraví je nepochybně jevem komplexní povahy s mnoha rozměry. Jeho vymezení a uchopení se může podařit jen interdisciplinárně. Aby byly výzkumy zdraví úspěšné, musí se odehrávat na mezioborové úrovni. V souvislosti s vymezením pojmu zdraví je nutné zmínit a blíže objasnit pojem kvality života. Také tento pojem lze vymezit jen obtížně. Je předmětem mnoha výzkumů.

Pochopit lépe, jak jsou zdraví a nemoc vnímány v současnosti, můžeme pomocí studia vývoje těchto pojmů v dějinách kultury. Pro zkoumání dějin našich představ o zdraví a nemoci je možné zvolit celou řadu přístupů. Mohla bych zkoumat představy preliterárních společností, stejně jako pojetí orientálních filozoficko-náboženských systémů Indie či Číny. Všude, v každém kulturním prostředí a v každé společnosti budou otázky zdraví, nemoci a postupu léčby ústředními tématy. Já jsem zvolila pohled z pozice nám vlastního evropského okruhu. V této práci předložím historický přehled vývoje medicíny, tedy oboru, jehož je zdraví důležitou hodnotou. Vazby mezi medicínou, filozofií a přírodními vědami jsou velice úzké a často se vzájemně ovlivňují. Vývoj medicíny ovlivnily vědecké objevy, stejnou měrou jako rozvoj měst, zámořské objevy, industrializace či války. Na pozadí dějin kultury se postupně utvářel obraz současné moderní medicíny.

Ačkoliv medicína pod vlivem přírodních věd dosáhla netušených úspěchů v léčbě nemocí, zdá se, že v moderní době sílí kritika její současné podoby. Dnešní zdravotnictví je především součástí trhu. Kdyby lidé nebyli nemocní, znamenalo by to pro medicínsko-

průmyslový komplex (Komárek, 2005) veliké problémy. Moderní medicína dosáhla takového vlivu na náš život, až jsme získali pocit, že zdraví je něco zcela nedosažitelného. Ke každému příznaku umí medicína vymyslet diagnózu. Vyrábění nemocí z problémů každodenního života se označuje jako medikalizace. Jediný, komu to prospívá, jsou výrobci léků. Snaží se nás společně přesvědčit, že to, co opravdu potřebujeme, jsou lékaři a prášky. Masivní vliv reklamy na produkty zdravotnického a farmakologického průmyslu nás provází na každém kroku.

Cílem této práce je definovat pojem zdraví jako kulturologické téma. V práci bych chtěla postihnout zdraví z interdisciplinárního hlediska. Soustředím se na analýzu dosavadních definic zdraví a tento pojem uvedu do souvislosti s pojmem kvalita života. Zpracuji vývoj pojetí zdraví a nemoci z pohledu dějin kultury. V závěru práce provedu analýzu postavení medicíny v současné společnosti s využitím některých dostupných teoretických konceptů.

Pojmu zdraví se týká obrovské množství literatury. Zvolené téma tak přineslo nutnost pečlivého výběru, abych obsáhla co největší šíři názorů a úhlů pohledu. Pro první část své práce jsem využila literaturu zabývající se různými dimenzemi pojmu zdraví a pro analýzu definice jsem využila zdroje a odkazy Světové zdravotnické organizace. Zdroji pro druhou část práce byly práce autorů, kteří historii medicíny nevnímají jen jako přehled vědeckých úspěchů, ale zaměřují se na dějinné a kulturní souvislosti, které vývoj medicíny ovlivnily. Pro třetí část práce jsem využila teoretické a kritické koncepty Zygmunta Baumana, Michela Foucaulta a Ivana Illicha. S jejich pomocí jsem se pokusila provést kritickou analýzu postavení medicíny v současné společnosti v širších souvislostech lidské kultury.

Motivací pro zvolení tématu zdraví samozřejmě byla v první řadě skutečnost, že je to něco, co se bezprostředně dotýká života každého člověka. Ať už je zdravý, či nikoliv, ať už jsou jeho nejbližší zdraví či nejsou. Před tématem zdraví se neschováme, je předmětem každodenních debat, hrne se na nás z médií a především je každý den předmětem našich úvah, přání či obav. V posledních letech právě tyto úvahy nabraly na intenzitě a nechaly mi na vlastní kůži ochutnat, že zdraví není něčím samozřejmým. Dostala jsem se tak do soukolí medicínského systému, i když jen v rovině diváka. Najednou z větší blízkosti, než bych si přála, jsem viděla všechna pozitiva i negativa moderní lékařské vědy. Viděla jsem nemocné čekající na vyšetření, hledala jsem (poměrně marně) nějakou psychologickou pomoc, pozorovala jsem, jak se moji nejbližší utápějí a rozpíjejí v pojmu pacient. Zároveň jsem ale viděla nekompromisní boj o jejich záchranu, o život, o jejich zdraví.

Můžeme mluvit o tom, že jsem pozorovala dvě strany téže mince (a samozřejmě se tímto úhlem pohledu zabývám i ve své práci), skutečnou druhou stranu mince jsem ale našla až v Indii. My, bohatí a zhýčkaní „západané“, naříkáme nad čekacími dobami na vyšetření, rozčilujeme se nad nemocniční stravou a jsme pobouřeni nedostatkem osobního přístupu. V Indii se na vyšetření nečeká, neboť není žádný přístroj, který by je provedl. Strava v nemocnicích špatná také není, neboť se tam žádná nepodává. A lékař tam toho s pacienty také moc nenamluví, protože většina pacientů se k lékaři nikdy nedostane.

Když jsem objížděla malé venkovské nemocnice a místní řádová sestra, suplující lékaře, porodníka i zdravotní sestru, mi s hrdostí ukazovala kovové postele, díky kterým už její pacienti neleží na podlaze, bylo mi stydno. Když jsem ve velkých městech překračovala miminka ležící vedle svých vyhublých matek na chodníku, polykala jsem slzy. Prý máme všichni na světě právo na lékařskou péči. Já si jen myslím, že si všichni na světě přejeme být zdraví. Ve své práci hledám, jak se vyvíjelo naše chápání pojmu zdraví, jak se vyvíjelo lékařství až k moderní medicíně a také upozorňuji na propastné rozdíly v přístupu k lékařské péči.



**Obr. 1 - nemocnice v oblasti
Karnataka, Indie (2010)**

Nekladu si za cíl vyřešit všechny problémy světa, či plně postihnout všechny aspekty zdraví a komplexní problematiku s ním spojenou. Považuji ovšem téma zdraví za výsostně kulturologické téma a skrze toto paradigma se jím chci zabývat. Pokusím se zde přinést úvod do problematiky a poskytnout třeba někomu dalšímu inspiraci, neboť má práce otevírá mnoho témat, a každé z nich by si jistě zasloužovalo další a hlubší rozvíjení.

2. Pojetí kulturologie

2.1. Kulturologie jako základní metodologický přístup

Cílem této diplomové práce je vymezit koncept zdraví jako předmět kulturologického studia. V souvislosti s cílem své práce předložím v této kapitole svou koncepci kulturologie a vymezím předmět jejího studia. Kulturologie je relativně nová formující se věda o kultuře. Její kořeny, které sahají do 18. a 19. století, bychom našli v dílech kulturních historiků. Ve druhé polovině 19. století se objevují nové zdroje kulturologického myšlení v pracích německých filozofů novokantovské školy, zejména H. Rickerta, v pracích některých sociologů, například P. Sorokina či T. Parsonse a v dílech představitelů antropologie (např. A. L. Kroebera, F. Boase, R. Benedictové, aj.). Ve druhé polovině 20. století předložil americký kulturní antropolog L. A. White nejvlivnější koncepci kulturologie jako samostatné vědní disciplíny. (Soukup, 2000) Současné pojetí kulturologie není jen oživením teorie kultury L. A. Whitea, kulturologie představuje především reakci na rostoucí potřebu integrace poznatků věd, které se zabývají studiem člověka, společnosti a kultury. V zahraničí je věda o kultuře zahrnuta pod zastřešující obor antropologie, nebo je označována názvem „*cultural studies*“.

V České republice se na počátku 90. let 20. století na katedře teorie kultury Filozofické fakulty Univerzity Karlovy zformovala Pražská kulturologická škola. (Soukup) Hlavním cílem české koncepce kulturologie byla rostoucí potřeba reakce na stále větší dezintegraci a diferenciaci vědeckého poznání, nezbytnost nastolení holistické perspektivy při studiu člověka v konkrétním kulturním kontextu a potřeba „nové syntézy“ poznatků přírodních a společenských věd.

Kulturologie se snaží překonat roztříštěnost poznatků jednotlivých speciálních věd zabývajících se studiem kultury z různých zorných úhlů a v různých rovinách abstrakce, svým přístupem se snaží odhalit vnitřní vztahy, které mezi dimenzemi kultury reálně existují. Charakteristickým rysem takto koncipované kulturologie je její generalizační funkce. (Soukup) Zatímco speciální vědy o člověku, společnosti a kultuře se zabývají studiem dílčích aspektů sociokulturní reality, kulturologie tímto svým pojetím umožňuje zabývat se komplexním výzkumem kultury. Z tohoto hlediska je hlavním úkolem kulturologie integrace poznatků, kterých bylo studiem kultury na různých strukturálních úrovních dosaženo. Na rozdíl od jednotlivých společenských věd, které studují kulturu izolovaně

a v různé rovině abstrakce, se kulturologie pokouší překonat úzkou specializaci a odhalit vnitřní vztahy, které mezi jednotlivými dimenzemi kultury reálně existují.

2.2. Kultura v pojetí Pražské kulturologické školy

Předmětem studia kulturologie, tak je rozvíjena na katedře teorie kultury v Praze, je kultura jako systém nadbiologických prostředků a mechanismů, prostřednictvím kterých se člověk adaptoval na vnější prostředí. Kultura je potom tedy definována jako systém artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí sdílených a předávaných členy určité společnosti. (Soukup, 2000) Kulturologie vychází z předpokladu, že kulturu lze zkoumat na třech základních strukturálních úrovních.

První z těchto úrovní studia kultury představuje generická kultura, kterou lze vnímat jako nejvýznamnější atribut, jehož prostřednictvím se rod *Homo* odlišuje od ostatních subhumánních bytostí. Tato rovina zahrnuje výzkum kultury v atributivním smyslu jako systému extrasomatických prostředků a mechanismů, které motivují, koordinují a realizují lidskou činnost na úrovni lidského rodu. (Soukup) Základním předmětem výzkumu na této úrovni studia kultury je stanovení hranic oddělujících specificky lidskou činnost od biologických forem života a odhalit vzájemnou podmíněnost sociokulturní a biologické dimenze.

Generická kultura se aktuálně projevuje v nesmírné varietě jednotlivých lokálních kultur, tedy v odlišném způsobu života různých skupin lidí. Studium kultur, subkultur a kontrakultur je druhou rovinou výzkumu kultury, výzkumu kultury v distributivním smyslu. Z tohoto hlediska kultury představují jedinečné konfigurace artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí sdílených a předávaných členy určité společnosti. Na této úrovni můžeme jednotlivé kultury studovat jako relativně autonomní adaptivní systémy, které se vyvíjejí pod stimulujičím, limitujičím a determinujičím vlivem ekologických, technologických, ekonomických a demografických faktorů. (Soukup, 2004)

Na třetí úrovni studia kulturních jevů je předmětem výzkumů jednotlivce studovaný jako tvůrce a produkt kultury. Předmětem studia kultury v rovině jednotlivce jsou mechanismy osvojování si kultury člověkem v procesu socializace a akulturace. (Soukup)

Zahrnujeme do těchto výzkumů také analýzy kultury jako determinanty lidského chování a prožívání.

Studium kultury na těchto třech úrovních má velice dlouhou tradici. Tyto výzkumy kulturních jevů však často probíhaly bez vzájemných souvislostí a z různých úhlů pohledu, pod vlivem přetrvávající izolace společenských a přírodních věd. Právě kulturologie nám nabízí možnosti nového integrálního přístupu ke studiu kulturních jevů, v tomto pojetí představuje vědní disciplínu, v jejímž rámci je možné integrovat konkrétní poznatky společenských a přírodních věd do obsáhlejších myšlenkových konceptů. Kulturologie nám v mnoha oblastech výzkumu kulturních jevů a procesů poskytuje kvalitativně nový syntetický pohled na sociokulturní realitu.

2.3. Zdraví v kulturologické perspektivě

Od ostatních druhů se člověk liší kulturou jako nebiologickým systémem prostředků a mechanismů, kterými se adaptoval na vnější prostředí. Na úrovni generické kultury se můžeme zabývat studiem podmínek a okolností odlišujících přístup jedinců lidského rodu ke zdraví od instinktivního přístupu ostatních zástupců živočišné říše. Zdravotní stav všech zástupců rodu *Homo* je determinován celou řadou biologických faktorů. To, zda jsme zdraví a nakolik je náš organismus schopný bránit se nemocem, souvisí s celou řadou biologických, chemických a fyzikálních faktorů. Zdravotní stav každého člověka je z velké části podmíněn geneticky, tj. je ovlivněný dědičnými faktory získanými po předcích, je závislý na anatomických a fyziologických předpokladech lidského organismu – na jeho celkové konstituci a vrozeném uspořádání organismu. Za specificky lidskou schopnost v této souvislosti považují snahu jedince i společnosti o udržení nejvyšší možné úrovně zdraví. V každé době i kultuře si lidé utvářeli vlastní pojetí podstaty zdraví a nemoci. Během svého vývoje si člověk vytvořil celou řadu postupů léčby i způsobů předcházení nemocí. Ve všech kulturách a epochách mají své místo specialisté na léčení, kteří své schopnosti a dovednosti neustále zdokonalovali a takto získané poznatky předávali další generaci.

Způsoby a mechanismy, jakými zástupci odlišných kultur ke zdraví přistupují, nabývají mnoho různých podob. Vymezení pojmu zdraví i jeho definice se v různých kulturách od sebe odlišují podle systému hodnot a chování, které jsou pro jednotlivé kultury charakteristické. Pojetí zdraví je tedy relevantním předmětem studia také na úrovni

jednotlivých kultur, subkultur a kontrakultur. Ve své práci předložím vybrané údaje ze statistik WHO, na kterých bych ráda ukázala, že demografické, ekonomické a sociokulturní ukazatele, které patří k důležitým determinantám zdraví, jsou vhodnými údaji také v kulturologické perspektivě. Podobně na grafech ze sborníku příspěvků z konference na téma „Kvalita života“ ilustruji rozdíly ve vnímání zdraví u jednotlivých sociálních skupin a subkultur. V kapitole věnované dějinám medicíny sleduji vývoj vnímání zdraví z hlediska dějin kultury. V části práce věnované kvalitě života na zdraví nazírám z pohledu psychologie. Celkově se ale tato práce snaží o syntézu poznatků ze všech zmíněných oborů.

Zdraví zaujímá vysoké místo na žebříčcích individuálních hodnot každého člověka. Péče o zdraví na úrovni každodenního života člověka je nedílnou součástí osobní zodpovědnosti a přístupu každého jednotlivce. Zdraví, jako subjektivně prožívaný stav, vychází z vlastní osobní zkušenosti jedince.

Zdraví je pojem, který v sobě zahrnuje celou řadu psychologických, sociálních i filozofických aspektů a prostřednictvím medicíny či například genetiky je současně předmětem výzkumu přírodních věd. Každý z těchto oborů zkoumá problematiku zdraví ze svého zorného úhlu a stanovuje si výzkumné cíle, které vymezují zdraví jako předmět studia jen ve své rovině pohledu. Právě zde se nabízí možnost pro kulturologické studium zdraví. Prostřednictvím kulturologie by bylo možné dosáhnout nové syntézy a integrace poznatků a teorií dosažených na úrovni jednotlivých vědeckých oborů.

3. Pojem zdraví

3.1. Vymezení pojmu

Zdraví se každému z nás na první pohled jeví jako zcela samozřejmý pojem. Výraz zdraví používáme mnohokrát za den v rozmanitých souvislostech. Stejně tak pojem zdraví můžeme zkoumat z mnoha hledisek, neboť se jedná o pojem komplexní povahy. S užíváním pojmu zdraví je spojena celá řada diskuzí, nejasností a různých výkladů. Jeho přesné a výstižné vymezení, ani definice, která by byla jednoznačně přijímána, neexistují. Proto se v úvodu této práce pokusím o vymezení tohoto pojmu, v souvislostech s definicemi a pojetím zdraví, tak jak je obvykle užíván v mezinárodně uznávaném kontextu. Zdraví je ústřední hodnotou a pojmem v medicíně, lékařství a celé řadě oblastí souvisejících se zdravotnictvím. Rovněž tak se v širším kontextu dotýká a zasahuje do celé řady dalších oborů, nemluvě o tom, že je nedílnou a nepřehlédnutelnou součástí našeho každodenního života. V této kapitole bych ráda ukázala hlediska, ve kterých je možné zdraví chápat a vymezovat. Také se budu podrobněji zabývat definicí tohoto pojmu a problémy, které nastávají při pokusech přesněji tento pojem vymezit.

V odborné literatuře byla vypracována celá řada koncepcí pojmu zdraví. V české odborné literatuře se vymezením pojmu zdraví podrobněji zabývají například Jan Payne, Bohumil Vašina či Jaro Křivohlavý. Do svých prací zahrnují výzkumy a teoretické poznatky řady zahraničních autorů a na jejich základě problematiku vymezení pojmu zdraví dále rozvíjejí.

Jan Payne na zdraví nahlíží nejen z pozice lékaře, ale zabývá se jím současně z pohledu filozofa. Ve svých pojednáních vychází z fenomenologie a zabývá se strukturou lidské vůle a hodnotami. Zdraví vymezuje ve smyslu normy či hodnoty a vztahuje tento pojem k dobru. Zdraví v jeho pojetí je uchopené jako zvláštní případ obecného pojmu dobra. (Payne, 2002)

Práce Bohumila Vašiny vychází z obsáhlého výzkumu zdraví ze začátku devadesátých let 20. století, který na univerzitě v Cambridgi uskutečnil M. Blaxter. Na základě výsledků tohoto výzkumu vymezuje B. Vašina osm základních hledisek pojetí zdraví. Jedná se o tato pojetí: 1) zdraví jako absence nemoci, 2) zdraví jako prožívaný stav oproti objektivnímu zdravotnímu stavu, 3) zdraví jako rezerva či záloha, 4) zdraví jako fyzická zdatnost (*fitness*),

5) zdraví jako energie a vitalita, 6) zdraví v podobě sociálních vazeb, 7) zdraví jako funkce ve smyslu schopnosti, 8) zdraví ve smyslu psychosociální pohody. (Vašina, 2009)

Podobně široký přehled podává i Jaro Křivohlavý, který vychází z práce D. Seedhouse. Teorie zabývající se zdravím rozdělují do několika skupin. První skupinou jsou teorie zdraví „*wellness*“. Zdraví je zde chápáno jako stav, kdy se člověk cítí dobře. Zdraví je v tomto směru vnímáno jako kladná a žádoucí hodnota. Toto pojetí úzce souvisí s nejčastěji používanou definicí zdraví WHO, kterou se budu podrobněji zabývat v následující kapitole. Druhou skupinou teorií jsou teorie zdraví „*fitness*“. Představují zdraví jako schopnost dobrého fungování (tj. *fitness*). To znamená být v dobré kondici a dobrého zdravotního stavu. Jako příklad definice, která tuto teorii nejlépe vystihuje, uvádí Křivohlavý v knize *Psychologie zdraví* definici Talcotta Parsonse: „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.*“ Třetí skupinou teorií jsou teorie zdraví jako zboží (*Health is commodity*). Zdraví je komoditou, kterou si lze doslova koupit, a to ve formě lékařského zákroku či třeba léku v lékárně. Poslední z teorií je pojetí zdraví jako určitého druhu síly. (Křivohlavý, 2009)

Všechny uvedené přístupy mají své přednosti i nedostatky, své zastánce i odpůrce. Teorie zdraví jako absence nemoci, jak ji ve své práci předkládá B. Vašina, patří k poměrně rozšířenému pojetí. Ovšem definovat zdraví jako absenci nemoci není komplexní a neodráží celou řadu aspektů. Je-li zdraví absencí nemoci, potom bychom se měli považovat za zdravé, dokud se u nás neobjeví příznaky nemoci. V tomto pojetí se neodráží život jedince v širším sociálním kontextu. Chybí pohled subjektivního nazírání na vlastní zdraví, které musí vycházet z vlastní zkušenosti jedince, z jeho očekávání a akceptování prostoru, který člověk v dané společnosti zaujímá. Také zmíněná definice Talcotta Parsonse má celou řadu kritiků. Parsons se zdravím zabýval zejména z pohledu fungování společnosti. Podle něho, příliš nízký stupeň zdraví a přítomnost nemoci, je z hlediska sociálního systému dysfunkční a je v zájmu systému, aby byla nemoc co nejvíce minimalizována. (Křečková Tůmová, 2003) Parsons ve svém pojetí vnímá nemoc jako určitou odchylku od normy. V jeho pojetí jsou málo akceptovány některé roviny jako například rozdílnost lidského chování nebo rozdíly v kulturních normách v přístupu k nemoci a ke zdraví. Tato hlediska mnohem lépe zahrnuje teorie označovaná pojmem *wellness*. Tento koncept se vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu. Takové chování zahrnuje zdravou výživu, zvládnutí stresu, kvalitu spánku a řadu dalších hledisek. Zhruba od počátku 80. let 20. století se v literatuře objevuje další hledisko pojetí zdraví. V tomto pojetí je zdraví chápáno jako jeden ze dvou pólů a současně

jako nedílná součást kontinua „zdraví – nemoc“ (*illness/wellness continuum*). (Kebza, 2005) Pojetí a vymezení zdraví tedy souvisí úzce s pojetím a vymezením nemoci jako vyjádřením změny zdravotního stavu. Jak upozorňují někteří autoři, kteří se touto problematikou zabývají, je důležitý přechod od kontroly nemocí k podpoře zdraví (*health promotion*). Myšlenky podpory zdraví rozvíjí zejména světová organizace WHO¹. Snaží se především podpořit vyšší aktivitu a vyšší odpovědnost každého člověka ke svému zdraví. Péče o vlastní zdraví by se měla stát součástí každodenního života člověka. Problémem v pojetí zdraví jako kontinua zdraví – nemoc je křehká hranice mezi nemocí a zdravím, kterou lze jen obtížně stanovit. Jak nemoc, tak zdraví jsou subjektivním pocitem a příznaky onemocnění můžeme vnímat velice individuálně. Je člověk, který se cítí být zdravý, přestože jeho tělo je napadeno chorobou, jejíž příznaky dosud nepocítil, zdravý nebo nemocný?

Vymezit, či dokonce přesně definovat, co je to zdraví, je složitý problém. Co je to zdraví, nemůžeme vyčíst ze zkušenosti s okolními jevy, není možné vymezit zdraví samo o sobě bez vztahu k dalším pojmům. Zdraví zaujímá vysoké místo na žebříčcích osobních hodnot každého člověka. Přesto ale záleží na vnímání hodnoty zdraví nebo nemoci konkrétním jedincem. Vymezení pojmu zdraví a jeho definice se liší podle kultur i podle systému hodnot a chování, které jsou charakteristické pro danou společenskou skupinu. Na tuto skutečnost ve své práci *Research Methods in Health* poukazuje Ann Bowlingová (2002), která uvádí, že řada kvalitativních i kvantitativních výzkumů, zaměřených na rozdíly ve vnímání zdraví a nemoci v různých kulturách, potvrzuje rozdílné pojetí zdraví v rámci těchto kultur.

Pojmem zdraví se zabývá celá řada autorů různých oborů. V odborné literatuře se můžeme setkat s mnoha hledisky a celou řadou vymezení tohoto pojmu. V této kapitole jsem se pokusila na několika autorech a jejich pracích ukázat, jak mnohé jsou úrovně a možnosti pojetí zdraví. Zdraví tradičně představuje v lidské společnosti jednu

¹ *World Health Organization*, tj. Světová zdravotnická organizace, je agentura Organizace spojených národů, konající jako koordinační autorita v mezinárodním veřejném zdraví, centrála Ženeva, Švýcarsko. V roce 1945 na Konferenci OSN o mezinárodní organizaci její účastníci jednohlasně schválili návrh Brazílie a Číny na vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace v rámci OSN. O rok později v roce 1946 v New Yorku podepsalo 61 států z celého světa včetně Československa (které vystupuje po rozdělení státu v r. 1993 jako samostatný členský stát) Zakládací smlouvu Světové zdravotnické organizace. Zakládací smlouva nabyла platnosti 7. dubna 1948, když 26 z 61 států, které jí podepsaly, ratifikovaly svůj podpis a uložili oficiální ratifikační listiny u generálního tajemníka OSN. Toto datum – 7. duben 1948 – je uznáváno jako datum vzniku Světové zdravotnické organizace. Od té doby se tento den na celém světě oslavuje jako Světový den zdraví. Od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Cílem činnosti organizace je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny. (WHO).

z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách a všech kulturách. Definovat uspokojivě tento pojem je vzhledem k tolika možným pojetím a vymezením velice obtížné, přesto bych se o to ráda v následující kapitole alespoň pokusila.

3.2. Definice

Existuje nepřehledné množství definic zdraví, ale žádná z nich není přijímána bez výhrad. V současnosti je nejčastěji citována, v souvislosti se zdravím, definice WHO z roku 1946, resp. 1948². Znění této definice v oficiálním překladu zní:

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“. (WHO, 2010)

Tato definice, ačkoliv pochází z roku 1948, dosud nikdy nebyla oficiálně změněna. Postupně však došlo k vypracování některých dodatečných doplňků charakterizujících zdraví. V roce 1977 na Světovém zdravotnickém shromáždění (*World Health Assembly*) byla navržena nová myšlenka celosvětově platných podmínek k dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví v průběhu lidského života. Tato vize byla představena pod názvem Zdraví pro všechny (*Health for All*). Definice zdraví tím byla rozšířena o další charakteristiku a to o zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví se tak posunulo z roviny cíle sama o sobě na úroveň prostředku, jenž napomáhá člověku k jeho harmonickému vývoji.

Během konference WHO, uspořádané v Ottawě v roce 1986 (WHO, 1986), vznikla tzv. Ottawská charta, která vymezuje podporu zdraví jako proces, umožňující lidem zlepšit své zdraví a zvýšit aktivitu a také odpovědnost za své zdraví.

„K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Zdraví je tedy nahlíženo jako zdroj každodenního života, a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti.“ (WHO, 1986)

² Definice byla přijata v Preambuli k Ústavě WHO na Mezinárodní konferenci ke zdraví, která se konala v New Yorku 19. – 22. 6. 1946. Uvedena v platnost byla oficiálně 7. 4. 1948. Z těchto důvodů je jako datum někdy uváděn rok 1946 a někdy 1948. (WHO, 2012).

Tento posun je velice významný, zcela jednoznačně totiž zdraví posouvá z roviny úkolu, který náleží státu a resortu zdravotnictví jednotlivých zemí, na úroveň každodenní součásti života člověka. Na konferenci v Adelaide v roce 1988 byla tato charta specifikována v *Doporučení k veřejné zdravotní politice* (Kučera, 2004) a spolu s tím došlo k i formulování priorit podpory zdraví. Podporou zdraví se dále zabývala podrobněji konference v Sundsvallu v roce 1991. V tzv. *Sundsvallském prohlášení o prostředí podporujícím zdraví* (Kučera, 2004) se účastníci shodli, že zodpovědnost za prostředí, které podporuje zdraví, musí být globální záležitostí. Prostředí podporující zdraví musí zahrnovat sociální, politickou a ekonomickou dimenzi spolu s aspektem na roli žen ve společnosti. V roce 2000 vznikla v této souvislosti tzv. Veronská iniciativa, která předkládá koncept investic do zdraví se zřetelem na ekonomické, sociální a humánní prostředí. Společnou charakteristikou všech těchto konferencí je, že výrazněji sílí důraz na širší vnímání kontextu zdraví. Zdraví tak není již jen exaktním medicínským pojmem, ale především sociální, psychologickou a kulturní veličinou.

3.3. Analýza definice WHO

Definice WHO je v současné době jednou z nejvíce akceptovaných definic zdraví. Lze ji označit jako relativně výstižnou formulaci, jejíž nespornou předností je stručnost a srozumitelnost. Interpretace této definice se ovšem velmi liší v závislosti na kontextu, ve kterém je použita a podle toho, kým je použita. Logicky tato variabilita vychází z faktu, že je třeba vždy brát v úvahu zdravotní stav jednotlivců, o nichž v konkrétním případě hovoříme a který je závislý na mnoha faktorech, individuálních očekáváních jedinců, jejich místě a postavení ve společnosti, na jejich subjektivním pocitu zdraví, rodinné situaci a mnoha dalších okolnostech. Zdraví je podmíněno celou řadou determinant souvisejících se způsobem života, životním prostředím, možností přístupu ke vzdělání, zdravotní péči apod. V neposlední řadě je třeba také zdůraznit kulturně rozrůzněný přístup k samotnému pocitu zdraví a nemoci. Z formulace této definice je patrná snaha jejich tvůrců vymezit zdraví jako jev, který je mezioborový a vyjadřuje bio–psycho–sociální model zdraví. Hodnocení zdraví na individuální úrovni, by mělo odrážet celkový zdravotní stav člověka (angl. *health status*), který vychází z kvantitativní i kvalitativní metodologie a vždy odráží tyto dimenze: fyzickou, psychickou, sociální, spirituální a etickou. (Křivohlavý, 2009) A právě zde se na adresu definice WHO snáší některé kritické hlasy ohledně opomenutí spirituální a etické dimenze. Spiritualita a etika obsahují duchovní rovinu zdraví a současně jeho zásady a mravní rozměry.

Tyto aspekty zdraví bývají velice často podceňovány a opomíjeny. Z moderního pojetí medicíny se pod vlivem tlaku přírodních věd postupně stále častěji vytrácejí.

Problematickou částí definice zdraví WHO je také nedostatečné vymezení pojmu *well-being*. Tento pojem je zakotven v definici jako zcela nepostradatelná charakteristika zdraví, která zahrnuje již zmíněné tři dimenze (bio–psycho–sociální). Anglický výraz *well-being* je používán v mnohem širším smyslu, než jak zní český oficiální překlad obsažený v definici „pohoda“, nicméně se v české terminologii tato forma překladu užívá poměrně často. Termín „pohoda“ (respektive ještě „životní pohoda“) používá ve své práci například J. Křivohlavý (2009). Můžeme se ale setkat i s dalšími formulacemi, například „pocit či prožitek osobní pohody“. Pojem *well-being* lze vymezit jako dlouhodobý emoční stav, který odráží spokojenost jedince s jeho životem. (Křivohlavý, 2009) V tomto smyslu pojem *well-being* úzce souvisí s pojmem kvalita života, kterému je věnována další kapitola této práce. Z pohledu medicíny je *well-being* propojen s komplexním pojetím životního stylu a mnoha jeho faktory (včetně faktorů rizikových).

3.4. Problematika nerovného přístupu ke zdraví

Podle dokumentů WHO i podle naprosté většiny ústav má každý člověk stejné právo na zdravý a dlouhý život, jako mají všichni ostatní členové společnosti. Problémem je, že ne všichni lidé disponují stejnými předpoklady uplatnění tohoto práva. Mezi lidmi existují nerovnosti obecně, a proto i ve vztahu ke zdraví nalézáme mnoho rozdílů. Některé z nich nelze vůbec nijak ovlivnit, např. věk či pohlaví, vedle toho ovšem existuje řada dalších nerovností, jež ovlivňují zdravotní stav, úroveň dostupné lékařské péče a celkové zdraví jednotlivce. Tyto rozdíly spočívají v životních podmínkách, které si jedinec sám nevybral a které nemůže nijak či jen velmi málo ovlivnit. Tyto nerovnosti lze označit za nespravedlivé a měly by být v duchu myšlenek dokumentů WHO odstraněny. Takovou závažnou nespravedlností je samozřejmě především rozdělení společnosti podle výše příjmů. Jak je všeobecně známo, chudoba je jedním z nejvýznamnějších zdravotních rizikových faktorů. Pokud ale nemůžeme tuto finanční polarizaci světa změnit, znamená



Obr. 2 - Bombaj, Indie (2010)

to, že ji máme akceptovat? Že nemožnost nápravy činí tyto nerovnosti správnými a vlastně spravedlivými? Takové otázky přesahují rozměr zdraví z pohledu medicíny a kladou před nás dilemata především psychologická a etická. Odpovědět na tyto otázky přesahuje možnosti této práce a obávám se, že jejich vyřešení přesahuje i možnosti současného světa. Z tohoto pohledu se jeví dokumenty a programy WHO i dalších organizací jen jako iluzorní.

3.5. Nerovnosti v přístupu ke zdraví

Celkový zdravotní stav lidstva se spíše zhoršuje (viz Afrika, Indie...) a zároveň se prohlubují rozdíly mezi bohatými a chudými zeměmi. Průměrná délka života a nemocnost obyvatel vyspělých zemí se sice zlepšují, ale jen za cenu obrovského růstu nákladů na poskytovanou zdravotní péči. Tento růst ceny poskytované péče způsobuje velké problémy v jejím financování. Nejen obyvatelé zemí třetího světa, ale i obyvatelé vyspělých zemí, kteří nedosahují dostatečných příjmů, na tuto nákladnou péči stále častěji nedosáhnou.

Zájem odborné veřejnosti o tuto problematiku způsobilo zveřejnění tzv. černé zprávy (*The Black Report*), kterou vypracoval sir Douglas Black se svým týmem. Hlavními výstupy této zprávy byl souhrn dosavadních poznatků o podstatě nerovností, které shromáždil jeho tým, a jím vytvořené plány dalšího možného postupu ve zdravotní politice. Na tuto zprávu navázaly další dokumenty zabývající se stavem poznání v této oblasti, například *Achesonova zpráva*³.

Na tyto zprávy pak konkrétním způsobem zareagovali odborníci během Mezinárodní konference v Kodani v roce 2000 přijetím tzv. Kodaňské deklarace o snižování nerovnosti ve zdraví. (WHO) Tato deklarace vyzývá všechny státy, aby realizovaly konkrétní opatření, která by podpořila snižování nerovností v přístupu ke zdraví. Deklarace je samozřejmě spíše pouhou žádostí, nicméně je třeba si uvědomit, že fenomén globalizace, který proniká do všech oblastí lidského života, proniká i do oblasti zdraví. Většina problémů, s nimiž se setkáváme v oblasti zdraví, má globální charakter, dotýká se všech obyvatel napříč kontinenty.

³ v originále *Acheson Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health*, z roku 1998. (WHO, <http://www.who.int>, 2012).

3.6. Pohled na zdravotní péči z kulturologické perspektivy

Do této kapitoly jsem se rozhodla zařadit některé z konkrétních údajů WHO, které byly publikovány v knize *World Health Statistics 2011* (WHO, 2012). Údaje zveřejněné v této zprávě obsahují soubory údajů, které se týkají zdraví ve 193 členských státech, jež zahrnují informace z oblasti zdraví a dostupnosti lékařské péče. Obsahem knihy je řada tabulek předkládajících nepřehledné množství údajů. Pro potřeby své práce jsem vybrala ze všech skupin států některé zástupce a z údajů některé dílčí údaje, které budou nejlépe ilustrovat má pozorování.

3.6.1. Charakteristika vybraných států

Státy, které jsem vybrala do těchto tabulek, zastupují jednotlivé regiony a mou snahou bylo vybrat státy zajímavé z kulturní, politické, sociální či historické perspektivy. Státy jsem členila do tabulek podle geografické polohy v rámci světadílů.

Jako kandidáty Afriky jsem vybrala Egypt, JAR a Sierru Leone. Tito tři zástupci charakterizují zcela odlišné typy států. Egypt patří mezi nejlidnatější země Afriky. Kromě ropy a zemědělství je velká část jeho příjmů tvořena příjmy z turistického ruchu. Ačkoliv je zemí muslimskou, jeho každodenní život je výrazně ovlivněn západním stylem života, který do země vnáší turisté. Oproti tomu Sierra Leone patří mezi velice chudé státy, které se dlouhodobě potýkají se složitou vnitropolitickou situací, kdy řada krvavých převratů má za následek špatný stav celé společnosti. Jihoafrická republika patřila až do pádu apartheidu mezi jednu z nejvyspělejších a stabilních afrických zemí. Po zrušení apartheidu, v důsledku masivního odchodu bělochů ze země, v zemi prudce stoupla nezaměstnanost a kriminalita. Jedná se tedy paradoxně také o vliv západní kultury, ovšem v opačném směru než ve výše zmiňovaném Egyptě.

USA jako zástupce Severní Ameriky představuje největší světovou velmoc, která svým vlivem zasahuje do života celého světa, ať již politicky, ekonomicky, vojensky a nebo vývozem svého životního stylu. Jsou vlajkovou lodí západního vyspělého světa, nicméně zároveň si nesou i největší problémy, kterými je bohatý sever sužován, problematický multikulturalismus způsobený jak chaotickou legální i nelegální imigrací, tak problémy v ghettech žijících si svým vlastním životem již po celé generace. Problémy dále stupňují

rozvírající se sociální nůžky, neboť majetková nerovnováha logicky ovlivňuje i přístup k lékařské péči. USA jsou významným členem řady mezinárodních organizací. Největším problémem této země se v posledních letech ukázal být problém vysokého státního a veřejného dluhu, který se odrazil jako jeden z hlavních faktorů na vzniku současné krize. Mexiko je zástupcem zemí střední Ameriky se značným přírodním bohatstvím a rozvíjejícím se průmyslem. Přesto se tato země potýká s celou řadou problémů počínaje politickými, potížemi s kriminalitou a problematický je také přístup země k části obyvatel reprezentované potomky původních indiánů, především Aztéků, Mayů a Zapoteců. I na území dalších dvou zástupců z Jihoamerického kontinentu, Brazílie a Venezuely, žije početně výrazná skupina původních obyvatel. Tito obyvatelé původních indiánských kultur žijí původním způsobem života, v převážné většině v těžko přístupných oblastech. Brazílie je největším a nejlidnatějším státem Jižní Ameriky s šestou největší ekonomikou na světě, zatímco Venezuela naopak zastupuje státy ekonomicky i politicky problematické.

Asie představuje nesmírně veliké území s velice rozmanitými geografickými podmínkami. Nachází se zde řada států nejrůznějšího náboženského i politického členění. Afghánistán je zemí se složitou politickou situací. Vládla zde marxistická vláda a část území byla v letech 1979 – 1989 okupována sovětskou armádou, po jejím odchodu propukla občanská válka a v roce 1996 se k moci se dostalo extremistické islamistické hnutí Tálibán. Ten byl svržen po teroristických útocích 11. září 2001 vojenskou intervencí USA. Afghánistán je nesmírně chudá země zcela závislá na zemědělství. Naneštěstí velká část zemědělské produkce je opium (Afghánistán je největší výrobce heroinu na světě), které v oblasti zvedá kriminalitu, navíc zabírá cennou úrodnou půdu. Většina afghánského obyvatelstva se potýká s trvalým nedostatkem potravin i lékařské péče. Obyvatelstvo se skládá z mnoha etnických skupin. Složitou problematiku představují práva a postavení žen ve společnosti. Situaci se snaží zlepšit řada mezinárodních organizací, ale viditelnějších výsledků dosahují jen ve velkých městech. Také Bangladéš patří mezi velice chudé země s historií několika ničivých hladomorů s miliony mrtvých. Tato rozvojová země se řadí mezi nejlidnatější země světa. Je často postihována tajfuny a povodněmi ničivého rozsahu. Tato země je odkázána na mezinárodní potravinovou pomoc a finanční podporu OSN. Další dva státy, Čína a Indie, představují země se zcela rozličnými přírodními a kulturními podmínkami. Čína je nejlidnatějším státem světa s rychle rostoucí ekonomikou a prudkým hospodářským růstem, zároveň ale s problematickým politickým režimem, potlačujícím lidská práva. Růst populace obyvatelstva je jedním z problémů, kterým tato země čelí. Druhou nejlidnatější zemí světa je Indie. K současným problémům Indie patří chudoba

a historicky a kulturně zakořeněný kastovní systém. Do budoucna může být problémem i velká náboženská a etnická pestrost obyvatel. Složitou situaci Iráku značně ovlivnily dvě války, iránsko – irácká a Válka v zálivu. Velkým problémem, se kterým se tato země potýká, je právě zdravotnictví a postavení žen ve společnosti (diskriminace a domácí násilí). Irák je potenciálně nesmírně bohatou zemí, disponující zásobami ropy, která ale neproměňuje svůj potenciál. Pravým opakem Iráku je Izrael jako představitel jediného židovského státu na světě, který patří k nejvíce ekonomicky a průmyslově nejrozvinutějším státům jihovýchodní Asie. Na rozdíl od Iráku nemá tak bohaté zdroje ani dlouhou historickou tradici, nicméně v kvalitě života region dalece předbíhá. Bylo by jistě zajímavé podrobit tento fakt hlubší kulturologické analýze, v rámci této práce mohu poukázat alespoň na rozdíly v přístupu ke zdraví a ke zdravotní péči. Dalším jedinečným zástupcem Asie jsou Spojené arabské Emiráty s vysokou úrovní zdravotnictví, které je navíc poskytováno zcela bezplatně, což si vzhledem k příjmům pramenícím z obchodu s ropou a zemním plynem může tento stát dovolit. Ekonomicky se totiž jedná o stát patřící spíše k bohatému severu, kulturně a politicky se ale jedná o chudý jih. Zajímavé je rozložení obyvatelstva. Drtivá většina obyvatel této země žije ve dvou největších městech Dubaji a Abú Dhábí a většina vnitrozemí je liduprázdná. Také je nutné zmínit, že občané SAE tvoří jen zhruba 1/5 obyvatelstva, zbytek tvoří přistěhovalci z okolních zemí. Posledním zástupcem Asie je Japonsko, velice bohatý ostrovní stát představující asijskou ekonomickou a průmyslovou velmoc, zároveň ovšem bojující s malým prostorem a velkou lidnatostí. Navíc se jedná o stát, který sice dnes patří mezi nejbohatší státy světa, v padesátých letech ale byl naopak mezi nejchudšími, průmyslově a ekonomicky tedy urazil dlouhou cestu v poměrně krátkém čase. Dalším specifikem Japonska je vysoká míra tradicionalismu promítající se do každodenního života všech obyvatel.

Mezi zástupce Evropy jsem samozřejmě na prvním místě zařadila Českou republiku a Slovenskou republiku, jako příklady nám nejbližší, navíc lze sledovat, jak se proměňovala situace v obou zemích po rozpadu společné republiky. K těmto dvěma zástupcům menších zemí ve středu Evropy jsem zařadila ještě Rakousko jako sousední stát s podobnými územními, historickými i kulturními podmínkami, který však v minulosti nepatřil k zemím pod nadvládou komunistické strany. Švýcarsko, jeden z nejbohatších států Evropy, je jedinou větší zemí střední Evropy, jejíž občané odmítli vstup do EU. Velkým geopolitickým zástupcem Evropy je v mém výběru Francie, země nesporně bohatá, ovšem zmítající se v problémech. I vzhledem k celosvětové ekonomické krizi vyniká, že přebujelý sociální stát udržovaný v chodu velkorysými dotacemi není v současné chvíli dlouhodobě udržitelný.

Zároveň Francie řeší krizi značně ovlivněnou složitou multikulturní situací, způsobenou velkým přílivem imigrantů z méně rozvinutých zemí. Posledními dvěma zástupci jsou Rusko a Bělorusko. Rusko se po krizi způsobené rozpadem SSSR postupně zařazuje zpět mezi ekonomicky silné státy. Bělorusko získalo svou nezávislost na SSSR v roce 1991. V současnosti je poslední diktaturou Evropy a čelí oprávněné kritice západních zemí za nedemokratické přístupy a potlačování opozice. V důsledku toho roste jeho izolace, která se projevuje jak v politické, tak v hospodářské oblasti.

3.6.2. Charakteristika jednotlivých ukazatelů

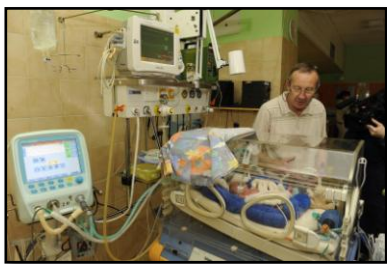
Z materiálů WHO jsem k jednotlivým státům přiřadila údaje z oblasti zdravotní péče. Pro lepší přehlednost jsem sestavila tři tabulky. Tabulka č. 1 zahrnuje demografické a socioekonomické ukazatele, které jsou hlavními determinantami zdraví. K údajům o celkové populaci a výdajích na zdravotnictví jsem záměrně přidala údaj vyjadřující množství obyvatelstva žijícího v chudobě, který odráží tu skupinu obyvatelstva, jejíž zdravotní stav a přístup k lékařské péči je nejproblematictější. Údaje o populaci a počtu obyvatel žijících za méně než 1 USD/ 1 den jsou odvozeny z různých národních a mezinárodních zdrojů, mezi které patří Světová banka, UNESCO, UNICEF apod. Odhady jsou pak zpracovány na základě kombinace úředních záznamů, výsledků sčítání obyvatelstva a registračních údajů o obyvatelstvu. Výsledkem jsou statistické údaje, které WHO uvádí v publikaci, z níž jsem tyto údaje čerpala. Nejkompletnější a nejkonzistentnější údaje o výdajích na zdravotnictví získává WHO z národních zdravotních účtů (NHAs), kde jsou shromažďovány mezinárodní informace o výdajích.



Obr. 3 - nemocnice Honavar, Indie
(2010)

Tabulka č. 2 obsahuje údaje o pracovnících ve zdravotnictví a infrastruktuře, spolu s údaji vyjadřujícími zdravotnické pokrytí. Odhady o počtu a hustotě pracovníků ve zdravotnictví se týkají aktivní pracovní síly. Jsou odvozené z více zdrojů, což těmto údajům zaručuje větší přesnost v rozsahu a kvalitě dat. Na základě těchto údajů můžeme získat představu o zdrojích dostupných v systému zdravotní péče a můžeme sledovat, jak se vládám daří naplnit potřeby týkající se zdraví jejich obyvatel. Údaj o hustotě nemocničních lůžek lze použít k vyjádření

dostupnosti nemocniční péče. Údaje čerpá WHO z běžně dostupných úředních záznamů jednotlivých zemí. Další ukazatele, zahrnující přístup k prenatální péči, očkování vakcínou



Obr. 4 - inkubátor ve FN Brno, ČR (2012)

DTP3 (záškrť, černý kašel, tetanus) u ročních dětí, či ke kvalifikovanému personálu např. u porodu, odrážejí, do jaké míry lidé v nouzi skutečně dostávají potřebnou zdravotní pomoc. Tyto údaje jsou obvykle vypočítány vydělením počtu osob v populaci, které měly na zákrok nárok, počtem osob, které zákrok podstoupily.

Hlavními zdroji dat jsou průzkumy domácností a dotazníky. Hlavními typy průzkumu jsou *Indicator Clustery Survey (MICS)* a demografické a zdravotnické průzkumy (DHS). Dalším zdrojem jsou potom administrativní záznamy o poskytnuté péči. Je třeba mít na paměti, že všechny tyto údaje nejsou zdaleka přesné, zvláště pak v zemích třetího světa nebo v zemích, které zkreslují a upravují informace z politických důvodů.

Tabulka č. 3 představuje ukazatele zahrnující celkovou předpokládanou délku dožití při narození, novorozeneckou a dětskou úmrtnost. Zejména údaje o dětské úmrtnosti vypovídají mnohé o skutečném stavu a úrovni veřejného zdravotnictví. Například vysoká novorozenecká úmrtnost, jak ji můžeme pozorovat v datech ze zemí s nízkými příjmy, bývá často podceňovaný údaj. Přitom právě tento údaj vypovídá mnohé o přístupu ženy a dítěte k náležité lékařské péči. Odhady zde prezentované vykazují WHO na základě registrací o úmrtí z národních záznamů. Problematické je získání přesných dat ze zemí, kde nejsou tyto údaje oficiálně k dispozici.



Obr. 5 - Mangalore, Indie (2010)

Nyní bych zde ráda prezentovala avizované tabulky, abych se pak mohla přesněji věnovat analýze těchto údajů. Jedná se samozřejmě nikoliv o medicínský pohled, ale o úhel pohledu z kulturologické, humanitní perspektivy.

	Populace – celkem (v tisících)	Obyvatelstvo žijící za méně než \$ 1 denně (v %)	Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP	
	2009	2000 - 2008	2000	2008
AFRIKA				
Egypt	82 999	<2	5,4	4,8
Jihoafrická republika	50 110	26,2	8,5	8,2
Sierra Leone	5 696	53,4	14,6	13,1
SEVERNÍ A JIŽNÍ AMERIKA				
Brazílie	193 734	5,2	7,2	8,4
Mexiko	109 610	4	5,1	5,9
USA	314 659	...	13,4	15,2
Venezuela	28 583	3,5	5,7	5,4
ASIE				
Afghánistán	28 000	...	6,2	7,4
Bangladéš	162 221	49,6	2,8	3,3
Čína	1 353 311	15,9	4,6	4,3
Indie	1 198 003	41,6	4,6	4,2
Irák	30 747	...	1,4	3,3
Izrael	7 170	...	7,3	7,6
Japonsko	127 156	...	7,7	8,3
Spoj. arabské Emiráty	4 599	...	3,2	2,5
EVROPA				
Bělorusko	9 634	2	6,4	5,6
Česká republika	10 369	...	6,5	7,1
Francie	62 343	...	10,1	11,2
Rakousko	8 364	...	9,9	10,5
Rusko	140 874	2	5,4	4,8
Slovensko	5 406	...	6,6	8
Švýcarsko	7 568	...	10,2	10,7
AUSTRÁLIE A OCEÁNIE				
Austrálie	21 293	...	8	8,5
Papua – Nová Guinea	6 732	...	4	3,2

Tabulka 1

	Lékaři na 10tis. obyv.	Sestry na 10tis. obyv.	Nem. lůžka na 10tis. obyv.	Přístup k prenatální péči v % (min. 1 návštěva)	Počet porodů se zdravotníkem v %	Proočkovanost DTP3 u ročních dětí v %		
	2000 - 2010	2000 - 2010	2000 - 2009	2000 - 2010	2000 - 2010	1990	2000	2009
AFRIKA								
Egypt	28,3	35,2	17	74	79	87	98	97
Jihoafrická republika	7,7	40,8	28	92	91	72	73	69
Sierra Leone	0,2	1,7	4	87	42	...	44	75
SEVERNÍ A JIŽNÍ AMERIKA								
Brazílie	17,2	65	24	97	98	66	98	99
Mexiko	28,9	39,8	16	98	94	53	97	89
USA	26,7	98,2	31	...	99	90	94	95
Venezuela	19,4	11,3	13	94	95	63	77	83
ASIE								
Afghánistán	2,1	5	4	36	14	25	31	83
Bangladéš	3	2,7	4	52	18	69	81	94
Čína	14,2	13,8	41	92	96	97	85	97
Indie	6	13	9	75	47	70	60	66
Irák	6,9	13,8	13	84	80	83	78	65
Izrael	36,3	61,5	58	93	96	93
Japonsko	20,6	41,4	138	...	100	90	85	98
Spojené arabské Emiráty	19,3	40,9	19	100	100	85	94	92
EVROPA								
Bělorusko	48,7	125,6	112	99	100	...	99	96
Česká republika	36,3	85,5	72	...	100	...	98	99
Francie	35	89,4	71	100	...	94	97	99
Rakousko	47,5	78,4	77	90	81	83
Rusko	43,1	85,2	97	...	100	...	96	98
Slovensko	30	65,8	66	97	100	...	99	99
Švýcarsko	40,7	159,6	53	...	100	90	88	95
AUSTRÁLIE A OCEÁNIE								
Austrálie	29,9	95,9	38	98	99	95	90	92
Papua – Nová Guinea	0,5	5,1	...	79	53	68	59	64

Tabulka 2

	Předpokládaná délka dožití u narozených dětí			Novorozenecká úmrtnost na 1000 živě narozených			Úmrtnost do pěti let věku (pravděpodobnost úmrtí ve věku 5-ti let na 1000 živě narozených)		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
AFRIKA									
Egypt	62	68	71	33	21	11	89	47	21
Jihoafrická republika	63	56	54	19	22	19	62	77	62
Sierra Leone	40	41	49	59	56	49	285	250	192
SEVERNÍ A JIŽNÍ AMERIKA									
Brazílie	67	70	73	27	19	12	56	34	21
Mexiko	71	74	76	16	11	7	45	26	17
USA	75	77	79	6	5	4	11	9	8
Venezuela	72	74	75	16	12	10	32	23	17
ASIE									
Afghánistán	44	46	48	60	56	53	250	229	199
Bangladéš	54	61	65	58	43	30	148	90	52
Čína	68	71	74	23	19	11	46	36	19
Indie	57	61	65	49	43	34	118	93	66
Irák	67	68	66	26	24	23	53	48	44
Izrael	77	79	82	6	4	3	12	7	5
Japonsko	79	81	83	3	2	1	6	5	3
Spojené arabské Emiráty	73	77	78	10	6	4	17	11	7
EVROPA									
Bělorusko	71	69	70	9	7	5	24	17	12
Česká republika	71	75	77	8	3	2	12	5	4
Francie	77	79	81	4	3	2	9	5	4
Rakousko	76	78	80	4	3	3	10	6	5
Rusko	69	65	68	12	11	6	27	24	12
Slovensko	71	73	75	8	5	3	14	10	7
Švýcarsko	77	80	82	4	4	3	9	6	4
AUSTRÁLIE A OCEÁNIE									
Austrálie	77	80	82	5	3	3	9	6	5
Papua – Nová Guinea	58	61	63	31	28	26	91	77	68

Tabulka 3

3.6.3. Pohled na vybrané zdravotní údaje v kulturologické perspektivě

Výše předložené údaje jsou jen malou sondou do situace zdravotní péče ve světě. Můžeme samozřejmě vést diskuzi o relevantnosti předkládaných dat a to jak v rovině samotných údajů, získaných WHO, tak o vhodnosti mnou vybraných států a jednotlivých ukazatelů. Uvědomuji si, že se zde pouštím do analýzy nesmírně obsáhlých dat, která navíc považuji spíše za odrazový můstek k dalšímu bádání než za hotovou práci. Jsem nicméně přesvědčena, že právě tyto údaje WHO jsou ideálním materiálem pro další zkoumání ze strany kulturologie. Nalézt korelace mezi bohatstvím států, investicemi do zdravotnictví, historickou, politickou, společenskou a kulturní situací jednotlivých zemí a porovnávat výsledky v podobě zdravotní péče a kvality života je výzvou a zároveň možností hlouběji porozumět tématu zdraví v celé jeho plnosti.

K problematice serióznosti získaných dat bych ráda uvedla, že jsou to nejlepší data, která máme k dispozici. Můžeme pochopitelně zpochybňovat metodu jejich získání, i samotná čísla si leckdy přímo odporují (má-li Papua - Nová Guinea 0,5 lékaře na 10 000 obyvatel, těžko může 79% žen navštívit prenatální poradnu a 53% žen родit s kvalifikovaným zdravotníkem). Stejně tak z čísel často jasně vyplývá, že do statistik nebyli zahrnuti původní obyvatelé, žijící nadále kmenovým způsobem života, nebo obyvatelé slumů a chudinských sídlišť (např. v Brazílii a Indii, ale i na Slovensku), či můžeme zpochybnit, jsou-li v úvahu bráni ilegální imigranti (v případě USA nebo třeba Francie). Stejně



Obr. 6 - slum v Bombaji, Indie (2010)

tak zůstává otázkou, jsou-li do zdravotnického personálu započítáváni i pracovníci humanitárních organizací typu Lékařů bez hranic (Sierra Leone, Bangladéš) a vojenských nemocnic (Afghánistán, Irák). V případě Afghánistánu je například těžké vyhodnotit, zda se situace v zemi skutečně lepší, nebo zda je zlepšení pouze zdánlivé a po odchodu spojeneckých vojsk se situace propadne zpět k neutěšenému stavu před vojenskou intervencí.

V tabulce č. 1 jsem se zaměřila na celkovou ekonomickou charakteristiku zdravotnictví v jednotlivých zemích. Údaje považuji z hlediska další analýzy za relevantní,

neb se posléze dá sledovat efektivita investovaných peněz na základě výsledků péče (délka dožití, počet lékařů nebo novorozenecká úmrtnost). Samozřejmě nic není jednoduché, takže ačkoliv ze sledovaných zemí dává druhý největší podíl HDP do zdravotnictví Sierra Leone, úroveň poskytované péče je tristní. Jde totiž i o to, že HDP v Sierra Leone je tak nízký, že i kdyby jej dala na zdravotnictví celý, nepokrylo by to potřeby jejích obyvatel. Nejvyšší procento HDP na zdravotnictví odesílají USA. Přesto jsou právě USA vzorovou ukázkou kritických a hlubokých problémů v samotném zdravotnickém systému. Nabízejí sice nejlepší péči na světě, zároveň ale neúměrně zatíženou obrovskými náklady na tuto péči. Ty jsou způsobeny přehnanými nároky bohatých klientů, náparem nejchudších obyvatel a ilegálních imigrantů, ale také neefektivním systémem zdravotního pojištění. Další velkou finanční zátěží je extrémně drahý výzkum nových medicínských metod a léků, který dále prodražuje a zpomaluje celý systém. Tyto problémy trápí celý západní svět, ale USA jako světová velmoc pochopitelně nesou i největší díl vzniklých problémů. Bližším příkladem nám mohou být vyšší investice do zdravotnictví na Slovensku, avšak lepší výsledky v České republice. Je tedy zřejmé, že se nejedná pouze o investované peníze, ale také o kulturní a geopolitický kontext, ve kterém je zdravotní péče budována a poskytována. Celkově ale můžeme konstatovat, že u vyspělých států investice do zdravotnictví spíše stoupají, zatímco u chudých států se procento HDP investované do zdravotnictví spíše snižuje. Ačkoliv si uvědomuji, že se pohybuji na hraně spekulací, může se jednat o kulturně podmíněný fakt, že pro západ je investice do zdraví považována za dlouhodobě výhodnou a zdraví je vysoko na žebříčku hodnot, zatímco u chudších států je spíše zájem přežít další den. Bohaté západní státy jsou ovlivněny tradicí, kdy představa smrti je pro nás těžko akceptovatelná i například v devadesátí letech, a raději své poslední roky trávíme v bolestech a za pomoci léků, operací a přístrojů. Smrt dítěte při porodu je pak v naší kultuře něco, co si zaslouhuje pozornost médií. Oproti tomu ve většině světa je dětská úmrtnost něco pravděpodobného, s čím se automaticky předem počítá a důležité je přežít tak dlouho, aby člověk zaopatřil a vyslal do světa další generaci, nikoliv uměle prodlužovat svůj život doslova za každou cenu.

V tabulce č. 2 se zaměřuji na dostupnost péče v jednotlivých zemích. Zatímco počty zdravotnického personálu a nemocničních lůžek považuji za víceméně realistická, údaje o proočkovanosti dětí a přístupu k péči v těhotenství jsou diskutabilní. I tak nám ale mohou poskytnout zajímavé informace. Z pozice oboru zabývajícího se kulturní antropologií se nelze nepozastavit nad výsledky údajů zemí jako je Brazílie či Venezuela. Ukazatele o přístupu k prenatální péči, proočkovanosti dětí či procentu porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem se pohybují okolo 95% v průměru. Tato čísla nelze než označit

za velice zkreslená a nepřesná, neboť na území obou států se nacházejí pravděpodobně velmi početné populace původního indiánského obyvatelstva, které žijí původním způsobem života, živí se sběrem a lovem a žijí stranou civilizace. To, že do těchto tabulek nejsou zahrnuti, upozorňuje na dvě strany téže mince, pro většinovou společnost v těchto zemích (tedy pro potomky kolonistů a ty původní obyvatele, kteří se jim byli ochotni a schopni přizpůsobit) není zdravotní péče o původní obyvatele prioritní, naopak je zcela na okraji zájmu. Zároveň ale pravděpodobně příslušníci těchto kmenů ani nestojí o implementaci západní medicíny do svého způsobu života a nelze, než tuto volbu respektovat. Otázkou pak zůstává, jestli jejich nezmínění v tabulkách WHO není v pořádku, neboť WHO sleduje pouze poskytování medicínské péče tak, jak jí chápeme v kontextu západní kultury.

Stejně tak je trochu zavádějícím pojmem „nemocniční lůžko“. Na základě vlastní zkušenosti vím, jaká je situace například v Indii. I městské nemocnice jsou pro cestovatele



Obr. 7 - nemocnice Shimoga, Indie (2010)

ze západu dosti otřesný zážitek, ale to, co jsem měla možnost vidět ve vesnicích, bych rozhodně nemocničním lůžkem nenazvala. Přesto deka, stará kovová postel a řádová sestra, kterou těžko považovat za kvalifikovaného zdravotníka, jsou pro chudé komunity v centrální Indii skutečným

požehnáním. Bylo by zajímavé provést srovnání nejen počtu lůžek a lékařů, ale také jejich kvality, a zároveň přínos, který mají pro komunitu, ve které působí, i to, jak jsou vnímáni svými pacienty. Takový průzkum není pochopitelně v možnostech WHO ani v jeho zájmu, ale opět se zde otevírá zajímavé téma pro antropologickou studii. Vráťm-li se ještě jednou k neúplnosti statistik, možná, že vynechání původních obyvatel v Jižní Americe či Austrálii je obhájitelné, nicméně právě v Indii jsem



Obr. 8 - FN Motol, Praha, ČR (2012)

se dostala do těsné blízkosti městských slumů a nejchudších obyvatel přicházejících do měst

z vesnic v alarmujícím množství. Při vzpomínce na žebračky ležící na chodníku a chodce překračující nemluvnata, která ležela vedle nich, mi informace o 97% naočkovaných dětech připadá absurdní a především neetická. Otázkou je, do jaké míry WHO pouze přijímá údaje z národních databází.

V porovnání s tím je klesající proočkovanost například v Rakousku varující. Z luxusu, který máme v podobě automatické lékařské péče, přístupu k jakékoliv vakcíně a možnosti se léčit v případě, že vakcínu odmítneme, vznikají módní alternativní trendy odmítání očkování. Obohacení západní medicíny o alternativní směry, které jsou primárně spíše přínosné a určitě inspirativní, přerostla v řadě případů do pozice nezodpovědnosti k vlastnímu zdraví i zdraví lidí kolem. Byla-li před několika lety například tuberkulóza v západním světě takřka vymýcena, nedostatečným očkováním se dnes vrací jako bumerang v podobě mnohem silnějších a rezistentnějších kmenů. I tak si ale obyvatel západního vyspělého světa může dovolit očkování odmítnout, neboť se vždy včas dostane k dostatečně silným a kvalitním lékům. Až se ovšem tyto bakteriální a virové kmeny rozšíří do chudých oblastí světa, tamní obyvatelé žádné vhodné a účinné léky mít nebudou. Domnívám se, že ve zdravotnických strategiích chybí schopnost domýšlet důsledky a uvědomovat si míru nadstandardu, který je dostupný jen někomu. Poslední prvek, který bych v souvislosti s tabulkou č. 2 zmínila, je vysoká proočkovanost dětí v Bangladéši (a podle posledních údajů také v Afghánistánu) v protikladu k velice nízkému počtu porodů vedených kvalifikovaným zdravotníkem. Může to být důsledek toho, že jednou za čas přijede do oblasti humanitární organizace a provede vakcinaci. Může se ale také jednat o kulturní přístup ke zdravotní péči, kdy dítě má přednost před ženou. Z náboženských důvodů je navíc v těchto oblastech nepřijatelné, aby ženu ošetřil muž, lékař a to i v případech, kdy není žena, lékařka k dispozici. Náboženská pravidla tak mají přednost před zdravím nebo dokonce lidským životem. Stejně tak bude relativně nízký počet zdravotnického personálu a nemocničních lůžek v bohatém Japonsku dán ani ne tak nedostatkem financí, jako spíše hluboce zakořeněnou tradicí starat se o staré a nemocné v rámci rodiny a nikoliv v institucích. Výsledky těchto tradic jsou vidět na velmi vysoké průměrné délce dožití.

V tabulce č. 3 se zabývám v zásadě výsledky poskytované zdravotní péče. Vybrala jsem pro tyto účely tři jednoduché ukazatele v podobě předpokládané délky dožití a novorozenecké a dětské úmrtnosti. Na těchto jednoduchých číslech je vidět propastný rozdíl mezi bohatými a chudými státy. V Africe můžeme sledovat, že zatímco poměrně bohatý a civilizovaný Egypt si udržuje solidní a stále se zlepšující výsledky (zůstává otázkou,

kam se bude Egypt ubírat po revoluci z r. 2011), JAR se spolu s koncem apartheidu propadá (po vyhnání bílých obyvatel nastává naprostý chaos, země se potýká s vysokou nezaměstnaností, katastrofální mírou kriminality. Také stav zdravotnictví tomu odpovídá, navíc se přidává nezvládnutá rostoucí epidemie HIV/AIDS) a naopak Sierra Leone se v souvislosti s uklidněním politické situace po r. 2001 postupně zlepšuje a také vytváří lepší podmínky pro fungování humanitárních misí.

I v rámci Asie se na první pohled odlišují bohaté státy (Izrael, Japonsko, Spojené arabské Emiráty) a to i o několik řádů (6 zemřelých dětí v Japonsku oproti 250 dětem v Afghánistánu). Na druhou stranu například Čína v tabulkách WHO (WHO, 2012) udává novorozeneckou úmrtnost chlapců a děvčátek víceméně stejnou, přesto se ale obecně ví, že z důvodu politiky jednoho dítěte a kulturně zakořeněné touhy po synovi je osud novorozeneckých děvčátek mnohem horší. Zde nepochybně dochází k politické úpravě dat, není ovšem asi na WHO upozorňovat jednak na tyto praktiky a ani na manipulaci s údaji. To je spíše záležitost lidskoprávních organizací jako je Amnesty International či orgány OSN.

V Evropě z průměru výrazněji vystupuje jen Rusko, které se svými hodnotami blíží spíše asijským zemím. Naopak na americkém kontinentě je podobnost výsledků spíše překvapivá, očekávanější by byly výraznější rozdíly, byť samozřejmě USA má lepší výsledky než chudší země střední a jižní Ameriky.

Shrneme-li tedy prezentované výzkumy, musíme konstatovat, že žádné překvapivé závěry nenalezneme. Tak jako je polarizován celý svět na bohatší a chudší část, je polarizována i dostupnost a kvalita lékařské péče. Nakolik se jedná o neměnnou vlastnost a nakolik můžeme tuto polaritu změnit, je otázkou pro další vědecké či filozofické práce, dalece přesahující možnosti diplomové práce. Ačkoliv zde ale nepředkládám žádné řešení, myslím, že je především třeba na nerovnost v přístupu ke zdravotní péči stále upozorňovat. Lhostejnost je první stupeň neřešení problému, který se v dnešním globalizovaném světě může a bude týkat i nás, jen zdánlivě bezpečně chráněných naší životní úrovní a způsobem života.

4. Kvalita života

4.1. Vymezení a definice

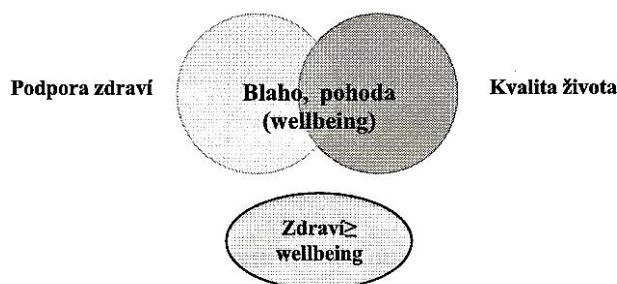
Pojem kvalita života (*quality of life*, zkratka QOL) se úzce vztahuje ke zdraví. Vznikl z potřeby vymezit a zhodnotit psychické, sociální i behaviorální determinanty lidského života. V rámci této potřeby lze zdůraznit, že není možné popsat život člověka pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických, ukazatelů. Pro subjektivní vnímání úrovně kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního způsobu života. V posledních desetiletích roste nebývalou měrou zájem o studium kvality života jako pojmu. Na celém světě se řada výzkumných týmů pokouší toto téma uchopit a obsáhnout. Oblast kvality života lze považovat za málo zmapovanou oblast, na jejíž zkoumání nepostačují běžné metody empirického šetření.

Byla zformulována celá řada definic, ale ani jedna nebyla dosud plně akceptována. V roce 1993 předložila svou definici také již zmiňovaná WHO. Kvalitu života ve vztahu ke zdraví definuje jako „*vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám*“. (Kebza, 2005)

V pojetí WHO kvalita života vypovídá spíše o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. V novější literatuře se setkáváme se širším pojetím kvality života. Je označován za kombinaci prožitku vlastního zdraví, osobní pohody, životní spokojenosti a často také ještě postavení v sociální stratifikaci. (Hnilicová, 2005) Na obecné úrovni je kvalita života výsledkem interakce mnoha různých faktorů – sociálních, ekonomických, zdravotních, environmentálních. Kvalita života má dvě dimenze, subjektivní, týkající se všeobecné spokojenosti se životem, a objektivní, která zahrnuje ostatní sociální a materiální podmínky života. K měření úrovně kvality života ovlivňované zdravím byla postupně vytvořena řada metod (převážně dotazníkového typu).

O kvalitě života se hovoří v mnoha souvislostech a z pozice různých vědních oborů, například medicíny, psychologie či kulturní antropologie. V tomto směru můžeme pojem kvalita života zařadit mezi interdisciplinární pojmy. S kvalitou života i zdraví v rámci jejich definice úzce souvisí pojem *well-being*, jenž lze přesně vymezit jen obtížně. Termín *well-being* je jedním z konstitutivních rysů jak pojmu zdraví, tak kvality života. Kvalita života

ve smyslu *well-being* představuje osobní pohodu, blaho spojené s životním stylem, s pocitem naplnění a uspokojení, jež pramení z vnějšího prostředí. Zdraví souvisí úzce se životním stylem odrážejícím se v osobní pohodě (*well-being*). Obě tyto roviny se vzájemně prolínají. Schéma Zdeňka Kučery (2004) ilustruje *well-being* ve smyslu blaha či pohody jako průniku dvou konceptů.



4.2. Vztah zdraví a kvality života

4.2.1. Kvalita života v medicíně

Kvalita života je frekventovaný pojem, který je předmětem výzkumu různých vědních disciplín: psychologie, sociologie, kulturní antropologie, medicíny. V zásadě můžeme hovořit o třech hlavních přístupech zkoumání kvality života a to právě v psychologii, sociologii a medicíně. V souvislosti s tématem této práce se budu podrobněji zabývat oblastí medicíny. Kvalita života je používána v souvislosti s medicínou od 70. let 20. století. Kvalita života pacientů je sledována v mnoha oblastech klinické medicíny. Pro lékaře je kvalita života stále důležitějším ukazatelem, na kterém se odráží dopad zvolené terapie. S měřením kvality života v těchto souvislostech se nejprve začalo u onkologicky nemocných pacientů.

Pro potřeby medicíny nejčastěji operujeme s pojmem „*health related quality of life*“, což můžeme přeložit, jako „kvalita života ovlivněná zdravím“. (Hnilicová, 2005) Pro potřeby těchto měření sledujeme dva typy ukazatelů, klinické ukazatele, kdy měříme tlak, teplotu, provádíme krevní testy, ale neméně důležitou součástí jsou údaje týkající se fyzického a psychického stavu pacienta, významnými faktory jsou subjektivní přítomnost bolesti, únava, úzkost, napětí. V ČR se sledováním pacientů a jejich subjektivním vnímáním péče a spokojenosti s ní zabývá od 90. let 20. století především Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (Hnilicová, 2005)

4.2.2. Zdraví jako hodnota v kvalitě života

Kvalita života je termín, který je důsledkem interakce mnoha různých faktorů. Poněkud zjednodušeně bych mohla konstatovat, že se skládá ze subjektivní a objektivní složky. Objektivní složka se týká sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a objektivního zdraví. Subjektivní složka zahrnuje především lidskou emocionalitu, spokojenost se životem a také to, jak subjektivně vnímáme své zdraví. Z již uvedené definice WHO vyplývá, že kvalitu života je nutné hodnotit z pozice jedince, který subjektivně vnímá své postavení ve světě, ve kterém žije a to v kontextu kultury a hodnotových systémů. Z toho vyplývá, že pojem kvality života je stejně multidimenzionální jako lidský život.

Jednou z rovin, kterou se zabývají výzkumy kvality života, je pocit celkového fyzického a duševního zdraví člověka. Jako příklad takových výzkumů bych ráda uvedla výzkum týkající se konfliktu hodnot a kvality života (Hnilica, 2005), který proběhl mimo jiné i v rámci katedry kulturologie FF UK v Praze. Šetření jsem se zúčastnila jako respondent. Jednou z ověřovaných hypotéz byl i předpoklad, že jedinci s dlouhodobým konfliktem budou méně spokojeni se svým zdravotním stavem. Při zjišťování hodnot subjektivního pocitu celkového zdraví byla použita pětibodová škála a objektivní údaje o zdraví byly ověřeny otázkami na existenci zdravotních problémů a problémů s omezením hybnosti. Výsledky tohoto výzkumu však nebyly v oblasti zdraví signifikantní. Hlavním konfliktem, který měl vliv na kvalitu života, se ukázal být konflikt lásky a sebeurčení. Autoři sami se kloní k názoru, že tento konflikt náleží k normativním očekáváním, která se v naší kultuře pojí s určitou životní etapou. Domnívám se, že hodnota zdraví by se výrazněji projevila na vzorku populace například pacientů či lidí vyššího věku.

Tento názor mohu podpořit jiným výzkumem, který se zabýval kvalitou života dlouhodobě nezaměstnaných a probíhal v letech 2000-2002. (Buchtová, 2004) Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo 1961 respondentů, rozdělených do čtyř podsouborů (viz tabulka 4).

Vzorek respondentů výzkumu	
Zaměstnaní	951
Nezaměstnaní	968
Bezdomovci	22
Matky po RD	20

Tabulka 4

Výsledky šetření jsou zpracované v podobě dvou grafů uvedených níže. Tyto grafy obsahují průměry a směrodatné odchylky jednotlivých skupin respondentů pro uvedené oblasti kvality života a spokojenosti s nimi. Jak můžeme pozorovat, hodnota zdraví patří mezi nejdůležitější životní hodnoty obou skupin respondentů. Je to hodnota, od které se odvíjí celá řada životních naplnění a očekávání a z výzkumů vyplynulo, že zdraví patří k jedné z nejcennějších deviz na trhu práce.



Graf 1



Graf 2

V průběhu výzkumného šetření se ukázala zajímavou v oblasti zdraví skupina bezdomovců. Oblast zdraví v kvalitě života bezdomovců obsahuje nejvyšší průměrné hodnoty. V porovnání s předchozími grafy sledujeme na grafu 3 hodnotu zdraví jako absolutně nejvyšší životní hodnotu. Zdraví představuje kritickou stránku života bezdomovců, což je zapříčiněno způsobem jejich života (přespávání na veřejných prostranstvích, nepravidelná a nevhodná strava často spojená s požíváním alkoholu).



Graf 3

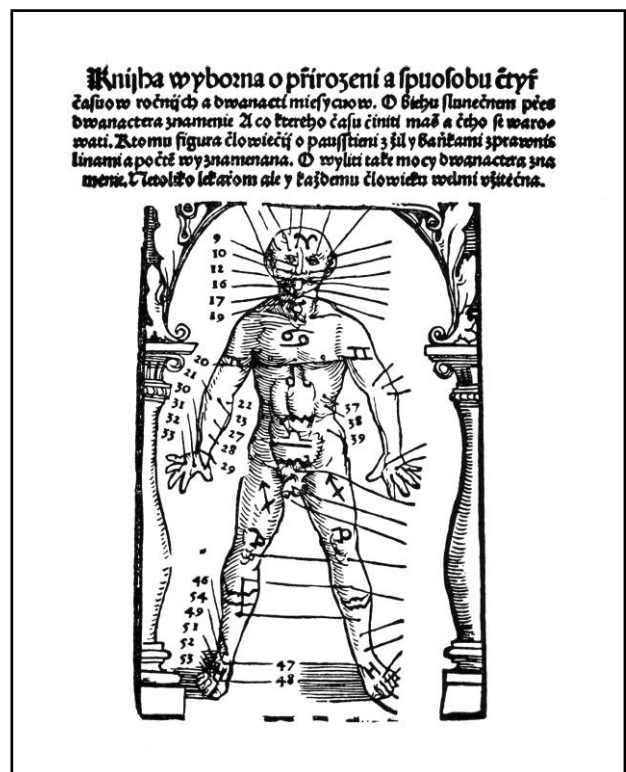
Výzkumné šetření, z něhož jsem čerpala ve své práci, zřetelně ilustrovalo rozdíly v hodnocení jednotlivých aspektů kvality života a jejich významu v rozdílných sociálních skupinách v rámci jedné kultury. Hodnocení kritérií kvality života bude zcela nepochybně rozdílné nejen mezikulturně, ale i uvnitř různých kultur a budou se v něm různě promítat kulturní a historické tradice respondentů.

5. Pojetí zdraví v dějinách kultury

5.1. Zdraví a medicína

V průběhu dějin lidského rodu se vnímání zdraví a nemoci měnilo od magického a sakrálního pojetí zdraví a nemoci až po přínosné poznatky současné vědy v péči o zdraví. Otázky týkající se zdraví, nemoci, umírání a smrti provázely mysl člověka od prvních počátků jeho vědomého uvažování. Člověk moderní doby považuje vysokou úroveň současné medicíny za samozřejmou věc. Jen málokdy si uvědomujeme, že cesta k současnému stavu byla velice obtížná. Lidé si v každé době a v každé kultuře utvářeli vlastní pojetí podstaty zdraví a nemoci pomocí přírody, víry nebo vědy.

V příběhu dějin medicíny se odráží vývoj celé naší civilizace a můžeme na něm demonstrovat, jak se vyvíjel i přístup ke zdraví v každé z historických etap, také v závislosti na kulturní, politické a ekonomické situaci. Každého z nás se problematika zdraví a s ním spojené zdravotní péče dotýká a měli bychom se tedy snažit této problematice porozumět v souvislostech historického vývoje. Tradiční dějiny medicíny bychom měli vnímat jako součást širšího kulturního kontextu. Pro zkoumání dějin našich představ o zdraví a nemoci můžeme zvolit více přístupů. Mohli bychom se podrobněji zabývat představami preliterárních kultur, nebo se vydat cestou orientálních tradic indických filozofických a náboženských systémů, či mnoha dalších společenství a kultur. V každém z nich budou otázky zdraví a nemoci ústředními tématy.



Obr. 9 - Dřevořez se značkami pro pouštění žilou. Kniha výborná o přirození a způsobu čtyř časů ročních. Plzeň 1528

V této části své práce se podrobněji zaměřím na historický vývoj medicíny v dějinách lidstva, od jejích počátků až po současnost. Největší pozornost budu věnovat evropskému kulturnímu okruhu a rozvoji západní medicíny. Alespoň v základních bodech je ovšem třeba zmínit i orientální a asijský přístup k medicíně, neboť náš kulturní okruh nepochybně ovlivňoval a stále výrazně ovlivňuje. Přístup ke zdraví a nemocem na samém počátku dějin je doložitelný jen na základě výkladů archeologických nálezů, ale z některých lze vysledovat a odvodit řadu detailů. Poznáme, zda o nemocné členy společnosti ostatní členové pečovali, nebo je ponechali jejich osudu. Na základě nálezů kosterních pozůstatků odvozovat první pokusy o léčebné zákroky apod. S rozvojem prvních civilizací a s dochovanými písemnými památkami se již o rozvoji přístupu k nemocem a léčení dozvídáme mnohem více. V této době ještě nemůžeme hovořit o medicíně. Medicína ve významu vědeckého oboru vzniká až v době starověkého Řecka. Lékařství v předcházejících obdobích postrádá koncepci a systematický přístup. Teprve antické Řecko a s ním spojený vývoj filozofického myšlení vedl k formování modelu moderní medicíny. Vznik a rozvoj prvních univerzit v období středověku položil základy univerzitního vzdělávání lékařů. Ukážeme si, jak prudký rozvoj přírodních věd urychlil rozvoj medicíny a jaký podíl na jejím rozvoji měly zámořské objevy. Postupná převaha vědy a rozumu přinesla celou řadu nových biomedicínských poznatků. Lékaři s pomocí vědy mohli stále lépe rozpoznávat jednotlivé konkrétní choroby, ale dosud měli jen omezené možnosti jak tyto nemoci léčit. Úroveň výuky a znalosti lékařů se neustále zlepšovaly. Prudký nárůst industrializace v 19. století ovlivnil nejen každodenní život lidí, ale měl současně obrovský vliv na transformaci vědeckých oborů, včetně medicíny. Rozvoj medicíny na pozadí dějin lidstva je plný zvratů a odehrává se pod vlivem mnoha událostí. Na příkladu Prahy bych ráda ukázala některé detaily, díky kterým vyniknou historické i společenské souvislosti. V rámci jednoho města mohu mnohem lépe ukázat život jeho obyvatel a také to, jaký konkrétní dopad měl rozvoj medicíny a lékařské péče na každodenní život jeho obyvatel. Prahu jsem si vybrala zcela záměrně jako historicky a kulturně významné centrum českých zemí. Rozvoj lékařské péče v Praze, potažmo v Čechách, je vždy úzce spjat se stavem a vývojem medicíny v celém evropském kontextu.

5.2. Magická, archaická, empirická a experimentální medicína

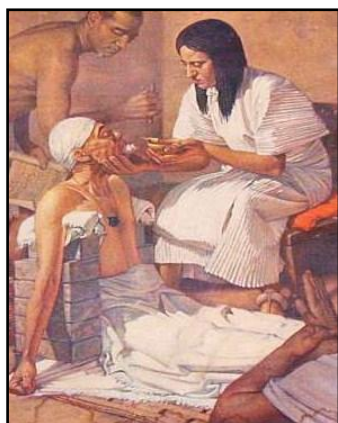
Příběh medicíny je starý jako lidstvo samo. Ve všech kulturách a epochách mají své pevné a nezastupitelné místo v hierarchii dané společnosti či společenství specialisté

na léčení, kteří si své léčitelské a terapeutické schopnosti předávali z generace na generaci. V dějinách lidského myšlení bychom mohli nalézt několik základních přístupů k medicíně: magický, archaický, empirický a experimentální. (Fialová, Kouba, Špaček, 2008)

Historicky prvním paradigmatem v lékařském myšlení byla magická medicína. Její základní předpoklady vycházejí z myšlenek lidí, kteří pozorovali svět a potřebovali si explicitně vysvětlit a odhalit příčiny různých jevů a tedy i nemocí. Projevy nemocí jakými je například horečka, bylo potřeba nějak vysvětlit. Člověk se domníval, že svět ovládají tajemné nevyočitatelné síly. Ze všech stran se cítil být ohrožován magickými silami. Nemoci způsobovali zlí duchové a bylo potřeba praktikovat tzv. preventivní medicínu. Její podstatou bylo usmiřování bohů obětmi a rituály, dodržováním tabu apod. Na provádění těchto rituálů se specializoval šaman, který v sobě spojoval podstatné znaky léčitele, jasnovidce, vychovatele i kouzelníka, a ztělesňoval osobu nadanou k tomu, aby léčila. Zrod šamanů nelze přesněji datovat, běžně se však vyskytovali v původních kulturách amerického



Obr. 11 - šaman (Zimbabwe)



Obr. 101 - léčba přírodními antibiotiky ve starověkém Egyptě

i asijského kontinentu. Postupně se měnila role nemocného a vznikala potřeba vysvětlit nemoci na pozadí nových společenských souvislostí, zejména etických a náboženských. Tento způsob léčby lze i v současnosti sledovat u mnoha přírodních národů. Magická medicína je vystřídána medicínou archaickou.

V archaické medicíně je nemoc vždy zapříčiněna překročením mravního zákona. Nemoc v tomto pojetí je trestem seslaným bohy na člověka. Adekvátní terapií v takto pojaté medicíně je potom pokání a jejím terapeutem je kněz. S tím jak se postupně utváří hierarchizované a sociálně stratifikované společnosti (Asýrie, Mezopotámie, Egypt apod.), objevuje se stále větší potřeba specializovaných léčitelů.

Trvalé osídlení určitých území, rostoucí populace a také vzdělanost způsobily, že dozrály podmínky pro vznik empirické medicíny jako uceleného myšlenkového systému. Empirická medicína je posléze v novověku vystřídána medicínou experimentální. (Fialová, Kouba, Špaček, 2008)

5.3. Pravěké kultury a způsoby léčení

Kořeny léčebných postupů a péče o nemocné sahají hluboko do minulosti. O nemocech, zraněních a způsobech jejich léčby v samém počátku existence lidského rodu máme jen velmi málo informací. Zdravotní profil rodu *Homo sapiens sapiens* se dosud nepodařilo načrtnout. Neúplné informace a údaje můžeme získat pouze na základě archeologických nálezů v podobě kosterních pozůstatků či jiných artefaktů. Například na kosterních pozůstatcích lze pozorovat některé známky nemocí, jakými jsou zubní kaz, kloubní onemocnění, následky úrazů a některé malformace. (Schreiber, 2000) Důkazy o provedených trepanacích⁴ lebky v různých oblastech světa se datují do doby 5 000 let př. n. l. (Porter, 2001) Řada archeologických nálezů svědčí o úspěšném provedení, neboť rána se plně zhojila.



Obr. 12 - archeologické nálezy trepanovaných lebek

Ze způsobu života prvních lovců a sběračů lze odvodit některé základní představy o nemocech, které příslušníky rodu *Homo sapiens* provázely. Neustálé putování malých skupinek za novými zdroji potravy mělo své výhody i nevýhody. Nedochovalo k hromadění odpadků, jeden zdroj vody nebyl znečišťován příliš dlouho, neexistoval chov dobytka. To vše napomáhalo snižovat riziko výskytu infekcí a chorob přenosných ze zvířat na lidi. Na druhou stranu drsné životní podmínky vedly k celé řadě jiných chorobných stavů a úrazů. Naše předky pravděpodobně sužovaly nemoci získané z bakterií pronikajících z půdy do kůže

⁴ Tento zákrok spočíval v navrtání lebky či vyříznutí malého otvoru v lebeční kosti, často nástrojem připomínajícím tesařský neboz s rukojetí. Zákrok se používal v případě bolesti hlavy, zlomeniny lebky, epilepsie a některých duševních chorob. Archeologické nálezy dokládající provádění trepanací pochází např. Francie, Čech, severní Afriky, Tahiti, Jižní Ameriky. (Porter, 2001).

(gangrény, tetanus), přenesené z kontaktu s divokými zvířaty (antrax, vzteklina), či choroby způsobené požitím syrového masa (tasemnice, hemoragická horečka). (Porter, 2001)

Pozdější přechod k usedlému způsobu života ovlivnil vývoj lidského rodu zcela zásadním způsobem. Proces neolitické revoluce⁵ je dodnes odborníky považován za jeden z nejdůležitějších milníků v celých dějinách lidstva. Rozhodujícím způsobem neolit ovlivnil i trochu nevíтанou symbiózu lidské společnosti a nemocí. Ubylo problémů vznikajících při stálém stěhování a zároveň usedlý způsob života umožnil jednodušší péči o nemocné a přispěl k zajištění lepších a pravidelnějších zdrojů potravy. Přinesl však s sebou výraznou hrozbu nových nemocí. Chov a domestikace mnoha druhů dříve divokých zvířat se podílela na zrodu celé řady těch nejzávažnějších lidských nemocí, které lidstvo provázely či v mnoha případech provázejí dodnes. Těsná blízkost člověka a zvířete umožnila přenos celé řady patogenů. Z hovězího dobytka se na člověka přenesly například pravé neštovice a tuberkulóza, z vepřů a drůbeže různé druhy chřipek, z koní rhinoviry (např. rýma) či spalničky, ze psů dále psinky, z mnoha druhů (kočky, psi, drůbež, myši) byl umožněn přenos bakterií typu salmonela, atd. Znečištěné vodní zdroje vedly k nákaze cholerou, tyfem, virovou hepatitidou. Zemědělství nasýtilo mnohem větší počet lidí, ale zároveň vedlo k nežádoucí závislosti na monokulturách bohatých na energii, ale poměrně chudých na obsah proteinů, vitaminů a minerálů. Tyto nedostatky vedly k celé řadě nutričních problémů způsobujících například kurděje nebo celkové snížení imunity a vyšší náchylnost k nemocem. Větší potřeba zemědělské půdy a s tím spojené kácení lesů a mýcení porostů spolu s potřebou zdržovat se trvale v blízkosti vodních zdrojů vytvořila ty nejlepší podmínky pro moskyty způsobující malárii⁶. Ti od té doby doprovází lidstvo a nikde na světě se je dosud nepodařilo dostat pod kontrolu. (Porter, 2001)

⁵ Proces neolitické revoluce proběhl někdy mezi 10. a 8. tisíciletím př. n. l. v oblastech předního Východu a je považován za jeden z nejdůležitějších v celých dějinách lidstva. Pojem neolitická revoluce poprvé použil roku 1936 anglický archeolog a historik australského původu Vere Gordon Childe (1892 – 1957). (Nuland, 2000).

⁶ Malárie je způsobována mikroskopickým prvokem *Plasmodium*. Tento prvok přežívá v těle komára *Anopheles*. Komár seje krev člověku, a během této doby se spolu se slinami komára přenesou do lidského organismu. Putuje krevním oběhem do jater, kde se během několika týdnů rozmnoží, poté se vrátí do krevního oběhu a napadá erytrocyty. Onemocnění způsobuje prudké záchvaty horečky a zimnice. (Nuland, 2000).

5.4. Rozvoj lékařství na území prvních civilizací

5.4.1. Mezopotámie

Z území starověké Mezopotámie⁷ pochází velké množství archeologických nálezů podávajících nám svědectví o lékařství pěstovaném dávnými obyvateli. Do 7. století př. n. l. jsou datovány nálezy psaných textů na hliněných tabulkách⁸, jež byly součástí knihovny krále Aššurbanipala (vládl 669 – 631 př. n. l.), které obsahují údaje o chorobách, způsoby jejich léčby a prognózy. Lékařské praktiky popsané na těchto tabulkách v sobě spojují prvky rituálního zařikávání s používáním rostlinných drog.

Lékařství staré Mezopotámie řadíme spíše k medicíně magické. Nemoc byla vysvětlována převážně na základě působení nadpřirozených sil, démonů a duchů. Na nalezených tabulkách je zřetelně zachycen rozsáhlý a propracovaný seznam léčivých látek. Tento seznam obsahuje kolem 120 minerálních a 240 rostlinných látek, nejrůznější oleje, mléko, med, atd. Takový obsáhlý výčet látek svědčí o důkladné znalosti přírody a jejím podrobném zkoumání pro účely léčení. Lékařské povolání provozovaly dvě skupiny léčitelů. První z nich, čarodějové (*ašipu*), pomáhali nemocným pomocí kouzel a zařikávání. Druhou skupinou pak byli lékaři (*asu*), ti prováděli primitivní chirurgické zákroky a podávali nemocným léky. Ze starověké Mezopotámie pochází pravděpodobně první zákoník⁹, kterým bylo regulováno i lékařství. Tento zákoník stanovuje postup při léčbě, vymezuje povinnosti lékaře, a stanovuje systém odměn a trestů podle úspěšnosti léčby, ale také podle společenského postavení pacienta. (Duinová, Sutcliffová, 1997)

⁷ Oblast středního východu mezi Eufratem a Tigridem, první vyspělé městské státy se zde začaly formovat zhruba od třetího tisíciletí př. n. l. do roku 539 př. n. l., kdy byl Babylón obsazen vojsky krále Kýra, postupně se zde usídlili Sumerové, Akkadové, Gutejci, Babylóňané, Chetitě a Asyřané. (Soukup, 2004).

⁸ Nález pochází z roku 1853, obsahuje přibližně 20 000 tabulek, ze kterých je asi 600 s lékařskou tematikou. (Porter, 2001).

⁹ Chammurapiho zákoník, pochází přibližně z roku 1686 př. n. l., nalezený při archeologických vykopávkách v Súsách (Írán) roku 1901, v současnosti uložen v pařížském Louvru. (Štěpánek, 1980).

5.4.2. Egypt

Nejstarší písemné doklady zaznamenávající rozvoj lékařství na území starověkého Egypta pocházejí asi z druhého tisíciletí př. n. l., zachycují však tradice mnohem starší.

O znalostech egyptských učenců vypovídají dochované papyry s lékařskou tematikou (*Smithův papyrus*, *Ebersův papyrus*, *Kahúnský papyrus*, aj.). *Smithův papyrus* obsahuje popis čtyřiceti osmi chirurgických případů s popisem prognózy a léčby. *Ebersův papyrus* pojednává o celé řadě chorob, včetně duševních poruch, a popisuje velké množství receptů. *Kahúnský*



Obr.13 - Smithův papyrus

papyrus je zasvěcen péči o matku a dítě. Zabývá se především těhotenstvím, plodem a ženskými chorobami. (Vymazalová & Coppens, 2011) Ve zde uvedených i dalších dochovaných zdrojích, pocházejících z období starého Egypta, jednoznačně převažuje vliv magie a náboženství.

Starí Egypťané věřili, že člověka a jeho zdravotní stav ohrožují pozemské i nadpřirozené síly (zlí duchové), které pronikají do člověka tělesnými otvory a vysávají jeho životní sílu. Doporučovány byly různé postupy a způsoby léčby včetně zařikávání (amulety, zpěvy). Egyptská medicína vycházela ze znalosti léčivých účinků mnoha druhů rostlin, stromů, ovoce i zvířat (sádlo, extrakty z orgánů, ale i exkrementy).

Znalosti egyptských lékařů v oblasti anatomie nebyly příliš rozvinuté. Funkce, tvar či umístění jednotlivých orgánů v lidském těle nebylo lékařům příliš známé. Například za sídlo života a inteligence považovali srdce a to i přesto, že dodnes obdivujeme schopnosti a dovednosti starověkých Egypťanů v balzamování a mumifikaci zemřelých. Tento paradox byl způsoben organizací egyptské společnosti. Zatímco egyptští lékaři získávali vzdělání v tzv. „domech života“, kde studovali anatomii výhradně prostřednictvím zpracování a porcování těl zvířat, balzamováním zemřelých se zabývali balzamovači na zcela jiném místě v domech zvaných „*vabet*“, což překládáme jako „čisté místo“ nebo „dobrý dům“. (Vymazalová, Coppens, 2011)



Obr. 14 - socha Imhotepa, Louvre

Egyptské lékařství bylo zčásti organizované a hierarchizované. Vrchol hierarchie tvořili dvorní lékaři. Tito lékaři se specializovali na léčbu jednotlivých nemocí či orgánů. Další vrstvou byli kněží bohyně Sachmet a třetí vymítači a kouzelníci. Pravděpodobně nejslavnějším a nejznámějším egyptským lékařem je Imhotep¹⁰, jehož výroky byly zaznamenávány a předávány jako součást myšlenkového dědictví po celé generace. (Duinová, Sutcliffová, 1997)

5.4.3. Starověká Čína a Indie

Zvláštní místo v dějinách medicíny zaujímá medicína starověké Číny a Indie. Obě lékařské školy jsou, v jen málo pozměněné formě, praktikovány do současnosti a v moderní západní medicíně mají své místo mezi alternativními medicínskými směry. Alternativní metody léčení, často založené na základech východního přístupu k léčení nemocí, jsou v současnosti stále častěji a více akceptovány a zejména v posledních letech roste zájem o tyto postupy. Odpovědí na otázku, proč je tomu tak v době rozvinuté medicínské vědy, se budu podrobněji zabývat v kapitole věnované kritice současného stavu medicíny. Ve své práci se naopak nebudu podrobněji zabývat východní filozofií, ale ráda bych zde zmínila a v krátkosti představila medicínu, která z těchto principů vychází.

Medicína staré Číny je úzce spjata s filozofickým učením, založeným na vzájemném protikladném působení principů „jin“ a „jang“. Celé toto filozofické učení je složitým myšlenkovým systémem, postupně formovaným a rozvíjeným po celá staletí. Ženský princip *jin* zastupuje prvek země, tělesnosti, noci a pasivity, mužský princip *jang* představuje slunce, nebe, aktivitu. Porušení rovnováhy těchto dvou principů v lidském těle vede k destrukci životní síly a praenergie „*čchi*“ prostupující živou i neživou přírodu. Podstatou léčby je tedy snaha o dosažení rovnováhy a harmonie mezi těmito prvky. (Schreiber, 2000) Čínská medicína jako metodu léčby vypracovala především akupunkturu. Průběh této léčebné metody spočívá v zabodávání tenkých jehel do některých bodů na lidském těle. Tím

¹⁰ Imhotep, egyptsky „Ten, kdož přichází v míru“, vysoký hodnostář na dvoře krále Džósera, rozkvet jeho kultu, posmrtně prohlášen za boha, vznik léčebných svatyní, svatyně v Sakkaře nazvaná Asklepion, později jeho kult přešel i do řecké tradice. (Porter, 2001).

je umožněno energii *čchi* vstoupit do těla, případně z něho uniknout. (Duinová, Sutcliffová, 1997) K dalším užívaným terapiím patřily také autohemoterapie či derivační terapie. (Soukup, 2004)

Zcela jinou podobu měla medicína ve starověké Indii. Na rozdíl od Číny, kde bylo přísně zakázáno provádění pitev, zde žádné omezení pitev ani chirurgických zákroků neexistovalo. Díky tomu byli starověcí Indové skvělými chirurgy. Používali k operování velké množství ocelových nástrojů (skalpely, sondy, trokary, cévky) a prováděli široké spektrum chirurgických zákroků včetně operací břišní dutiny nebo plastických operací nosu, rtů či uší. Součástí klasické indické medicíny byla ájurvédská medicína, úzce spjatá s náboženským systémem starověké Indie. Je to velmi propracovaný systém, jehož podstatou je udržování a znovuobnovování rovnováhy životních energií (*prán*). Hlavní terapeutické postupy spočívají v doporučeních správné životosprávy a dosažení harmonie těla a mysli. (Duinová, Sutcliffová, 1997)

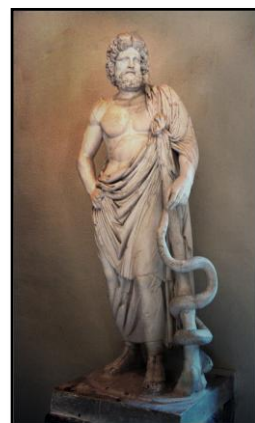
5.5. Zrod medicíny v antice

Spojení řecké a římské medicíny tvoří jeden ze základních prvků budoucí vědecké medicíny. Důležitý byl zejména požadavek na vzdělání lékaře, které by mělo zahrnovat vědecké poznatky, praktickou medicínu i filozofii a ochotu sloužit a pomáhat trpícímu pacientovi. Klíčovým prvkem bylo také spojení filozofického myšlení a medicíny. Pro antické lékaře byl podstatný vztah mezi pacientem a prostředím a řada terapeutických postupů měla napomáhat především obnovení rovnováhy mezi nimi.

5.5.1. Antické Řecko

První neúplné náhledy ke kořenům řecké medicíny bychom mohli vystopovat až k Homérovým eposům, jejichž součástí byly mnohem starší, ústně tradované příběhy. Například v eposu *Íllias* (Homéros, 1996) je popsána celá řada válečných zranění a v některých částech eposu i způsoby léčby. Dočteme se např. o králi Méneláovi, kterému byl vyjmut z těla šíp, rána vysáta a na ni aplikována hojivá mast. Jako boha uzdravování označuje Homér Apollóna. Později je v řecké mytologii jako bůh lékařství označován Asklépios. Je zpodobňován jako důstojný muž s bradkou, holí a hadem. Ochránci lékařů

Asklépiovi byly zasvěcovány chrámy a svatyně. Nejznámější svatyně se nalézají na ostrově Kós a také v Epidauru (nachází se 45 km od Athén). Asklépiovy svatyně byly chrámy, kam se přicházeli léčit nemocní pomocí tzv. chrámového spánku. Ústředním bodem léčby byl sen, vize, seslaný ve spánku na nemocného. Léčebná terapie spočívala především ve cvičení, dietních opatřeních, muzikoterapii apod. (Duinová, Sutcliffová, 1997)



Obr. 15 - Asklépios, museum v Epidauru

Počátky řecké lékařské medicíny byly nedílnou součástí filozofického myšlení. První řečtí lékaři byli současně filozofy. První lékařské školy vznikly v Krotónu (jižní Itálie) a v Akragantu (Sicílie) v 6. - 5. století př. n. l. Největší osobností v tomto období byl Alkamaión z Krotónu (570 - 500 př. n. l.), který za základ zdraví člověka považoval udržování rovnováhy sil (vlhka a sucha, chladu a tepla) v lidském organismu. Za základní lidský orgán považoval mozek. Prováděl četné pitvy zvířat, z nichž získával anatomické poznatky. (Soukup, 2004)

Nejproslulejší lékařskou školou v období 5. - 4. století př. n. l. byla kójská škola (ostrov Kós). Nejvýznamnějším představitelem této školy je Hippokratés z Kóu (460 – 377 př. n. l.). O jeho životě toho víme jen velmi málo a skutečná fakta nelze s jistotou oddělit od legend a mýtů. Některé informace lze získat z Platónových spisů *Protágoras* (Platón, 2000) a *Faidón* (Platón, 1994). Stěžejním dílem, ve kterém je obsažena většina hippokratových názorů a informací o jeho působení, je *Corpus Hippocraticum* (*Hippokratovský soubor*), jež zahrnuje 60 – 70 svazků. Toto dílo pochází od Hippokratových žáků. (Nuland, 2000) Podstatu Hippokratova učení tvoří názory založené na racionálním a empirickém přístupu. Zdraví a nemoci lze, dle Hippokrata, vysvětlit výhradně na základě přirozených příčin. Zdraví představuje rovnováhu a nemoc její narušení. Tato nerovnováha způsobuje onemocnění a nežádoucí koncentraci tělesných šťáv (*chymoi*) v příslušném orgánu. Zastánci Hippokratovské školy chápali nemoc jako událost, která se stala v celkovém kontextu života nemocného člověka. K léčení přistupovali jako ke snaze obnovit přirozený vztah mezi pacientem a prostředím. Největší význam Hippokrata, resp. hippokratovské, tj. kójské lékařské školy, tkví ve snaze relativně osamostatnit své učení od řecké přírodní filozofie a zabývat se lékařstvím jako samostatnou disciplínou. Jak uvádí ve svém příspěvku *Základní souvislosti řecké filozofie a medicíny* Miroslav Bednář (2002), poprvé se zde máme možnost setkat s výrazným rozlišením na laiky a profesionály. Na podporu této myšlenky

cituje ve své práci Hippokratova slova: „*Tajné věci se odhalují jen zasvěceným. Zapovídá se odkrývat je světským osobám, aniž by se předtím nezasvětily do tajemství vědění.*“ (Bednář, 2002, str. 22) Hippokrates kladl důraz na léčebný zásah u lůžka a na vztah mezi lékařem a pacientem, který má být založený na vzájemné důvěře. Se jménem Hippokrata souvisí také Hippokratova přísaha, která v podstatě definuje vztah lékaře a pacienta, vymezuje lékařovy povinnosti vůči jeho pacientovi a také zdůrazňuje morální a etickou zodpovědnost lékaře. O jejím vzniku však víme velice málo. Její vznik je datován do období 5. – 3. století př. n. l. V upravené podobě se používá dodnes.

Otázkami spojenými s hlubším poznáním člověka se kromě řeckých lékařů zabývali také řečtí filozofové. Hlouběji se věnovali problémům souvisejícím s podstatou smyslu lidské existence a samotnou podstatou člověka. Velká část řeckých filozofů považovala zdraví za jedno z největších životních požehnání. Problémy zdraví a medicíny se tak dostávaly do centra zájmu a do diskusí o podstatě člověka. Podle Platóna bylo zdravé lidské tělo základem zdravé mysli. Ke zdravému tělu se můžeme dopracovat jen umírněností během našeho života (v jídle, pití, sexu).

Za jedno z vrcholných děl starověké vědy, které mělo velký vliv na pozdější rozvoj medicíny zejména v arabském světě a ve středověku, považujeme dílo Platónova žáka, Aristotela ze Stageiry (384 – 322 př. n. l.) (Soukup, 2004). Jeho představy o lidské anatomii byly zcela adekvátní době, ve které žil, a v jeho díle lze nalézt řadu omylů. Za centrum života, například, považoval srdce, zatímco mozek označoval jen za žlázu, jejíž funkcí je ochlazování krve. (Porter, 2001) Aristotelův hlavní přínos k rozvoji vědecké medicíny spočívá v jeho požadavku systematického pozorování přírodních jevů. Přispěl k zavedení srovnávací anatomie a fyziologie a také k prosazení komparativní metody jako základu vědeckého zkoumání.

Období helénské kultury, 4. – 3. století př. n. l., je spjato s významným vědeckým a kulturním centrem v Alexandrii. Představiteli alexandrijské lékařské školy jsou Hérofilos z Chalkédonu (395 – 325 př. n. l.) a Erasistratos z Keu (330 – 250 př. n. l.). (Soukup, 2004) Z díla Hérofila z Chalkédonu se dochovaly zejména zlomky spisů o anatomii. Je považován za prvního lékaře, který prováděl veřejné pitvy lidských těl a také řadu vivisekcí na živých zvířatech. Díky poznatkům získaným během těchto zákroků správně popsal celou řadu orgánů, například mozek, oko, zažívací ústrojí apod. Na jeho dílo navázal Erasistratos z Keu, který pokračoval v pitvách a provádění vivisekcí. Erasistratos popsal srdce jako dokonalé ventilové čerpadlo a zabýval se podrobněji zkoumáním tepenného a žilního systému. (Nuland,

2000) Alexandrijská lékařská škola měla výrazný vliv na pozdější rozvoj byzantské a arabské medicíny.

5.5.2. Antický Řím

Na vývoj římské kultury měly silný vliv cizí kultury implementované do římského myšlenkového systému. Ve svůj prospěch často využívali řecké vědecké poznatky a služby řeckých myslitelů, včetně lékařů. V římském pojetí převládá názor, že je mnohem lepší, když člověk doktora nepotřebuje a přijme preventivně zdravý životní styl.

Z období 1. století n. l. se dochovalo latinsky psané dílo *Artes (Vědy)* římského encyklopedisty Aulus Cornelius Celsus. Tento autor měl rozsáhlé vědomosti z oboru lékařství. Z jeho díla se dochovalo osm knih věnovaných medicíně, nemocem a způsobům jejich léčby. (Duinová, Sutcliffová, 1997)

Budoucí starověké i středověké představy o lidském těle nejvíce ovlivnil Claudius



Obr. 16 - Claudius Galénos

Galénos (129 – 199 n. l.). Tento původně řecký lékař se postupně propracoval z lékaře gladiátorů až na lékaře římského císaře. Je autorem celé řady pojednání z anatomie a fyziologie. Galénos prováděl pitvy zvířat, ale nikdy neviděl pitvu člověka, což bylo velkým nedostatkem jeho anatomických znalostí. Tato neznalost způsobila několik zásadních omylů v jeho práci. Za klíčový prvek v léčbě nemocného označoval pacientovu důvěru ve schopnosti a dovednosti lékaře. Za důležitý léčebný prostředek považoval pouštění žilou a učením o tom ovlivnil medicínu

až do 19. století. (Nuland, 2000)

Spojení řecké a římské medicíny tvoří jeden ze základních stavebních kamenů budoucí vědecké medicíny. Významnými požadavky kladenými na lékaře byly vzdělání, které zahrnovalo kromě vědeckých poznatků a výuky medicíny také studium filozofie, a osobní přístup k nemocnému, založený na ochotě sloužit a pomáhat trpícím.

5.6. Medicína v duchu středověké křesťanské tradice

Středověkem nazýváme období od pádu Západořímské říše roku 476. Konec tohoto období je možné datovat dvěma událostmi: objevením Ameriky Kryštofem Kolumbem roku 1492 nebo zveřejněním tezí Martina Luthera roku 1517. Středověká společnost vyrostla na základech antické kultury. Její vrchol a podstata jsou však pevně spjaty s rozvojem křesťanství. Po pádu Říma čekala Evropu temná staletí medicíny. Pramen poznání antického světa byl udržován a rozvíjen v muslimském světě na Středním Východě.

Důležitými centry péče o nemocné byly zpočátku zejména kláštery, ve kterých byly zřizovány, kromě míst k ubytování poutníků, také infirmaria¹¹ a samostatná špitální oddělení pro nemocné zvenku. Zpočátku skromné útulky určené poutníkům se časem vyvinuly v mnohem významnější instituce. Vznik lůžek pro nemocné v rámci jednotlivých klášterů byl důležitým prvkem středověkého přínosu rozvoji medicíny. Na těchto místech byla nemocným poskytována nejen duchovní útěcha, ale také určitá forma péče. Nelze hovořit o odborné pomoci, která by vedla k uzdravení, ale jednalo se spíše o poskytnutí základní péče. Těm, kteří zde nalézali útočiště v nemoci, utrpení či umírání, se dostalo péče založené na křesťanském milosrdenství. Právě křesťanské milosrdenství lze označit za jeden z nejvýznamnějších impulzů pro vznik a postupné budování špitálů, které přispělo k pozdějšímu rozvoji moderní nemocniční péče, jak ji známe dnes. První zprávy o stálé službě lékařů se dochovaly o pařížském Hôtel Dieu¹². V 11. a 12. století vznikaly první velké nemocniční budovy ve Francii, Itálii, Španělsku a Anglii. (Porter, 2001) Současně vznikají první evropské univerzity¹³, které významným způsobem pomohly k efektivnímu šíření medicínských znalostí. Počet univerzitně vzdělaných lékařů byl vzhledem k potřebám lidí zcela nedostatečný. Působení



Obr. 17 - Anonym: Sv. Alžběta odívá chudé a pečuje o nemocné, 90. léta 14. století, tempera, dřevo, 123,4 × 49,2 cm, Kolín nad Rýnem, Wallraf-Richartz-Museum

¹¹ Infirmaria vznikala jako součást klášterů. Skládala se ze speciálních místností či celých budov určených pro poskytování péče úzce vymezenému okruhu nemocných – řeholníkům. (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

¹² česky Dům Boží, založený v polovině 7. století v těsné blízkosti katedrály Notre Dame. (L'Hotel-Dieu, 2000).

¹³ Nejstarší univerzity: Salerno (koncem 11. st., pouze lékařská fakulta), Bologna (1088/1119, jen právo), Paříž (1150, teolog. -filozofická), Modena (1175). (Libera, 2001).

graduovaných lékařů bylo omezené, tito odborníci působili pouze ve velkých městech a u šlechtických dvorů. Jejich péči si mohli dovolit pouze ti nejzámožnější a nejurozenější členové společnosti. Vedle lékařů s akademickým vzděláním působili mezi prostými lidmi různí léčitelé (bylinkáři, zaříkávači). Jejich vzdělání odpovídalo úrovni vzdělání jiných řemesel. Takto poskytovali své služby například chirurgové, ranhojiči, porodní báby či lazebníci. Rostla potřeba dozírat na kvalitu a úroveň lékařů, která vedla k postupnému vzniku prvních lékařských cechů.

S dalším rozvojem měst dochází k jejich přelidnění a velkým problémům s hygienou. Stále větší hrozbou je všudypřítomná špína a odpady. Od 14. století jsou lidé sužováni



Obr. 18 - Jacques-Louis David: Sv. Roch prosí Pannu Marii o uzdravení nakažených morem, 1780, olej, plátno, 260 × 195 cm, Marseille, Musée des Beaux-Arts

opakujícími se epidemiemi moru, tyfu, lepry a dalších nemocí. Zejména mor¹⁴ a lepra¹⁵ patřily mezi obávané smrtelné choroby, které byly příčinou úmrtí obrovského množství lidí. Postižení leprou byli označováni za „nečisté“ a byly jim upírány sociální kontakty (zákaz uzavírání svazků, zákaz vstupu do kostela, na tržiště). Byli separováni ve zvláštních barácích mimo město, v tzv. leprosáriích. V roce 1225 existovalo v Evropě celkem 19 000 leprosárií. (Porter, 2001) Velká epidemie moru¹⁶ zasáhla Evropu v polovině 14. století. Tato morová epidemie usmrtila plnou čtvrtinu tehdejší evropské populace. (Duinová, Sutcliffová, 1997) Důsledkem tak vysoké úmrtnosti byla dlouhodobá demografická krize. Barvitě popisuje tuto epidemii Giovanni Boccaccio (1997) ve svém *Dekameronu*, kde vylíčil Florencii v době morové epidemie. Lidé si vysvětlovali příčiny této nemoci různě. Nejčastěji jako ránu, kterou seslal na lidstvo Bůh, jako trest za hříchy, ale také došlo k označení židovského obyvatelstva za původců choroby a to vedlo k jejich pronásledování a pogromům.

¹⁴ Zejména ve středověku se takto označovala celá řada vážných infekčních onemocnění. Mor, jako konkrétní choroba, je způsobován bakterií *Yersinia pestis*. Má tři formy dýmějový, septický a plicní mor. Účinnou léčbu představují antibiotika, či existující očkování. (Vokurka, Hugo, 2006).

¹⁵ Nazývaná též Hansenova choroba, podle objevitele bakterie, jež nemoc způsobuje, A. Hansena (1841 – 1912). Mezi příznaky choroby patří: šupinatá a odlepující se kůže, znetvořené prsty na končetinách, degenerace kostní tkáně. Zmínky o postižení leprou lze nalézt již v Ebersově papyru (starověký Egypt). (Nuland, 2000).

¹⁶ Velký mor z let 1347 – 1351, s největší pravděpodobností původem z Číny, epidemiologové dodnes vedou spory, ale s největší pravděpodobností se jednalo o bubonický (dýmějový) mor. (Nuland, 2000).

5. 7. Antická medicína v arabské tradici

Na počátku středověku Arabové díky úspěšným vojenským výbojům vybudovali velkou říši. Během těchto výbojů přišli do kontaktu s kulturním dědictvím vyspělých starověkých národů. Díky tomu se uchovala velká část vědeckého poznání starověkých společností, které Arabové ochotně přijímali. Ve studiu přírody a člověka arabští učenci vycházeli ze základů Aristotelových a Galénových prací. Akademická medicína se rozvíjela zejména ve velkých městech. Rozkvět medicíny v arabském světě podporoval i vliv islámského učení, které říká, že Bůh neseslal na člověka žádnou nemoc bez toho, aby současně s ní neposlal i účinný prostředek na její vyléčení. (Nuland, 2000) Mnoho pojmů v medicíně a farmacii, které se používají dodnes, pochází právě z arabštiny – droga, alkohol, sirup. Do léčebných postupů zavedli arabští lékaři řadu nových látek, například myrhu, kafr, alkohol, opiovou tinkturu. Ve vznikajících centrech soustřeďujících arabské učence, např. v Córdobě či v akademii v Gundišapúru (jižní Persie), je věnována velká pozornost překladatelské práci. (Porter, 2001) Stovky řeckých textů se díky tomu zachovaly pro budoucnost v arabských verzích (viz Galénos). Řada učenců řecké originály glosovala a postupně vznikla potřeba opětovné syntézy antického vědění. K rozvoji poznatků z medicíny přispělo mnoho arabských učenců.

Jedním z největších muslimských lékařů byl Muhammad ibn Zakarijá al-Rhází, na západě známý jako Rhazes (865 – 925). Výrazně přispěl k rozvoji filozofie medicíny. Je autorem přibližně 200 lékařských pojednání. Napsal desetidílný manuál *Al-Kitáb al-Mansúri fi't-tibb* (*Al Mansúrova kniha medicíny*). Je autorem spisu *Al-hávi fi't-tibb* (*Všeobecná kniha o medicíně*), díky které získal značný věhlas. (Porter, 2001) Tato kniha se dočkala i přeložení do latiny. Vrchol tradice arabských lékařů spadá do období 10. – 11. století.

Nejvýznamnějším představitelem arabské medicíny byl Abú Alí al-Husajn ibn Abdalláh ibn Síná (v latinském světě známý jako Avicenna), který žil v letech 980 – 1037. Byl osobním lékařem bagdádských chalífů. (Duinová, Sutcliffová, 1997) Za svého života sepsal na 270 spisů, včetně 2 encyklopedií. Jeho spis shrnující poznatky celé tehdejší lékařské



Obr. 19 - Avicenna, Liber canonis medicine

vědy *Al-Kánún fi'tt-tibb (Kánon medicíny)* se stal dílem na několik staletí určujícím hlavní směr v lékařství. (Soukup, 2004)

Druhým zásadním a významným učencem, který přispěl k rozvoji medicíny v tomto období, byl Abú-Valíd Muhammad ibn Ahmad ibn Muhammad ibn Rušd, v latinském světě známý jako Averroes (1126 – 1198). (Porter, 2001) Ve svém díle částečně kritizoval práce Avicenny. Zejména nesouhlasil s popisem některých anatomických částí. Sám detailně popsal mnohem lépe např. malý plicní oběh. Je autorem medicínské encyklopedie *At-Kulli-ját (Kniha obecných principů)*. (Porter, 2001)

5. 8. Rozvoj medicíny na území středověké Prahy

Praha v období středověku byla největším a nejlidnatějším městem českých zemí. Vysoký počet a hustota obyvatelstva s sebou přinášely celou řadu problémů. Mezi nejpodstatnější potíže patřily problémy s hygienou a celkovým zdravotním stavem obyvatel.



Obr. 20 - Pietro Lorenzetti: Beata Umiltà léčí jeptišku, 1341, tempera, dřevo, 45 × 55 cm, Berlín, Staatliche Museen

Špatné sociální postavení velkého počtu obyvatel mělo za následek vysokou nemocnost a podvýživu. Připočteme-li k tomu nedostatek kvalitní vody, problémy s odpady, stísněné bydlení a další řadu problémů, nemohou nás časté výskyty epidemií různých chorob nijak překvapit. Ke špatnému zdravotnímu stavu obyvatel středověké Prahy výrazně přispívala také nekvalitní a zcela nedostatečná strava. (Vojtová, 1970)

Časté výskyty střevních infekcí, hladomorů, epidemií moru a mnohých dalších nemocí spolu s nepatrnými úspěchy tehdejší lékařské vědy nám ve svém souhrnu podávají jako výsledek vysokou úmrtnost Pražanů. Největší epidemie černé smrti (moru) v předhusitském období zasáhla naše země roku 1380. Následující epidemie moru vyvrcholily v letech 1520 - 21. (Fialová et al., 1996)

Léčením nemocí se zabývala celá řada povolání od lázeňských, mastičkářů, bylinkářů, přes vyučené ranlékaře, porodní báby a lékárníky až po univerzitně vzdělané lékaře. Od svého založení v roce 1348 požívala Karlova univerzita mimořádného postavení. Lékařská fakulta vychovávala na svou dobu špičkové odborníky, udržovala si funkci odborné autority a dohlížela na příslušníky nižších lékařských povolání. (Svatoš, 1987)

Sledovat počátky vzniku špitálů v Praze je velice složité. Písemných pramenů, ze kterých by bylo možné čerpat, není mnoho. O špitálech zřízených při kláštorech



Obr. 21 - Sv. Anežka odevzdává špitální kostel prvnímu křižovnickému velmistru. Breviář velmistra Lva, 1356

nenalezneme až do 13. století v pramenech žádné zmínky. Za nejstarší útulek, který později plnil funkci špitálu, můžeme považovat týnský špitál Panny Marie. Jeho počátky jsou kladeny již do 10. století a jsou spojovány s kupeckým dvorem, který se nacházel v místech pozdějšího Ungeltu. Týnský špitál zanikl nejpozději koncem 13. století. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) O vznik jednoho z nejvýznamnějších špitálů se zasloužila sv. Anežka Česká, která se během svého života rozhodla přijmout řeholi sv. Františka a pravděpodobně roku 1231 založila ženský klášter a špitál. (Soukupová, 1989) V tomto období vznikl také

první izolační dům, leprosárium. Byl založen na území Nového Města, na vnější straně pražských hradeb. Zprávy o domě malomocných s kaplí sv. Lazara pocházejí z roku 1282. (Nový, 1987) Na náklady pražských patricijů se zde o chovance starali mniši ze zderazského kláštera.

Za významný přelom v dějinách středověkého pražského budování špitálů bychom mohli označit období druhé poloviny 14. století, kdy během přibližně 25 let vznikly na území města Prahy čtyři nové špitály. V průběhu 15. století zaniká celá řada církevních i charitativních organizací. Z pramenů se mnoho nedozvíme ani o osobách pečujících o nemocné. Městské rady často najímaly jako pečovatele nebo pečovatelky staré ženy, lazebníky, lékárníky či lékaře. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Po dlouhou dobu se nijak nelišila péče o nemocné od péče poskytované ostatním chovancům. Dostalo se jim stravy a útulku. Úroveň středověké medicíny nabízela omezenou možnost pomoci. Většinou se jednalo jen o základní ošetření ve formě obvázání ran, podávání utišujících a desinfekčních prostředků především rostlinného původu nebo pouštění žilou. Středověké a raně novověké



Obrázek 22 - Mistr Křižovnického oltáře: Sv. Anežka ošetřuje nemocného, tempera, lipové dřevo potažené plátnem, 124 × 96,5 cm

špitály se podílely na zlepšení úrovně zdraví pražského obyvatelstva jen velmi omezeně. Největší význam pro další vývoj medicíny měl samotný jejich vznik.

5. 9. Renesance medicíny

V období renesance dochází k oživení zájmu o vědecké bádání a ke zpochybňování mnoha středověkých doktrín. Evropa zažívá neobyčejně mohutné znovuzrození kulturního života a s ním touhu po návratu ke starověké tradici dle principu *ad fontes* (zpět k pramenům). (Schreiber, 2000) Renesance se zrodila v Itálii na přelomu 13. a 14. století a ve století 16. a 17. se rozšířila do ostatních částí Evropy.

Rozvoj vědeckého poznání zásadním způsobem ovlivnil vynález knihtisku, který umožnil rychlejší šíření lékařských děl. V roce 1525 byly v benátské tiskárně Manutiů vydány úplné Galénovy spisy. (Porter, 2001) Medicínská výuka se v 15. století soustředovala především na symptomy a jejich následné léčení. Galénův požadavek, aby byl brán hlavní zřetel na osobnost pacienta a jeho osobité charakteristiky (tělesnou stavbu, věk, temperament), byl postupně redukován na pouhou metodu. Tento přístup vedl k postupné encyklopedizaci.

Zdraví světové populace výrazným způsobem ovlivnila událost z roku 1492. Kolumbovo vylodění v Novém světě znamenalo obrovskou změnu v mnoha oblastech. Z hlediska medicíny lze tuto událost považovat za jednu z nejhorších katastrof v dějinách lidstva s devastujícími účinky. Autor knihy *Největší dobrodini lidstva: historie medicíny od starověku po současnost* Roy Porter (2001) přímo hovoří o tom, že objevení Nového světa „umožnilo dobytí Nového Světa nemocemi Starého“ (Porter, 2001, str. 189). Po celou dobu své existence američtí indiáni vypracovávali vlastní formu medicíny a léčebných rituálů, ve kterých však nemohli počítat s novými, dosud neznámými nemocemi, proti kterým neměly organismy indiánů vypěstovanou vůbec žádnou imunitu. První epidemií, která začala ohrožovat původní obyvatele amerického kontinentu, byla chřipka, dovezená spolu s vepří na Kolumbových lodích. Jako další potom následovaly neštovice, spalničky, tyfus, atd. Epidemie těchto nemocí zcela zdecimovaly původní populaci obyvatel.



Obr. 23 - Indiáni umírající na neštovice, výjev z aztéckého kodexu

To mělo za následek nedostatek pracovních sil a vedlo to k dovozu velkého množství otroků z Afriky. Tak se na americký kontinent dostaly např. malárie a žlutá zimnice. Kolumbus „výměnou“ přivezl zpátky do Evropy také jednu nemoc, která nabyla epidemických rozměrů. Byla to syfilis¹⁷.

Zásadní změny se odehrály především v jedné z dosud opomíjených oblastí medicíny, v anatomii. Zásahu na tom mají zejména renesanční umělci a jejich fascinace krásou lidského těla. Pro umělce, který chce dokonale zobrazovat lidské tělo, je znalost jeho jednotlivých částí zcela nezbytná. Pozornost se obrací k lidskému tělu a postupně se mění přístup k pitvám. Zde bych uvedla jako příklad obraz *Hodina anatomie Dr. Tulpa* z roku 1632 od Rembrandta, na kterém si lze všimnout zachycení průběhu pitvy jako velkého představení.



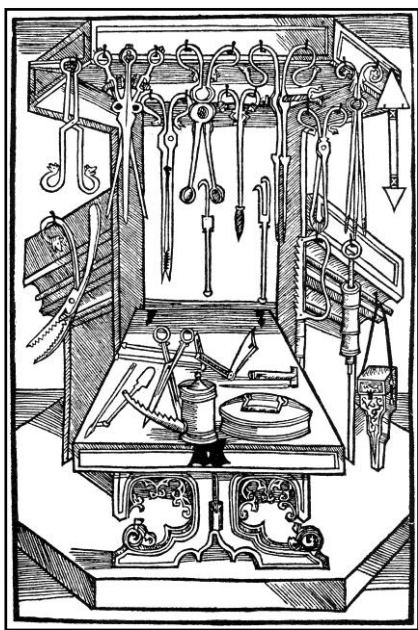
Obr. 24 - Hodina anatomie dr. Tulpa, 1632, Mauritshuis, Haag, Nizozemí

Nelze se v tomto spojení umělců a medicíny nezmínit o takových renesančních umělcích, jakými byli Leonardo da Vinci, Michelangelo Buonarroti či Albrecht Dürer, do jejichž tvorby se promítá také aplikace nových anatomických znalostí. Malířství zde vystupuje jako prostředek vědeckého poznání. Leonardo da Vinci je autorem celé řady vynikajících anatomických ilustrací a studií. Strávil nesčetné množství hodin pozorováním mrtvých těl. Zabýval se myšlenkou vytvoření anatomického atlasu, který by zobrazoval člověka v jednotlivých fázích jeho vývoje.

V renesanci vznikla některá díla, která znamenala zásadní zlom ve vývoji vědeckého poznání a medicíny. Nyní se budu podrobněji zabývat některými osobnostmi, jež se o tento rozvoj medicíny zasloužily, a jejichž práce přispěly k formování medicíny jako moderní vědy.

¹⁷ rovněž příjice či lues, pohlavně přenosná infekce, jejímž původcem je bakterie *Treponema pallidum*, přenáší se pohlavním stykem. (Vokurka, Hugo, 2006).

K průkopníkům přírodní filozofie a zastáncům názoru, že příroda má absolutní moc a nadvládu, patřil Theophrastus Phillipus Aureolus Bombastus von Hohenheim zvaný Paracelsus (1493 – 1541) (Nuland, 2000).

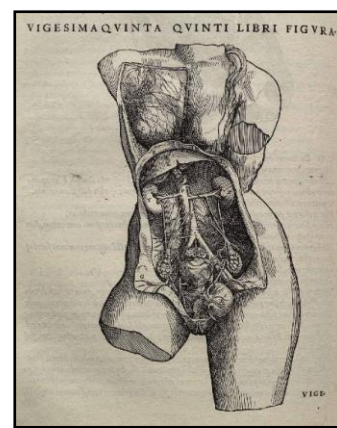


Obr. 25 - Chirurgické instrumentárium, dřevorez z Paracelsova díla *Die große Wundartzney*, Ulm 1536

Rozvíjel myšlenku přírodní filozofie založené na chemických principech. Za základní substance označoval sůl, síru a rtuť. Při objasňování nemoci a stanovení diagnózy by se neměl lékař spoléhat pouze na pozorování moči (uroskopii), ale měl by přistoupit k její chemické analýze. Požadoval poznávání pravdy prostřednictvím experimentu a vlastního pozorování. (Porter, 2001) Paracelsus je dodnes patronem alternativní medicíny.

Oživení zájmu o lidské tělo a anatomii otevřelo cestu k významnému posunu ve vnímání mrtvých těl a k jejich pitvám. Autorem díla, jež se stalo základním stavebním kamenem nového pojetí anatomie právě na základě prováděných pitev, byl Andreas Vesalius¹⁸.

Ve svém díle *De humani corporis fabrica libri septem* (*Sedm knih o stavbě lidského těla*) z roku 1543 navazuje na Galéna, ale zároveň jeho pojetí anatomie zcela převyšuje a přesahuje. (Nuland, 2000) Pochopil, že lidskou anatomii je nutné studovat pozorováním lidských, nikoli zvířecích těl. Zdůrazňoval nutnost nezávislého pozorování a spolupráce různých lékařských disciplin. Mezi jeho objevy patří například objasnění tajemství srdečního tepu, což později přispělo k Harveyovu objevu krevního oběhu. Vesaliův text doprovodil technicky dokonalými kresbami Jan Stephan von Calcar (1490 – 1546). (Porter, 2001)



Obr. 26 - Andreas Vesalius: *De corporis humani fabrica*, 1542

Mnohem menší pozornosti se v renesanci dostávalo chirurgii. Chirurgické dovednosti se omezovaly na provádění zákroků pouze na povrchu těla a chirurg nebyl považován za lékaře v pravém slova smyslu, byl pouhým řemeslníkem. Nejlepší školou pro chirurga bylo bitevní pole a ošetřování válečných zranění

¹⁸Žil v letech 1514 -1564, vlastním jménem Andreas van Wesels, narozen v Bruselu, studium v Paříži na lékařské fakultě, od r. 1537 působil v Padově, kde získal značný věhlas. (Porter, 2001).

také patřilo k jejich hlavním úkolům. Jedním z nejznámějších chirurgů v renesanci byl Ambroise Parré (1510 – 1590). (Porter, 2001) Jeho dílo změnilo od základů úlohu chirurga a postavení chirurgie. Na bojištích nasbíral ohromné množství zkušeností a vypracoval zcela novou metodu při ošetření střelných poranění ve snaze zabránit následné otravě. Klasickým postupem do této doby bylo vypálení rány vroucím olejem nalitým přímo do rány. Parré prosazoval použití hojivé masti složené z vaječného bílku, růžového oleje a terpentýnu. Zranění takto ošetřených pacientů se hojila mnohem rychleji a bez větších komplikací. Ve svém díle také rozpracoval metodu použití ligatur (podvazování žil a tepen k zástavě krvácení) při amputacích končetin. (Porter, 2001)

Zcela zásadní proměnu v renesanci prodělala i farmakologie. Objevitelské a námořní cesty přispěly ke značnému rozšíření spektra dostupných látek např. z Indie či z Ameriky. Hlavními složkami používanými k léčbě byly stále především látky rostlinného původu.

Znalost bylinných léčivých přípravků byla součástí znalostí každé rodiny a předávala se z generace na generaci. Některé přípravky se velice osvědčily a to vedlo ke komerčnímu využívání takových léků. Zásadní průlom v tomto oboru přineslo dílo encyklopedického charakteru Pietra Andrea Gregoria Mattioliho (1554; in Hájek z Hájku 1562). Jeho *Herbář* z roku 1544 obsahoval velké množství celostránkových ilustrací a zahrnoval celou řadu poznatků pramenících z Mattioliho hlubokých znalostí botaniky a farmakologie.



Obrázek 27 - Mattioliho herbář, 1612, psáno česky, vydáno v Melantrichu, 35,5 x 23,5 x 8 cm

Jednou z nejváženějších osobností na poli medicínských věd je Willam Harvey. Na základě provedení celé řady pitev a vivisekcí na mnoha druzích zvířat objevil zákonitosti fungování krevního oběhu. Odhalil, že krev proudí v uzavřeném systému krevního oběhu. Jeho dílo *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanquinis in Animalibus* (*Anatomické cvičení o pohybu srdce a krve u zvířat*) se skládá ze dvou zcela samostatných výzkumů. Obsahuje kompletní popis toho, jak srdce žene krev tepnami do obou oběhů ke tkáním, z nichž se sbírá zpět do žil a jimi se navrací do srdce. (Nuland, 2000)

V 17. století došlo v Evropě k celé řadě zásadních změn, které ovlivnily vědecké poznání. Podstatný pro další rozvoj vědy byl celkový obrat k empirismu a smyslovému poznání, jehož základy vypracoval anglický filozof Francis Bacon (1974) v díle *Nové organon* a obrat k racionalismu, jehož základy položil, v práci *Rozprava o metodě* René Descartes (1992). Descartes důrazně preferuje jako metodu poznání racionální myšlení, které se opírá výhradně o logické postupy. Důraz Bacona i Descarta na postavení člověka v přírodě jako pána nad silami přírody a čistě mechanistický pohled na lidský organismus ovlivnil zcela zásadním způsobem celý budoucí vývoj biomedicíny.

Od 16. století dochází k postupné aplikaci vědeckých metod na celou lidskou společnost. Jsou položeny základy takových oborů jako například demografie či epidemiologie, jež měly řadu pozitivních vlivů na rozvoj medicíny. Shromažďování seznamu zemřelých, které obsahovaly informace o příčinách úmrtí (jež byly pravda, často velice vágní), bylo možné později využít i k medicínským účelům.

I na počátku moderní éry pronásledovaly lidstvo epidemie moru, který začal ustupovat až asi v polovině 18. století. Nově vzniklým, ale o to hrozivějším problémem, se ukázaly být rychle se rozvíjející městské aglomerace, a s tím související problém rostoucího počtu obyvatelstva. Především církevní instituce budovaly útulky pro chudé, tuláky a pobudy. První takovou institucí byla Hôpital Général v Paříži, která vznikla roku 1656. (Porter, 2001) Jednalo se spíše o útulek pro potřebné, než o nemocnici v moderním smyslu slova. Takovému způsobu dohledu nad žebráky, tuláky, sirotky, duševně chorými a dalšími postiženými říká Michel Foucault „*velké vězení*“. (Foucault, 1994) Přes řadu zjevných pokroků na poli vědy praktická medicína stále nedokázala pro nemocné mnoho udělat. Na celou řadu smrtelných chorob neexistovala účinná léčba. Schopnost skutečně léčit a vyléčit choroby se zlepšila, přes řadu významných vědeckých objevů, jen nepatrně. Postupně se však zvyšovala prestiž lékařského povolání. Nicméně mezi prostými lidmi stále převažoval religiózní pohled na nemoc a církve si stále zachovávala svůj vliv u lůžka nemocného člověka.

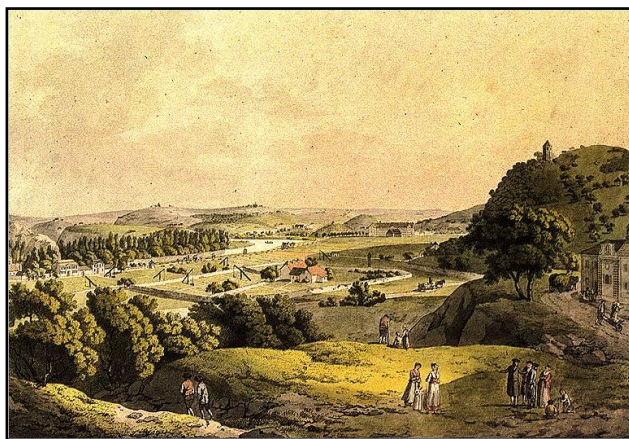
5. 10. Renesanční medicína v českém kontextu

V průběhu 15. století zaniká na území Prahy celá řada církevních i charitativních organizací, především v důsledku husitských válek i následné politické nejistoty a prudkého zchudnutí českých zemí i kulturní regrese. Přesuny majetků a rozhodovacích kompetencí do pravomoci měst mají velký vliv na růst moci městských rad. V souvislosti s tím vznikají

nové špitály, jejichž zřizovatelem a provozovatelem jsou výhradně města a městské rady. Jako příklad bych uvedla špitál pod Vyšehradem, který před touto administrativní změnou přestal dočasně fungovat. Krátce po roce 1419 přešel do rukou novoměstské rady a byl obnoven na přelomu čtyřicátých a padesátých let. Stal se hlavním novoměstským špitálem. Často ho jako cíl svých finančních příspěvků volili měšťané Nového Města, kteří se rozhodli poskytnout peníze na péči o nemocné. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Na přelomu 15. a 16. století získaly nové městské špitály Malá Strana, Staré i Nové Město. V troskách staroměstských dřevěných krámků za Poříčskou branou (pozdější Špitálské pole) se postupně živelně začali usazovat lidé stížení chorobou zvanou „francouzská nemoc“

(syfilis). Městská rada záhy rozhodla o nutnosti toto usazování regulovat a o zřízení nového špitálu. Po roce 1503 zde již stál a fungoval špitál i s kostelem sv. Pavla, který dal tomuto špitálu jméno. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) V průběhu druhé poloviny 16. století se tento špitál stal největším a nejbohatším staroměstským špitálem. V průběhu



Obr. 28 - Lorenz Janscha: Špitálské pole (Karlín), 1803

16. století byly zřízeny ještě další tři výjimečné špitální fundace. V roce 1547 byl obnoven původně arcibiskupský špitál na Hradčanech s kapacitou třiceti lůžek. Obnovil jej panovník Ferdinand II., proto byl nazýván také jako císařský špitál. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Až do 15. století se písemné prameny omezují jen na strohá konstatování existence špitální budovy. Pro starší období proto není možné spolehlivě prokázat stavební formy. Nejpodrobnější popis pochází ze sklonku 16. století. Týká se nového malostranského špitálu na Újezdě. Ten se tehdy přestěhoval do domu zvaného Petřín. O vnitřním uspořádání se dozvídáme ze zmínek o oddělených světnicích pro muže a ženy a o pokojích pro personál. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

5. 11. Obrat k vědeckému pojetí medicíny

18. století znamenalo převrat ve vývoji evropského myšlení. Věda a rozum zcela dominují myšlenkovému proudu tohoto století. 17. století bylo teprve počátkem moderní doby a v tomto období zůstávaly nové objevy spíše jen na papíře či se staly předmětem akademického zájmu, namísto skutečného přínosu pro pacienty. Nicméně zdravotní rizika se, vlivem epidemií, válek, ale také rozvojem celosvětového obchodu a rychle rostoucích měst, stále zvyšovala a vytvářela na vědu velký tlak, aby opustila akademickou půdu a přešla, samozřejmě pomalu a postupně, především do lékařské praxe.

Na počátku 18. století se stále praktikovalo léčitelství a náboženství prolínalo do každodenního života. Celá řada nemocných se pro pomoc obracela pouze k léčitelům, nebo spoléhala na pomoc v rámci rodiny. Knihtisk umožnil rozšíření zjednodušených medicínských příruček mezi širší vrstvy lidu. Mezi tituly, které získaly velkou oblíbenost



Obr. 29 - Příprava dryáku na dřevorytu z doby kolem roku 1500

a dočkaly se mnoha vydání i překladů do více jazyků, patřila kniha *Poor Man's Medicine Chest (Léčárnička chudého)* z roku 1791 nebo dílo Williama Buchana z roku 1769 *Domestic medicine (Domácí medicína)*. (Porter, 2001) Ačkoliv seriózní medicíně lidé stále nevěří, daří se komerčně vyráběným lékům a přípravkům nejrůznější kvality. 18. století bývá někdy označováno jako zlatá éra šarlatánů a mastičkářů. Ti si dokázali obratně zajistit publicitu a vzbudit důvěru lidí, kterou dříve vkládali do církve. Někteří z takových šarlatánů byli zcela neškodní, ale jiní měli na svědomí velké množství životů. V mnoha oblastech fungovala medicína spíše jako druh živnosti. Vztah pacient – lékař byl velice nejistý. Z řad vzdělaných odborných lékařů sílilo volání po lékařské etice, formě regulace a dohledu ve snaze posílit prestiž oboru medicíny. Tyto snahy vyústily v celkovou reformaci vzdělávání lékařů i systému samotné péče o nemocné.

Vědecká medicína v 18. století nebyla jednotným proudem. Existovala zde celá řada protichůdných koncepcí. V podstatě by se dalo říci, že co významné medicínské centrum, to odlišný názor, přesto je třeba zdůraznit, že osmnácté století přineslo celou řadu nových

biomedicínských poznatků. Ve druhé polovině tohoto století se vyčleňuje řada jednotlivých vědeckých oborů a také v medicíně dochází ke specializaci lékařů na jednotlivé obory.

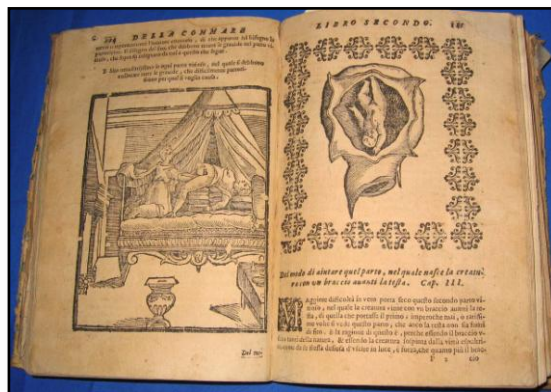
O změnu ve způsobu vnímání základní povahy nemocí se zasloužil Giovanni Baptista Morgagni (1682 – 1771). Ve své práci *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (*O sídle a příčinách nemocí anatomicky zjištěných*) rozvíjí teorii, že nemoc není projevem celkové nerovnováhy pacienta, ale projevem poškození konkrétní tělesné struktury. (Nuland, 2000) Úlohou dobrého lékaře je najít sídlo nemoci. Tím položil praktický základ k rozvoji patologické anatomie. Na vyobrazených tělesných orgánech ilustroval, jak jednotlivé orgány odrážejí stopy choroby. Dokazoval tak, že nálezy získané při pitvě mohou být klíčem k pochopení nemoci.

Stále častěji se objevovaly teorie snažící se vysvětlit epidemie některých nemocí, například syfilidy či malárie. Své stoupence měla jak teorie o nakažlivosti těchto chorob a způsobech přenosu, tak řada dalších teorií. Bohužel, pro nakažené pacienty tehdejší medicína dokázala v praktické rovině udělat velice málo. Rozvoj patologické anatomie umožnil chorobu lépe rozpoznat, ale nepřinesl informaci o tom, jak ji léčit. Úmrtnost v nově otevřených špitálech byla stále hroživě vysoká. Kladl se důraz na prevenci – střídmost, umírněnost, hygienu a duševní vyrovnanost.

V podávaných lécích stále dominovaly prostředky rostlinného původu, ale mezi doporučovanými léky lze najít takové „speciality“ jako lidské sádlo, roh nosorožce či pavučiny. (Porter, 2001) Postupně však roste vliv chemie a spektrum nabízených prostředků se rozrůstá o léčiva vznikající na bázi minerálů a kovů. K volně prodejným a široce užívaným prostředkům patřilo i opium ve formě opiové tinktury (*laudanum*). (Duinová, Sutcliffová, 1997)

Skutečnému rozvoji chirurgie bránila nemožnost provádět větší zákroky na vnitřních orgánech. Postupy chirurgů byly spíše neinvazivní. K podstatným změnám došlo v oblasti porodnictví. Porodní báby byly postupně nahrazovány kvalifikovaným zdravotním personálem a otevírají se první školy pro výuku porodnictví. V celkových číslech se nesporně jednalo o velký pokrok v péči o matku a dítě, zároveň je ovšem s touto dobou spojena i epidemie tzv. horečky omladnic, kdy rodičky během několika dnů po porodu umíraly na horečnaté onemocnění. Dlouho nebyla známa příčina, až si mladý lékař všiml, že rodičky umírají ve dnech, kdy porody vedou lékaři. Ve dnech, kdy rodily porodní báby, se horečka omladnic neobjevovala vůbec. Hledal dalšího společného jmenovatele, až si uvědomil,

že lékaři chodí k porodům rovnou z pitevny. Primář tehdejšího porodního oddělení byl dokonce hrdý na pach pitevny na svých rukou, neboť podle něj dokazoval tu vysokou vědu, kterou praktikuje. Smutným příběhem je, že trvalo ještě mnoho let, než onen mladý lékař přesvědčil své kolegy, aby si před porodem řádně umyli ruce. Ukazuje to dva kontrapunkty vědecké revoluce osvícenství - tím prvním je, že možná je někdy lépe nechat věci plynout přirozeně (a porod nechat v rukou zkušených porodních bab/asistentek namísto lékařů - vědců),



Obr. 30 - Scipione Mercurio - Della Commare Raccogliatrice, 1652

ten druhý, že občas pro samou vědu a pokrok lékař přehlédne svého pacienta a jeho skutečné blaho. A vědec by odvětil, že kdyby se nesoustředil na vědu, žádný pacient by ani nebyl, neboť by byl mrtvý. Je to spor, kde mají obě strany pravdu a který se snažíme vyřešit od osvícenství až do dnešních dnů, zatím stále bez jednoznačné odpovědi. (Nuland, 2000)

Jedním z velkých úspěchů medicíny 18. století bylo nejprve zavedení inokulace¹⁹, později vakcinace²⁰ proti pravým neštovicím. Nejprve se jednalo o použití materiálu získaného od nemocných, který si opatrovaly turecké venkovské ženy, aby získaly imunitu proti tomuto onemocnění. Posun způsobilo zjištění, že imunitu proti pravým neštovicím lze získat kontaktem s kravskými neštovicemi. Venkovský lékař Edward Jenner (1749 – 1823) provedl experiment, kdy použil látku získanou z kravských neštovic k naočkování osmiletého chlapce Jamese Phippse. U chlapce se projevila pouze mírná reakce. Po osmi měsících chlapec naočkoval virus pravých neštovic, ale nemoc se nerozvinula. Tento svůj objev publikoval v roce 1798 a o rok později se začalo s očkováním touto novou metodou. (Porter, 2001)

V 18. století postupně roste podpora klinické výuky medicíny. Při vzdělávání budoucích lékařů byl kladen mnohem větší důraz na posuzování stavu konkrétního reálného pacienta. Tradiční nemocnice běžně k výukovým účelům nesloužily, šlo tedy o obrovskou inovaci. V následujícím 19. století vedl tento přístup k celkové reorganizaci medicíny a jejímu ustavení jako nové moderní vědy. Počátek tohoto procesu můžeme sledovat v průběhu století

¹⁹ Způsob očkování, kdy dochází ke vpravení živých organismů do lidského těla s cílem zabránit šíření přenosné nemoci. (Vokurka, Hugo, 2006).

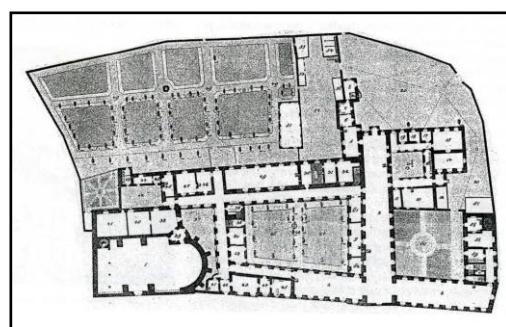
²⁰ Podání vakcíny (očkovací látky) připravené z usmrcených nebo oslabených původců nemoci s cílem zabránit nákaze. (Vokurka, Hugo, 2006).

osmnáctého, kdy se nemocnice postupně otevírají studentům. Nemocnice byly sice původně po celá minulé staletí zřizovány spíše jako útulky, než jako instituce poskytující zdravotní péči, jejich role se však pod vlivem státní podpory zdraví začala proměňovat. Do 18. století byl lidský život v rukou boží prozřetelnosti, od té doby se stává předmětem výpočtů a kalkulací.

5. 12. Vznik prvních pražských nemocnic

Počet obyvatel Prahy kolísal ve druhé polovině 18. století mezi zhruba 55 až 73 tisíci obyvatel. (Bělina et al., 1997) V průběhu 17. a 18. století se hygienické a zdravotní poměry obyvatel zlepšovaly jen zvolna, k nejrozšířenějším nemocem patřily tyfus, černé neštovice, spála, černý kašel, chřipky a pohlavní choroby. Vysoká úmrtnost postihovala zejména kojence a malé děti. V průběhu 17. a první poloviny 18. století došlo ve vývoji péče o nemocné k celé řadě významných změn. Dochází k postupné specializaci špitálů výhradně na nemocné a výrazně se zlepšují diagnostické a terapeutické možnosti lékařů. Vedle tradičních, dosud fungujících špitálů vznikly dvě skutečné nemocnice, ve kterých zaměřili svou péči výhradně na nemocné. Nemocnice milosrdných bratří Na Františku léčila výhradně mužské pacienty. Nemocnice alžbětinek Na Slupi pečovala o ženské pacientky. Třetí již existující špitál (Vlašský špitál na Malé Straně) se postupně specializoval na péči o rodičky a opuštěné děti.

Nemocnice milosrdných bratří Na Františku patří svou historií k nejzajímavějším nemocnicím v Praze. Tak dlouhou historii a tradici nemá žádná jiná pražská nemocnice. Zdravotní péče zde byla poskytována již od poloviny 14. století. Díky několika přestavbám získala nemocnice v průběhu let poměrně vysoký počet 108 stálých lůžek s možností nouzových přistýlek. Tím se stala největší nemocnicí v Praze i Čechách. Do dějin lékařství se nemocnice zapsala zcela mimořádnou událostí. Dne 27. února 1847 zde řádový chirurg Celestýn Opitz (1810 – 1866) poprvé použil během operace pacienta celkovou éterovou narkózu. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)



Obrázek 31 - Půdorys kláštera milosrdných bratří, 1823

Ženským protějškem nemocnice milosrdných bratří se stala nemocnice alžbětinek²¹ Na Slupi v jižním cípu Nového města. První dvě řádové sestry přišly do Prahy z Vídně roku



Obr. 32 - Klášter alžbětinek Na Slupi, grafika podle kresby F. B. Wenera, kolem poloviny 18. století

1719. Zaslouhou sedmi pražských šlechticů se brzy sešlo základní jmění, které umožnilo zakoupení pozemků a zahájení výstavby nemocnice. Roku 1722 povolil nemocniční provoz císař Karel VI. V letech 1724 až 1732 došlo k velké přestavbě ústavu proslulým architektem Kiliánem Ignácem Dientzenhoferem. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Po stavební stránce byl ústav dokonale uzpůsoben nemocničním potřebám, avšak

z dnešního hlediska bylo hygienické vybavení katastrofálně nedostatečné. Zdrojem vody byla jediná studna, kanalizace žádná, koupelny byly zřízeny až v pozdější době. Většina pacientek pocházela z nižších sociálních vrstev.

Vlašský špitál na Malé Straně vznikl během první poloviny 18. století. Jeho hlavním posláním byla péče o ženy a děti od narození po práh dospělosti. Byl přímým předchůdcem zemské porodnice a nalezince zřízených později Josefem II. V roce 1776 po připojení porodnice a nalezince Máří Magdalény byl přikoupen vedlejší Šporkovský dům, ve kterém byla zřízena dobře vybavená porodnice. (Svobodný, 1987) Péče o děti se v té době zaměřovala především



Obr. 33 - Vlašský špitál na kresbě F. B. Wenera, kolem 1640

na jejich tělesné a duševní blaho (křest, ubytování, oděv, strava, vzdělání). V případě nutnosti byla poskytována prostřednictvím externího lékaře a ranlékaře (chirurga) zdravotní péče. Do tohoto období spadají i počátky pražských nemocnic určených pro vojáky. První z nich byla otevřena roku 1752 v Hybernské ulici. Další v roce 1787 v prostorách zrušeného Hradčanského špitálu a o rok později další ve zrušené novoměstské jezuitské koleji na Dobytčím trhu. Zvláštní institucí byla karlínská Invalidovna založená roku 1732 Karlem

²¹ Ženský řád alžbětinek odvozuje svůj název od sv. Alžběty Durynské. První dvě řádové sestry přišly do Prahy z Vídně roku 1719. (Vlček, Sommer, Foltýn, 1997, str. 100).

VI., která pečovala o blaho a zdraví vysloužilých, často zmrzačených vojáků. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Na počátku vlády Josefa II. fungovalo v Praze osm špitálů a dvě nemocnice poskytující péči výhradně nemocným. Většina dosavadních špitálů byla postupně zrušena jednak z důvodů nevyhovujících podmínek, ale hlavně proto, že jejich majetky se měly stát základem financování nového systému zdravotní péče. Přejít od špitálů k nemocnicím, který v Praze započal s otevřením ústavu u milosrdných, byl završen reformami Josefa II. Staré špitály tkvěly svými kořeny ve středověké charitativní péči o všechny potřebné (nemocné, ale i staré, chudé a opuštěné lidi), s příchodem milosrdných bratří se objevil nový typ ústavu, pečující pouze o nemocné.

Většinu ústavů založených Josefem II. zdobí heslo „*Saluti aegrorum*“ (pro zdraví nemocných). (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Toto heslo vystihuje změnu, kterou prodělaly evropské zdravotní ústavy v osvíceném 18. století. Ve střední Evropě zejména zásluhou Josefa II. Jeho mimořádný zájem o zdravotnictví se projevoval návštěvami špitálů a útulků během domácích i zahraničních cest.

Nevalná úroveň poskytované péče přiměla Josefa II. k zásadním reformám. Brzy po svém nástupu na trůn vydal tzv. direktivní pravidla (květen 1781), ve kterých stanovil jednotné zásady pro vybudování centrálních zdravotních ústavů v celé rakouské monarchii. Postupně vznikly dvě varianty na zřízení



Obr. 34 - nemocnice u sv. Apolináře

zdravotních ústavů v Praze. První počítala s využitím řady bývalých církevních objektů v jižní části Nového Města. V budovách zrušeného kláštera na Karlově měla vzniknout všeobecná nemocnice s přibližně 300 lůžky, v bývalém kapitulním domě u sv. Apolináře porodnice a nalezinec a ústav choromyslných a chorobinec v budově bývalého kláštera u sv. Kateřiny. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

V polovině roku 1789 byla uvedena do provozu porodnice a nalezinec umístěné dle původních plánů do budovy u sv. Apolináře. Porodnice a nalezinec se staly prvními ústavu nového typu. Jako poslední byla otevřena všeobecná nemocnice, neboť práce na úpravách

bývalého paláce šlechticů²² se značně protahovaly. Po dokončení přestavby vznikla nemocnice s celkovou kapacitou 300 lůžek, pokoje pro ošetrovatelský personál a přízemím, ve kterém byly umístěny sklady, kuchyně, přijímací kancelář a byty zaměstnanců. Na každém patře se nacházely čtyři záchody přístupné rovnou z pokojů. Také rozvod studniční vody po budově pomocí rozvodných rour byl na svou dobu na dobré úrovni. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Všeobecná nemocnice sloužila od svého založení jako vzor pro nově zakládané nemocnice. Ještě dnes bychom mohli nalézt překvapivě mnoho podobností se současným chodem nemocnic. Výrazné shody bychom viděli např. ve způsobu přijímání do nemocnice, vedení protokolů, v systému ranních a večerních vizit, provádění většiny lékařských úkonů v dopoledních hodinách, v době určené k podávání jídla apod.

Společně se všeobecnou nemocnicí zahájil svou činnost blázinec (*Tollhaus*). Tento název se brzy stal předmětem kritiky a začal být nahrazován označením ústav či dům choromyslných (*Irrenanstalt, Irrenhaus*). Tato stavba znamenala počátek zcela nového pohledu na psychicky nemocné osoby. Do té doby žily osoby postižené duševní chorobou na okraji společnosti, často v poutech, nebo se potulovaly po obcích a budily odpor a opovržení ostatních občanů. Podobně na tom na sklonku 18. století byli duševně choří v celé Evropě. V době otevření byla celková kapacita ústavu 57 pacientů. Tato kapacita byla zcela nedostačující ve srovnání s tisíci choromyslnými ubožáky, kteří v té době doslova živořili na území naší země, ale byl to první krok ve snaze poskytnout těmto lidem dostatečnou péči. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

5. 13. Medicína jako přírodní věda

V polovině 19. století se objevují ve filozofii dva směry, které významným způsobem ovlivnily a posunuly medicínu k novému vědeckému ideálu – redukcionismus a pozitivismus. V medicíně pronikají do značné hloubky. Na jejich základě se prohlubují požadavky moderní medicíny po objektivně založené vědě, postavené na čistě vědeckém poznání z pohledu přírodních věd. Lékařství jako umění pečovat, empatie a soucitný zájem jsou odsouvány do pozadí jako nevědecký přístup k pacientovi.

²² Nadační ústav pro zchudlé šlechtičny se rozhodla vybudovat hraběnka Helena Zuzana Bedaridová v letech 1701 – 1705 podle plánů slavného italského stavitele M. A. Canavally. Objekt byl zrenovován a zvýšen o patro dle návrhů stavitele J. Wircha v letech 1765 – 1769. (Vlček, 2004).

Prudký nástup industrializace a průmyslové revoluce rychle měnil každodenní život člověka. Během jednoho staletí se objevilo dosud nevídané množství vynálezů (parní stroj, rotačka, elektřina, automobily atd.). V průmyslově se rozvíjejících městech vzrůstá počet obyvatel, spolu s tím ale přibývá špína, bída, nemoci a roste počet úmrtí v důsledku z toho pramenících chorob. Na medicínu jsou tak kladeny stále nové a větší nároky. Pod vlivem nových vědeckých poznatků se proto prudce vyvíjí a transformuje i nová medicína. Základy nové vědy položili v minulých staletích Bacon, Descartes, Harvey, Newton a další. Po roce 1800 přinesl nové možnosti systém státem financované vědy, jsou zakládány nové vědecké společnosti a věda se stává hnací silou pokroku.

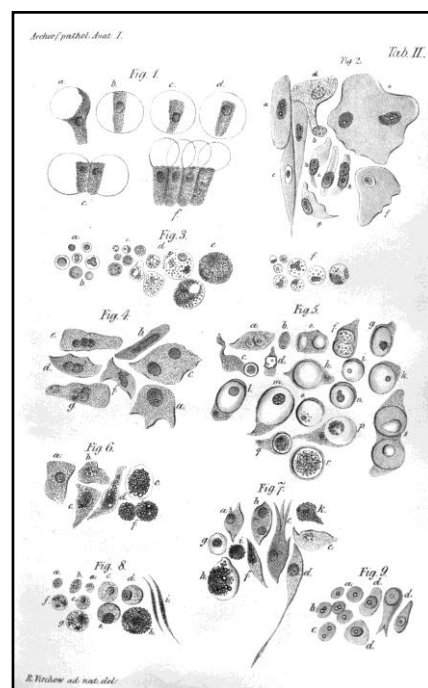
Medicína jako nová vědecká disciplína se rozvíjí a transformuje také. K významné reformaci zdravotních institucí a politiky došlo v 19. století v Paříži. Tohoto vývoje bylo dosaženo zejména odebráním nemocnic církvím a jejich svěřením do rukou státu. Zásadním zvratem, kterým prošla medicína na počátku 19. století, se zabývá podrobněji Michel Foucault (2010) v práci *Zrození kliniky (Naissance de la clinique)* z roku 1963. Do 18. století převládá v medicíně klasifikační pohled na nemoc, choroby byly tříděny a hierarchizovány podle určitého racionálního řádu choroby bez ohledu na jedinečnost každého pacienta a jeho případu. Posun, který umožnil vznik moderní klinické medicíny, spočívá na zásadní proměně pohledu lékaře na nemocného pacienta a bere na zřetel individuální dispozice pacienta. Lékaři a studenti medicíny se přesouvají ze studia teorií z knih do nemocnic nového typu – na kliniky. Kliniky jsou takový typ ústavu, jenž umožňuje lékařům zkoumat chorobné stavy pacientů. Nový typ lékaře preferuje vlastní zkušenosti získané u lůžka nemocného nebo při pitvě zemřelého. Nový pohled se zaměřuje na jednotlivé tělesné tkáně a dochází k rozvoji tkáňové patologie. K němu přispěl svou prací *Pojednání o membránách (Traité des membranes)* z roku 1799 Maria Francois Xavier Bichat (1771 – 1802). (Foucault, 2010)

V medicíně dochází k významnému posunu od posuzování příznaků, tak jak je vylíčí sám pacient (tj. od subjektivních pocitů), k objektivním znakům nemoci. Jak případně cituje Roy Porter ve své knize o historii medicíny německého lékaře Roberta Volze: „*Nemocný se stal věcí.*“ (Porter, 2001)

Významným místem v odhalování nemocí a jejich příčin se stala laboratoř. Zde se formovala nová vědecká disciplína, založená na studiu chemických procesů, používání mikroskopu a vivisekcích. Medicína založená na všem, co je možné změřit, zvážit a testovat. Patologie a zejména fyziologie se staly nejprestižnějšími laboratorními disciplínami. Velká pozornost byla nově věnována rostlinné buňce. Moderní buněčnou teorii do medicíny uvedl

Rudolf Virchow (1821 – 1902). Nové laboratorní metody a možnosti napomohly vzniku další nové disciplíny, farmakologie. Prudký nárůst prováděných experimentů umožnil získání celé řady nových aktivních látek. Pro léčebné využití se podařilo uvést do medicíny mnoho zajímavých alkaloidů.²³

K rozvoji chirurgie přispěly dva objevy zcela mimořádného charakteru. Jsou to objevy anestézie a antiseptiky. Anestézie se stala zcela neocenitelnou metodou v tlumení bolesti. Zbavit operovaného bolesti bylo důležitým krokem k možnosti vykonávat rozsáhlejší chirurgické zákroky. Ale největší problém tehdejší chirurgie spočíval v nebezpečí infekce. Tyto dva objevy významně rozšířily pole působnosti moderní chirurgie a umožnily operace hlavy, hrudníku a břicha.



Obr. 35 - Virchowovi nákresy buněk

Všechny uvedené nové přístupy, v čele s rozvojem chirurgie, a zlepšení úrovně ošetrovatelské péče, díky zvýšení odbornosti zdravotnického ošetrovatelského personálu, pomohly v proměně nemocnic na víceúčelové medicínské instituce. V takových nemocnicích byla záhy do praxe uváděna myšlenka odborné specializace. Specializace přispěla k hlubšímu pohledu na řadu nemocí, ale pouze za cenu ztráty pohledu na člověka jako na celostní bytost. Na scéně se objevil pacient, ale někam se ztratil člověk.

Industrializace značně ohrozila lidské zdraví a vytvořila ideální podmínky pro rozvoj typických chorob z chudoby. Život v rychle rostoucích průmyslových městech s sebou přinesl mnohá zdravotní rizika. Malé místnosti, přelidnění, znečištěné pitné zdroje, hlad a bída pomáhaly vytvářet příznivé prostředí pro vznik a šíření celé řady nemocí spojených s chudobou. K takovým nemocem patřila například křivice nebo tuberkulóza, u dětí potom záškrt a spála. K tomu se přidaly nově epidemie cholery. Ke zlepšování zdravotního stavu došlo až ke konci 19. století vlivem celé řady faktorů. Pomalu se zlepšovaly životní

²³ Pierre Jean Robiquet (1780 – 1840) zavedl do praxe kodein, v roce 1832. Philip Lorenz Geiger (1785 – 1836) zavedl používání atropinu, daturinu, kolchicinu a hyoscyaminu. Albert Niemann (1834 – 1861) se v roce 1869 podařilo izolovat kokain. (Porter, 2001).

podmínky, a tedy také výživa, obyvatelstva a v 19. století byla přijata řada veřejných zdravotních opatření, která přispěla ke snížení zdravotních rizik.

5. 14. Institucionalizace moderní medicíny na území Prahy

Rozvoj nemocniční péče v 19. století byl ovlivněn značnými vědeckými pokroky na poli vědy, zejména medicíny. Celá řada objevů v teoretických a klinických oborech přinesla výrazné úspěchy v diagnostice a v léčení nemocných. Ve dvacátých letech 19. století se začal mírně zlepšovat přirozený růst počtu obyvatel Prahy. Přestože objevující se epidemie, zejména tyfu a cholery, měly ještě stále negativní vliv na úmrtnost Pražanů, vše se zvolna obracelo k lepšímu. Zásahu na tom mělo např. centrálně organizované očkování proti neštovicím nebo snaha zlepšit kvalitu vody a čistotu ulic budováním moderní kanalizační sítě. (Niklíček, Štein, 1985)

Ministerský výnos z roku 1856 znamenal pokrok v organizaci nemocnic. Tímto výnosem získaly nemocnice, schopné přijímat pacienty bez rozdílu stavu, vyznání a chudoby a které vedly řádně dokumentaci, právo žádat o uhrazení nedobytných ošetřovatelských poplatků ze zemského fondu. Další z důležitých výnosů z 21. října 1818 klasifikoval zdravotní a dobročinné ústavy v monarchii. Nalezince a ústavy zřizované jen dočasně při epidemiích byly prohlášeny za státní ústavy, ostatní nemocnice a porodnice za místní, vydržované z místních zdrojů. Církevní nemocnice byly nadále považovány za soukromé. Tento výnos vyvolal celou řadu sporů a nedorozumění mezi pražskou obcí a zemským guberniem. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Napjaté poměry v řešení finančních otázek panovaly i mezi nemocnicí a studijním fondem. Postupný nárůst klinických lůžek měl za následek růst výdajů a stále naléhavější otázku, kdo je uhradí. (Hlaváčková, Svobodný, 1990)

Stavební vývoj zdravotních ústavů v Praze v 19. století odráží celkový vývoj účelových zařízení tohoto typu. Rozvíjí se dva hlavní systémy (pavilónový a koridorový). Postupně sílí snahy oddělit hospodářské a administrativní zázemí ústavů od pokojů pro pacienty. Prosazují se tendence menších pokojů vhodných pro péči o pacienty podle jednotlivých chorob.

Již od šedesátých let 19. století poukazovali kliničtí pracovníci, že nemocnice sloužící k výchově mediků by měla být vzorovým ústavem, a že Všeobecná nemocnice v mnoha směrech zaostává. Po rozdělení lékařské fakulty na českou a německou v letech 1882 až 1883 vznikla naléhavá potřeba vybudovat vhodnou klinickou základnu pro českou fakultu lékařství. V roce 1887 byla zahájena výstavba dvou nových pavilónů pro potřeby českých klinik. Během stavby se výrazně šetřilo a navíc bylo částečně změněno původní určení pavilónů. Nedostatkem finančních prostředků byla limitována i modernizace vnitřního vybavení. Nemocnice se musela vypořádávat s mnoha problémy, jako např. se zásobováním vodou. Plynové osvětlení se realizovalo teprve v roce 1879 a první rentgeny, které znamenaly převrat v diagnostice chorob, byly pořízeny v roce 1897. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Rozdělení fakulty na českou a německou část mělo za následek mnohé problémy při zřizování či modernizaci českých klinik. Často docházelo ke zjevné preferenci německé části. V některých případech čekala česká fakulta na své kliniky celých deset let. Ve druhé polovině 19. století se teoretické obory fakulty přesunuly z nevyhovujících prostor Karolina do blízkosti všeobecné nemocnice. V roce 1883 se na rohu ulice Kateřinské a Ke Karlovu začal budovat nový areál pro teoretické ústavy české lékařské fakulty. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Od roku 1844 směly jako ošetřovatelky v nemocnici pracovat pouze ženy, neboť se v těžké práci při péči o nemocné osvědčily lépe než muži. Jejich počet byl permanentně považován za nedostatečný. První ošetřovatelská škola vznikla až v roce 1874, ale nebylo povoleno praktické školení v prostorách nemocnice. Teprve na začátku 1. světové války byla tato výuka umožněna, což značně posílilo prestiž ošetřovatelek. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

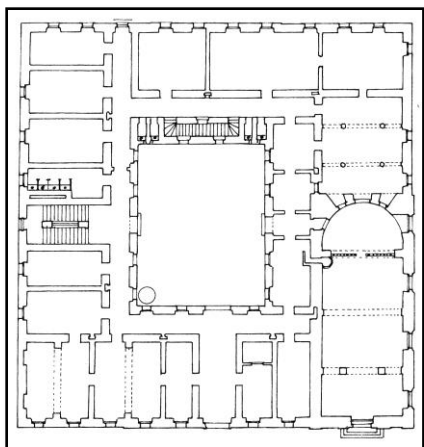
Mnoha výrazných změn dostal v průběhu 19. století ústav choromyslných. Příliv pacientů do ústavu, který byl až do přelomu 60. a 70. let jediným svého druhu v zemi, byl stále větší. První rozšíření se podařilo prosadit v roce 1822 získáním bývalého kláštera sv. Kateřiny. V roce 1826 byl definitivně zakoupen celý klášter a upraven pro potřeby 260 nemocných. Okolí bylo upraveno v rozsáhlý park, s pomocí pacientů vznikla květinová zahrada, a lékaři si v rámci pracovní terapie vymohli zřízení různých dílen (krejčovské, obuvnické, rukavičkářské). Ani takto rozšířený ústav nepostačoval, a tak byla v zahradě za klášterním komplexem postavena nová dvoupatrová budova v pozdně klasicistním stylu. Dokončena byla v roce 1844. Další pobočka ústavu byla zřízena v budově bývalého kláštera Na Slupi. Ústav tak získal dalších zhruba 300 lůžek. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

První výhradně dětskou nemocnici zřídil na území Nového Města z vlastních prostředků praktický lékař E. Kratzmann (1810 - 1865) ve dvorním traktu domu číslo 7 ve Spálené ulici. Nejprve měla deset lůžek pro nemajetné a potřebné děti ve věku 2 - 14 let a ještě poskytovala ambulantní léčbu. Později převzal vedení profesor dětského lékařství J. Löschner (1809 - 1888), který velice usiloval o rozšíření nemocnice. S pomocí bohatých dobrodinců zakoupil dům s pozemkem Na Moráni a roku 1854 zde byla otevřena nemocnice nazvaná po císaři Františku Josefovi. Postupnými úpravami získala kapacitu 100 lůžek. Stala se základem našeho dětského lékařství. Od roku 1874 zde fungovala speciální dětská klinika. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)



Obr. 36 - Gabriel Metsu: Nemocné dítě, kolem 1660, olej, plátno, 33,2 × 27,2 cm, Amsterdam, Rijksmuseum

Od roku 1837 působil v Praze řád sester sv. Karla Boromejského. Roku 1844 zakoupily pozemky pod Petřínem pro svůj mateřský dům s nemocnicí. Roku 1854 byla



Obr. 37 - Půdorys původní stavby nemocnice boromejek podle plánu Adalberta Gudery

dokončena stavba čtyřkřídle dvoupatrové budovy s kapacitou 250 lůžek pro muže i ženy. Od počátku probíhala úzká spolupráce se všeobecnou nemocnicí. Sestry přebíraly do své péče zejména dlouhodobě nemocné pacienty a rekonvalescenty. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Tato nemocnice byla roku 1948 zestátněna, byla zde zřízena fakulta dětského lékařství, a v roce 1989 byla navracena zpět řádu.

Pro rozvoj zdravotních ústavů v celém 19. století bylo rozhodující zkvalitnění ústavů vybudovaných v době reforem Josefa II. Ve druhé polovině 19. století se zvyšoval počet pacientů v lůžkových zařízeních nejen v důsledku růstu počtu obyvatel, ale také díky pokrokům lékařské vědy.

5.15. Moderní medicína

Koncem 19. století se v medicíně odehrála významná změna. Nová medicínská disciplína, mikrobiologie, potvrdila teorie, které předpokládaly, že za mnoha chorobami stojí specifické organismy – parazité a bakterie. Velké zásluhy na rozvoji této disciplíny měli především Luis Pasteur (1822 – 1896) a Robert Koch (1843 – 1910). (Porter, 2001) Nově vznikající mikrobiologie zahájila boj s nebezpečnými infekčními chorobami. Postupně přibývalo očkovacích látek proti celé řadě nemocí – vzteklna, antrax, břišní tyfus, tetanus a dalších.

Rychle se rozvíjí i ostatní laboratorní obory. Například farmacie, ve které dochází ke spojení výzkumu s výrobou léků a k průmyslově řízené výrobě léčiv. Výrobci léků těžili z celé řady technologických pokroků, které podpořily a umožnily mnohem snadnější výrobu tablet. Významné objevy byly uskutečněny na poli imunitního systému a v celé řadě dalších oborů.

Historie medicíny 20. století, a zejména potom od konce 2. světové války, je obdobím zcela mimořádných lidských úspěchů. Medicína se stala integrální součástí ekonomické, sociální a politické struktury moderní společnosti. Vývoj vědeckých disciplín je v tomto století plný velkých objevů a vynálezů. Lidé na počátku 20. století a na jeho konci žili v diametrálně odlišném světě. Stejně tak převratně se rozvíjely i jednotlivé obory medicíny. Kromě těch oborů, které se zformovaly v minulých staletích, vzniká celá řada zcela nových oborů medicíny, například endokrinologie či genetika. Nové metody využívané v lékařství přinesly i obrovské množství nových technologií (EEG, EKG, elektronový mikroskop), které významným způsobem zkvalitnily diagnostiku a umožnily dosud nemyslitelné zákroky a způsoby léčby.

Zhruba od devadesátých let 20. století se rozvíjí pojetí medicíny založené na důkazu. Základem tohoto pojetí je sledování velkých skupin pacientů s podobnými nálezy, shromažďování údajů získaných z průběhu léčby a jejich následné vyhodnocování. Na základě získaných výsledků jsou potom upřednostňovány a doporučovány některé vhodné postupy léčby pro všechny další pacienty se shodnými nálezy.

Konec 20. století přinesl řadu krizí také v medicínském oboru. I v medicíně se ukazují výrazná omezení dalšího rozvoje oboru pouze na základě karteziánského přístupu k pojetí světa. Analytický rozklad člověka, nemocí a s tím souvisejících problémů až do nejmenších

částí a detailů sice na jedné straně umožnil nevídaný pokrok v diagnostice, léčebných postupech a v medicíně jako vědeckém oboru vůbec, ale na druhé straně zůstal opomenut člověk ve své komplexnosti. Studium jednotlivých částí a detailů nemusí o celku vypovědět nic relevantního.

Objevů a mezníků v medicíně 20. století bylo přímo obrovské množství, proto jsem se rozhodla demonstrovat pokrok a změny v léčbě nemocí na několika vybraných převratných událostech. Americký lékař a novinář James Le Fanu (2001) ve své knize *Vzestup a pád moderní medicíny* uvádí 12 mezníků, které ovlivnily výrazně vývoj medicíny. Jsou to: Objev penicilínu (1941), objev kortizonu (1949), vývoj streptomycinu (1950), revoluce v psychiatrii způsobená zavedením léčivé látky chlorpromazinu (1952), vznik jednotek intenzivní péče (1953), začátek operací na otevřeném srdci (1955), nové kyčelní klouby pro seniory (1961), transplantace ledvin (1963), prevence mozkové mrtvice (1964), léčení dětských nádorových onemocnění (1971), první „dítě ze zkumavky“ (1978) a odhalení příčiny peptických vředů, kterými je *Helicobacter pylori* (1984). (Le Fanu, 2001)

Za každým z těchto úspěchů si musíme představit léta práce celé řady vědců a lékařů. Žádný z nich by nebyl možný bez nových technologií a pokroku v ostatních vědních oborech. Dvacáté století je z pohledu medicíny stoletím úspěchů, přestože před ní stojí mnoho úkolů a problémů. Vratislav Schreiber ve své práci *Medicína na přelomu tisíciletí* z roku 2000 cituje slova Gro Harlem Brundtlandové, která napsala krátce před tím, než byla uvedena do funkce generální ředitelky WHO: „*V končícím století nastal ve zdravotnictví větší pokrok, než za celou předchozí historii lidstva.*“ (Schreiber, 2000)

Přes veškerý pokrok, kterého medicína v tomto století dosáhla, před ní stojí celá řada problémů. Mezi ty nejzávažnější zcela jistě patří zvyšování rezistence populace vůči antibiotikům, etické problémy objevující se v souvislosti s rozvojem genetiky či v rámci probíhající diskuse v oblasti eutanazie²⁴, rostoucí náklady na stále dražší zdravotní péči, rozdíly v poskytování lékařské péče chudým a bohatým, problémy s dostupností medicínské péče v rozvojových zemích a mnohé další. Současné 21. století má před sebou z pohledu medicíny hluboké problémy, se kterými se bude muset vypořádat.

²⁴ Eutanazii obvykle rozumíme usmrcení na žádost pacienta, nebo asistovanou sebevraždu. Z hlediska českého práva je zcela nepřipustná.

5.16. Moderní medicína v kontextu rozvoje Prahy

Na přelomu 19. a 20. století se Praha rychle rozvíjela. Prudce narůstaly rezidenční a tovární čtvrti, postupně byly připojeny Holešovice - Bubny (1884) a Libeň (1901). Stále více se rozvíjela zatím samostatná města, která se měla stát brzy nedílnou součástí Prahy - Smíchov, Karlín, Žižkov, Královské Vinohrady, či Vršovice (Nusle). Zejména zásluhou připojených obcí rostl neustále počet obyvatel. V roce 1900 žilo na území Prahy na 201 600 obyvatel. O deset let později, po připojení Libně, již 223 740. Zdravotní zařízení v Praze využívali kromě samotných obyvatel Prahy také obyvatelé předměstí. Počet obyvatel, kteří náleželi k pražské aglomeraci v roce 1910, se přehoupl přes šest set tisíc. (Kárníková, 1965)

Počátkem 20. století se výskyt nemocí, které sužovaly nejen Pražany, ale všechny obyvatele naší republiky, značně lišil od minulosti. Velkou hrozbou byla tuberkulóza, na kterou umíralo přes 22% obyvatelstva. Nově začínají obyvatele Prahy ohrožovat civilizační choroby kardiovaskulárního systému, nádorová onemocnění, nemoci dýchacího ústrojí a zažívacího traktu. Mezi dětská onemocnění, se kterými se potýkali lékaři na počátku 20. století, patřily pravé neštovice, spála a záškrť. Pražanům hrozila celá řada epidemií takových nemocí, jako jsou například tyfus nebo cholera. Po skončení první světové války postihla obyvatele Prahy epidemie tzv. španělské chřipky, v jejímž důsledku bylo nutné zřizovat na území města dočasné výpomocné infekční nemocnice. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Začátek 20. století znamenal mnoho změn a objevů na poli lékařské vědy. Uplatňování vědeckých objevů v ambulantní a nemocniční praxi přineslo celou řadu nových diagnostických přístrojů (rentgen, elektrokardiograf) a nových laboratorních metod (vyšetření krve, moče). Tyto metody i přístroje napomohly rozvoji mnoha lékařských oborů. Zejména interní medicína, terapie nemocných či moderní farmakologie zaznamenaly velké pokroky.

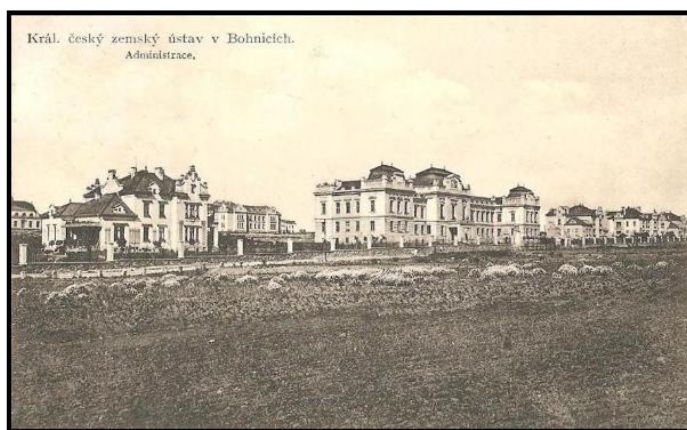
K významnému posunu došlo v nemocniční architektuře. Definitivně zvítězil pavilónový systém výstavby. Všechny velké zdravotní ústavy z počátku 20. století byly postaveny či vyprojektovány jako pavilónové, například Bulovka či psychiatrická léčebna v Bohnicích. Do výstavby a vybavení nových nemocnic se promítal technický pokrok. Vodovod, elektřina nebo telefon patřily mezi standardní vybavení budovaných nemocnic.

Na prudký vzestup počtu obyvatel Královských Vinohrad a Žižkova bylo potřeba reagovat radikálně. Výstavba nové nemocnice na Královských Vinohradech, podle projektu

architekta Karla Horáka, byla zahájena roku 1899. Otevřena byla již za tři roky v květnu 1902. V osmi budovách disponovala 103 lůžky. Vysoké úrovně dosahovalo technické vybavení, jehož součástí bylo větrání, topení, vodovod a kanalizace. Působili zde vysoce kvalifikovaní lékaři, díky nimž se nemocnice rychle dostala na pozici předního ústavu v Čechách. Jednou z největších osobností, které zde působily, byl Ivan Honl (1866-1936), průkopník výzkumu antibiotik a mimořádný profesor české lékařské fakulty. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Vybudovat vlastní moderní nemocnici se rozhodlo také hlavní město Praha. Ke stavbě byl vybrán pozemek v Libni na vyvýšenině zvané Bulovka, kde již v té době stála malá nemocnice. V roce 1913 byla zahájena stavba podle projektu architekta F. Velicha. Nejprve byl postaven infekční pavilon, který byl v té době shledán za nejpotřebnější. Toto rozhodnutí se ukázalo být nesmírně prozíravé, neboť tento pavilon spolu s infekčními pavilony na Vinohradech výrazně pomohl uchránit Pražany od zhoubných epidemií, které sem zavlekli vojáci z první světové války. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)

Ústavy pro duševně choré mají mezi nemocničními zařízeními poněkud zvláštní postavení. Na přelomu 19. a 20. století byla péče o duševně nemocné v zemských rukou. Kritické přeplnění stávajících ústavů a výrazné změny v pohledu na psychiatrické ústavní služby vyvolaly potřebu nové léčebny. Na základě odborných posudků byl vybrán pozemek bývalého bohnického velkostatku. Nacházelo se zde dobré hygienické zázemí a umožňovalo izolaci nemocných v přírodním prostředí. Z mnoha návrhů byl nakonec vybrán projekt zemského inženýra V. Hellera a stavitele J. Deporta. Část staveb, například kostel a vily pro budoucí zaměstnance, byly svěřeny architektu V. Roštlapilovi. Stavba byla zahájena v roce 1905 a dokončena byla v několika



Obr. 38 - Bohnická léčebna, 1911

etapách v roce 1924. Vznikl areál budov (na 100 budov) v parkovém prostředí o rozloze 64 ha. Centrem areálu se stal kostel sv. Václava se sochařskou výzdobou C. Kloučka a F. Hergesela. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Přes veškeré diskuse o nových koncepcích

ústavní péče o duševně nemocné zůstává bohnická léčebna nejvýznamnějším ústavem svého druhu v republice dodnes.

Menší nemocnice byly zřizovány a provozovány většinou spolky nebo soukromými osobami. V době první republiky přibyla celá řada těchto zařízení, mezi významnější svou kapacitou či proslulostí patřily tzv. Sanopz na Smíchově, Urbanovo sanatorium v Bubenči nebo porodnice v dnešní Rooseveltově ulici. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) V roce 1912 bylo otevřeno sanatorium pro nervově a duševně choré v bývalém veveslavínském zámečku, který byl postaven v roce 1730 podle plánů slavného Kiliána Ignáce Dientzenhofera. (Švácha, 1995) Po roce 1914 vznikaly první léčebny pro nemocné tuberkulózou, které byly umístěny mimo hlavní město (léčebna na Pleši, Prosečnice).

Také péče o rodičky se v této době, zejména v Praze, přesouvá z domácností do státních a soukromých ústavů. Všechny tyto okolnosti vyvolávaly stále naléhavější potřebu nové nemocnice, která měla být umístěna na levém břehu Vltavy. Na její umístění padla celá řada návrhů.²⁵ Nejméně vhodným návrhem se v té době zdály být pozemky v Motole. Hlavním důvodem, který proti nim hovořil, byla špatná dopravní obslužnost. (Svobodný, Hlaváčková, 1999) Přesto volba padla právě na tyto pozemky. Začalo období vzrušených diskuzí mezi zastánci a odpůrci Motola. Ačkoli se důvody těchto mnohdy až vášnivých sporů a diskusí v průběhu let proměnily, dodnes prakticky neutichají. Ze soutěže na projekt motolské nemocnice vyšel vítězně návrh dvojice architektů F. Čermáka a G. Paula. (<http://www.fnmotol.cz>)

Původním posláním areálu dnešní Thomayerovy nemocnice v Krči bylo vyřešit problémy chudinské péče v Praze. Pražští radní se rozhodli vyřešit sociální problémy Prahy radikálně. V roce 1926 zahájili výstavbu areálu sociálních domovů. Tento areál byl slavnostně otevřen u příležitosti 10. výročí vzniku samostatného státu. Byl pojmenován Masarykovy domovy – sociální ústavy hlavního města Prahy. Soubor budov sestával ze šesti pavilónů pro zestárlé chudé a čtyř pro nemocné



Obr.39 - Masarykovy domovy/Thomayerova nemocnice

²⁵ Mezi návrhy patřily například Červený vrch ve Vokovicích nebo okolí letohrádku Hvězda. (Svobodný, Hlaváčková, 1999).

chudé. Již původní projekty počítaly s možností proměny tohoto ústavu ve velkou nemocnici. (Mášová, 1996) Od roku 1954 nese tato nemocnice jméno velkého českého internisty Thomayera. V roce 1984 získala nemocnice status fakultní nemocnice. (Svobodný, Hlaváčková, 1999)



Obrázek 40 - Masarykovy domovy/Thomayerova nemocnice

Uzavření českých vysokých škol na počátku okupace se citelně dotklo také lékařských fakult a s nimi spojených klinik. Dne 17. listopadu 1939 došlo k zajištění všech objektů spojených s českou lékařskou fakultou jednotkami SS. Následovaly přesuny všech klinik a nucené výměny budov ve prospěch německých vojenských lazaretů. Na přelomu let 1942 – 43 došlo k úpravě postavení českých klinik na pouhá nemocniční oddělení. Oficiální název zněl od roku 1943 Zemská nemocnice. Došlo tak poprvé ke sjednocení všech českých klinik v rámci jediné zdravotnické instituce.

Proudy uprchlíků z obsazeného pohraničí zvýšily počet potenciálních pacientů na území hlavního města Prahy. Znovu se tak stala naléhavou potřeba výstavby nemocnice v Motole. Následujícího roku však byla ještě ve stadiu přípravných prací opět zastavena a místo původních záměrů byly urychleně postaveny provizorní baráky. Pražské nemocnice se často stávaly středisky ilegálního odporu proti okupantům. Čeští lékaři poskytovali pomoc pronásledovaným nebo se přímo zapojovali do ilegálních hnutí odporu. Například Vinohradská nemocnice přijímala pacienty skrývající se před politickou nebo rasovou persekucí. (Svobodný, 1994)

Konec okupace znamenal další zlom ve vývoji českých zdravotních ústavů a nemocnic. Poválečný režim se postupně měnil v režim komunistický. Reformy pražských nemocničních poměrů byly označovány jako „převratné změny“ a „náprava poměrů“. Zestátnění nemocnic, léčebných a ošetrovacích ústavů, podle zákona 185 z 19. 7. 1948, se týkalo všech pražských nemocnic, sanatorií, léčeben a ostatních lůžkových a zdravotních zařízení bez výjimky. (Svobodný, 1994)

Vývoj pražských nemocnic po jejich zestátnění v podmínkách totalitního komunistického režimu se vyznačuje celou řadou nekompetentních rozhodnutí ovlivňovaných stranickými výbory. Jako výrazný znak té doby bych mohla označit značné šetření na jedné

straně a nepochopitelné okázalé plýtvání na straně druhé. Jako vhodný příklad způsobu řešení zdravotní problematiky by nám mohl sloužit příklad již zmiňovaného Motola. Provoz a údržba takového zařízení vyžadují nesmírné finanční náklady, o jejichž účelném využití se vedou nekonečné diskuse. (Svobodný, 1987)

Po roce 1989 se otevřely nové možnosti způsobů řešení nemocniční problematiky, nicméně polistopadové reformy zdravotnictví v sobě odrážejí krizi ve financování. Neujasněná koncepce reforem a plánů na reorganizaci zdravotnictví je problémem rovněž současných vládních stran, přestože reformy a změny probíhají téměř nepřetržitě. Osobně se domnívám, že popsat stav zákonů, změn a legislativy související s reformami posledních let by samo o sobě vydalo na samostatnou práci.

5.17. Medicína v kontextu dějin kultury

Moderní medicína tak, jak ji známe dnes, prošla dlouhým historickým vývojem. Dějiny lidského rodu jsou plné zvratů a událostí, které ovlivnily také náš přístup ke zdraví a k nemoci. Vysokou úroveň současné medicíny považujeme za samozřejmost a zřídka si uvědomujeme, jak velkým vývojem prošla. Pokroky na poli medicíny jsou zcela nepopíratelné, ale ne všechny události v historii znamenaly pro budoucí podobu tohoto vědeckého oboru nasměrování tím nejlepším možným směrem. Kritické poznámky zaznívající na adresu lékařů, nemocnic a medicíny jako celku stále sílí. Pohled do historického vývoje medicíny nám umožnil uvědomit si, jak hluboko do minulosti řada těchto problémů sahá.

Neolitická revoluce a přechod k usedlému způsobu života jako první zásadní krok v našich dějinách, který zcela změnil další vývoj lidského rodu, je obecně známým faktem. To, jak hluboce se dotkl změn souvisejícím s naším zdravím, již není na první pohled tak zřejmé. Přechod k zemědělství znamenal zásadní změny ve způsobech stravování, které ovlivnilo schopnost našeho organismu odolávat chorobám prostřednictvím imunitního systému, ale také přísunem dostatečného množství vitamínů. Domestikace mnoha druhů zvířat s sebou mimo jiné přinesla celou řadu nových chorob. Některé z těchto nemocí představují dodnes pro každého z nás smrtelnou hrozbu. Již v této době se museli naši předci s nemocemi vypořádávat a zdokonalovat řadu léčebných praktik. Postupně se léčení transformovalo v obor, kterému bylo třeba věnovat nemalou pozornost.

O medicíně jako vědeckém oboru můžeme hovořit až s nástupem antického Řecka. Nejzjevnějším rysem tohoto období je úzký vztah medicíny a řeckého filozofického myšlení. Představitelé hippokratovské lékařské školy kladli hlavní důraz na komplexní pohled na pacienta jako na člověka neoddelitelně spjatého s prostředím. V antice došlo k osamostatnění medicíny a jejímu vyčlenění v samostatnou vědeckou disciplínu, přesto se stále prolínaly poznatky filozofie a medicíny. Toto propojení by mělo být inspirací a nejlépe i výzvou pro dnešní lékaře. Medicíně dneška se bolestně nedostává pohledu na člověka v celé jeho komplexnosti a je vnímán z pozice objektu medicíny jako přírodní vědy. Snahu vzkřísit opomíjené filozofické základy lze sledovat u přístupů celostní medicíny.

Nástup křesťanství ve středověku nebyl dalším vývoji medicíny a vědeckého poznání příznivě nakloněn. Středověk je z pohledu medicíny vnímán spíše jako období stagnace, přesto je možné v tomto historickém období vyzdvihnout několik událostí, které byly pro další vývoj medicíny důležité. První z nich je vznik univerzit, které přispěly k prohloubení vzdělání u lékařů. Dalším důležitým krokem bylo zakládání špitálů, které souvisí s křesťanským milosrdenstvím a snahou poskytnout pomoc bližnímu, jejíž myšlenku kláštery prostřednictvím péče o nemocné naplňovaly.

Renesance přinesla oživení zájmu o antické tradice a poznání. Vynález knihtisku byl velkým krokem kupředu. S jeho pomocí se mnohem rychleji šířily vědomosti a mezi knihami byly i knihy zabývající se medicínou. V tomto období je zajímavé sledovat, jak umění výrazně ovlivnilo poznání v oboru, který dnes považujeme za výlučnou oblast přírodních věd. Fascinace krásou lidského těla renesančních malířů a sochařů přispěla velkou měrou k rozvoji anatomie. Rozvoj zejména farmakologie ovlivnily objevitelské a zámořské cesty, když ze svých cest, například do Indie či Ameriky, dováželi nové látky zejména rostlinného původu. Zároveň zámořské cesty ovlivnily negativním způsobem také zdraví budoucích populací několika kontinentů.

Obrat ke smyslovému poznání v 17. století, spolu s nástupem empirismu a racionalismu, předurčil budoucí podobu medicíny. Nové pojetí vědy, založené na objektivním rozumu a logice, ovlivnilo vývoj medicíny až do současnosti. Medicína se zformovala v racionálně založenou přírodní vědeckou disciplínu, ze které se stále více vytrácí rovina kladoucí důraz na umění pečovat o nemocného, na empatii a soucitný zájem, na člověka jako cítící a trpící subjekt. Změnila člověka v pacienta, který se stal pouhým objektem vědeckého zájmu vědce – lékaře.

19. a 20. století je již plně ve znamení rozvoje a budování institucí, postavených na racionálním přístupu k poruchám zdraví. Od 18. století také dochází k propojování státu a vědy. Nový způsob subvencování vědy pomocí státního financování také určil další vývoj nemocnic a celé medicíny. K tomu se kriticky vyjadřuje M. Foucault, který varuje před spojenectvím moci a vědění. Nově vznikající nemocnice, porodnice, blázince apod. jsou organizovány a institucionalizovány podle byrokratických pravidel. Moderní medicína odráží hodnoty vyznávané moderní společností a rozvíjí se v jejich duchu. V duchu racionality, efektivity a účelovosti.

6. Kritická analýza současné moderní medicíny

6. 1. Proměny postavení lékaře v moderní medicíně

Ve druhé polovině 20. století se medicína radikálně změnila. Jednou ze změn je i proměna postavení a pojetí lékaře. V době nepřehlédnutelného technického pokroku vznikají nové obrazy lékaře. Lékaře jako vítěze, lékaře jako významného ekonomického činitele v celém procesu zdraví. Zdravotnický systém je prostoupený a ovládaný principy ekonomického fungování a tržními mechanismy. Mnohem častěji než o zdraví, utrpení, péči a pomoci, slyšíme ve spojení se zdravotní a lékařskou péčí o produktivitu, efektivitu a nákladech. Nemocní oceňují pokroky v medicíně, ale současně kritizují sníženou empatii lékařů a dehumanizovanou technokratickou formu medicíny. Pocit odcizení a zanedbání psychosociálních potřeb pacientů je jedním z významných faktorů stále rostoucího zájmu o alternativní medicínu v západním světě. Zdravotnictví je citlivý systém, ve kterém se odráží celkový stav společnosti, jeho ekonomická, sociální i mravní úroveň. Žádný vědní obor, tedy ani medicína, nemůže být lepší než společnost, ve které se nachází.

V minulosti se každému lékaři dostalo vzdělání nejen v jeho odbornosti, ale také v dalších oborech, zejména humanitních a to včetně filozofie a etiky. Nedostatečná forma humanitního vzdělání lékařů započala zhruba v polovině 19. století a v plné míře se projevuje v současnosti. Dochází k dehumanizaci, k odosobnění medicíny. Lékař stále méně vykonává poslání a stále více zajišťuje technický servis. Pacient se stává v tomto přístupu více klientem či zákazníkem. Zájem, pozornost a zvýšenou péči lékaře si může dovolit na základě soukromě dojednaných kritérií. Etablují se lékaři, kteří se v duchu těchto nových trendů specializují na tzv. „bohatou klientelu“. Toto se týká nejen jednotlivých lékařů. S tím, jak péči o naše zdraví stále více prostupuje ekonomika, souvisí rozvoj nových medicínských oborů, např. estetické chirurgie. Technicky vyspělá medicína má své nepopiratelné úspěchy, ale jejím velkým negativním rysem je ztráta empatie a lidskosti. Důvěra pacienta v lékaře je v moderní medicíně nahrazena důvěrou v účinné postupy a léky.

Konflikt ve vztahu lékař – pacient může vzniknout z mnoha důvodů. I na lékaře je kladeno stále více nároků. S tím, jak se v posledních letech prolínají kulturní tradice lidí z různého kulturního prostředí, dochází k mísení celé řady kulturních tradic. Tyto rozdíly

v hodnotách, přesvědčení a kulturních tradicích se odráží také v přístupu ke zdraví a k citlivému vztahu lékař – pacient.

6.2. Zodpovědnost za vlastní zdraví

Kriticky se k oblasti našeho zdraví vyjadřuje také sociolog Ivan Illich (2002), který ve své práci *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health* kritizuje současnou medicínu. Lékařská péče se zcela ztotožňuje se zdravím. Medicínští profesionálové a firmy vytvářejí nerealistické představy o zdraví. Na základě takto přijatých představ se v podstatě nepřirozeným způsobem zvyšuje poptávka po medicínské péči a po léčbě. Současná medicína odrazuje člověka, aby sám projevil přirozenou starost a péči o své tělo a zdraví. Snaží se nás přesvědčit, že jen lékaři s pomocí technologií a farmakologických přípravků mohou nám, pacientům, zaručit zdraví. Léčit se mimo tento medicínský komplex je označeno za nezodpovědnost a nespolehlivost. Tato závislost na medicíně nás činí bezmocnějšími a nemocnějšími. Podle Illiche se běžným patogenickým faktorem stala sama přehnaná starost o zdraví. Diagnostika si již dávno nevybírá za předmět zájmu jedince. Od technologií a farmak čekáme, že učiní náš život šťastnější. Illich považuje působení instituce moderní medicíny v krajním případě přímo za jedno z největších ohrožení lidského zdraví. Medicína v této podobě vede lidi k pouhé spotřebě nabízených služeb. Lidé, v duchu teorie odcizení, přestávají být schopni vnímat své vlastní tělesné symptomy a adekvátně na ně reagovat. (Illich, 2002) V tomto názoru se kritika Ivana Illiche protíná s názory Michela Foucaulta, když říká, že lidé reagují tak, jako by zdraví patřilo někomu jinému než jim samotným.

Kritika jako Illichova je v mnoha ohledech oprávněná, ale na druhou stranu nelze opomenout, že medicína výrazně přispívá k záchraně životů a činí bolest a nemoc snesitelnější. Medicína by se neměla snažit udržet za každou cenu svůj status přírodní vědy. Měla by vyvinout svůj vlastní vědecký étos, který by odrážel její interdisciplinární charakter. Klinická věda v zajetí své úžasné schopnosti rozpitvat těla až na molekulární úroveň opomněla to, co odedávna stojí v centru lékařského snažení – člověka. Medicína má ve své podstatě holistickou orientaci, vztahuje se k osobě člověka ve všech jeho dimenzích.

6.3. Medicínský průmysl

Nebývalý rozvoj medicínských technologií zcela zásadním způsobem rozšířil a umožnil nové diagnostické a terapeutické metody. Zároveň došlo k propojení medicíny s průmyslem, protože přístroje a technologie musí někdo vyrábět a dodávat na trh. Biolog a filosof Stanislav Komárek nazývá takové propojení průmyslu, ekonomie a medicíny medicínsko-průmyslovým komplexem (MPK). Tento komplex zahrnuje školy, fakulty, nemocnice, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, farmakologický průmysl atd. (Komárek, 2005) To znamená výraznou změnu celého zdravotního systému. Technologie se staly novou formou moci a determinují značně náš život. Tato moc je za účasti státu soustředována do zdravotnických institucí. Státní subvence zajišťují státu kontrolu nad našim zdravím. Zde se opět setkávají názory mnoha osobností kritizující současný stav zdravotní péče. V práci *Dějiny šílenství v době osvícenství* říká M. Foucault (1994), že takto koncipovaná lékařská péče není péčí o naše zdraví, ale její podstatou je převzetí kontroly nad veřejným pořádkem skrze strukturu takového administrativního celku, jakým je špitál (nemocnice). „*Funkce ani cíle Všeobecného špitálu nemají nic společného s myšlenkou léčby. Je to instance pořádková, instance monarchistického a měšťanského řádu, který se v této době ve Francii objevuje.*“ (Foucault, *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*, 1994, str. 96) Je třeba zmínit, že Foucaultova kritika je přímo mířena na lékařskou péči poskytovanou Všeobecným špitálem v Paříži zhruba od 17. století. Ale Foucaultovy brilantní myšlenky a kritické názory mají své oprávněné místo i v současnosti. Kritika instituce nemocnice jako způsobu kontroly, umožněné spojenectvím moci a vědy, je stále aktuální.

Dochází k depersonalizaci pacienta i medicíny, pacient je postaven do role pouhého objektu. Ale medicína v hippokratovské tradici považuje za jádro medicíny vztah lékař – pacient, kdy oba tyto subjekty jsou rovnocennými partnery. Zdá se, že rozvoj biomedicínských technologií nás výrazně přibližuje k descartovské vizi medicíny, která dokáže léčit všechno a kterou omezuje pouze smrt lidského těla. Mezi řeckými lékaři bylo nejvyšším ideálem léčit každého jednotlivého člověka a zohlednit i ten sebemenší osobitý ráz nemoci. (Haškovcová, 1994) Posun technických možností nás přiměl vnímat smrt jako úhlavního nepřítele a jako poslední chorobu, kterou je třeba technologicky ovládnout. Lékařská věda se má zabývat celou osobností člověka a respektovat pacienta a jeho nemoc v jejich komplexnosti. Lékař by měl mít na zřeteli, že vždy onemocní celá bio-psycho-

sociální jednotka člověka. Ve 20. století dosáhla medicína pod vlivem přírodních věd netušených úspěchů v léčbě, ale pacienti a jejich osudy se stále více redukuje na míru a počet.

6.4. Medicína a rozvoj technologií

Medicínský pokrok zdánlivě zbavil lidi strachu z nemoci a předčasné smrti. Tradiční lékařská filozofie byla nahrazena revoluční medicínskou vědou, ve které jsou zájmy jedince podřízeny pokroku a vědě. Helena Haškovcová, která se ve svých pracích zabývá především problematikou lékařské a zdravotnické etiky, se k tomuto přístupu k nemocným vyjadřuje v mnoha souvislostech. Upozorňuje například na fakt, že „*moderní lékařská věda stále více favorizuje chorobu, respektive diagnózu, a opomíjí psychologické a sociální komponenty nepříznivého stavu nemocného*“ (Haškovcová, 1994, str. 66). Rozvoj klinické vědy a posouvání hranic technických možností znamenají rozhodující moment v posunu medicíny od zájmů o blaho individuálního pacienta k bodu, ve kterém je prospěch pacienta podřízen pokroku. Pacient je vnímán pouze jako zajímavý klinický materiál, na němž ambiciózní lékaři provádějí své pokusy v naději, že je budou moci publikovat v prestižních vědeckých časopisech.

Zvykli jsme si, že mnoho medicínských problémů je možné řešit pomocí technologií. Technologie v medicíně jsou všudypřítomné. Od ultrazvuku, přes mikroskop, až po dýchací přístroje, které v případě problému udrží naše tělo při životě. Dochází k nadužívání vědeckých technologií, k nadbytečnému vyšetřování (viz odběry krve, ultrazvuk), které pro potřeby diagnózy nejsou zcela nezbytné. Lékařská technologie se vymkla lékařům z rukou. Typickým příkladem zneužívání technologií je prodlužování procesu umírání pomocí přístrojů, které udržují tělesné funkce pacientů s neodvratně smrtelnou chorobou. Dalším výrazným znakem současné medicíny je sílící elektronizace. Nesporná přednost využití elektronických médií v medicíně spočívá v okamžité dostupnosti velkého množství informací. Současně se ovšem otevírá celá řada nových problémů, které bude třeba vyřešit. Problematickým se jeví celý proces spojený s přenosem, sdílením, skladováním a ochranou dat.

6.5. Zdraví a farmaceutický průmysl

S prudkým rozvojem farmakologie se objevilo obrovské množství léků, zorientovat se v nich mohou pouze odborníci. Některé nové, avšak populární léky provázejí pochyby

o jejich skutečné prospěšnosti pro zdraví člověka, nicméně vývoj nových léků stojí ohromné finanční prostředky a farmaceutický průmysl musí hledat výrobky, které by mu zajistily slušné zisky. Roste počet léků takzvaného životního stylu, jejichž úkolem je mimo jiné zamezit přirozenému úbytku schopností a zastavit přibývajícím věkem (viz viagra proti problémům s mužskou impotencí). Medicína hledá a nachází nové rozmanité diagnózy jako celulitida, lehká mozková dysfunkce a mnohé další. Pro tyto nemoci má farmakologický průmysl celou řadu léků, případně doplňků stravy, bez kterých bychom se dnes již snad ani neobešli. Tento rostoucí trend současnosti nazývá Gilles Lipovetsky „*epochou existenční a konzumní medikalizace*“ (Lipovetsky, 2007, str. 61). Ve své knize *Paradoxní štěstí: Esej o hyperkonzumní společnosti* píše tento kriticky zaměřený filozof a sociolog o stoupající spotřebě medikamentů a chemických látek, kterým vystavujeme své tělo. Ve své snaze eliminovat vše, co je spojováno s pocity nepříjemnosti a urputné honbě za získáním nadvlády nad svým každodenním životem, svými prožitky, náladami a emocemi, saháme stále častěji po psychotropních prostředcích. Tyto „*pilulky štěstí*“ (Lipovetsky, 2007, str. 66) jsou zřetelným dokladem subjektivní bezmoci jedince. Dokladem této rostoucí tendence je naše stoupající závislost na lécích a potravinových doplncích, která prospívá především prudkému rozvoji farmaceutického průmyslu.

6.6. Medicína a životní styl

„Teorie miasmatu“²⁶, která na konci 20. století začala připisovat mnohé choroby sociálním příčinám, otevřela možnosti k široce pojaté prevenci. V padesátých letech 20. století se objevily informace o vlivu kouření na vznik rakoviny. Preventivní opatření na snížení vzniku rakoviny se zdála být jasná. V 70. letech se podobná prohlášení dále zobecnila na varování, že příčiny celé řady chorob spočívají ve způsobu našeho života. (Le Fanu, 2001)

V 90. letech již tato doporučení na prevenci zahrnují každou stránku lidského života. K nejrozšířenějším doporučením patří doporučení týkající se naší stravy. Tato sociální teorie o správném stravování již dávno přesáhla rozumnou a dávno uznávanou pravdu, že ten kdo jí střídmě, pravidelně cvičí a nekouří, bude zdatněji a lépe vzdorovat chorobám, než ten kdo

²⁶ Znečištění - dědičný sklon, centrální porucha z počátku života. Samuel Hahnemann odhalil, že chronické choroby mají téměř vždy vzorec, který lze vztáhnout k miasmatu PSORA, SYKOZIS a SYFILIS. Teorii miasmat dále rozvinuli Rajan Sankaran a Jan Scholten. (Vokurka, Hugo, 2006).

tak nečiní. Místo toho moderní sociální teorie tvrdí, že většina rozšířených chorob je přímo způsobena „nezdravým životním stylem“. Lékaři a vědci nám často tvrdí, že pouhou změnou stravy, regulací znečištění životního prostředí a odstraněním bídy většina nemocí zmizí. Téma zdraví se ocitlo v centru pozornosti každého člověka. Informace a doporučení týkající se zdraví nezískáváme pouze prostřednictvím našeho lékaře, vstřebáváme je z knih, článků, televizní obrazovky, internetu atd. Zdraví se pro současnou generaci stává jistým druhem kultu. Stalo se klíčovým atributem v mnoha oblastech našeho života. Prostupuje do oblastí jako jsou kosmetika, turistika, výživa nebo bydlení. Za příslib lepšího zdraví jsme ochotni utrácet stále větší množství peněz. Pomocí medicíny usilujeme o lepší kontrolu nad vlastním tělem. Toho využívají nová odvětví medicíny, např. estetická chirurgie, která je z velké části založena na myšlence, že naše tělo je pouhou materií, kterou můžeme podle své libosti měnit a upravovat.

Nový přístup k vlastnímu zdraví je dynamický proces, během kterého nám odborníci pomocí masmédií každý rok přinášejí důkazy o dosud netušených nebezpečích každodenního života. Zdraví se stalo vysoce ceněnou, ale v podstatě nedosažitelnou hodnotou a normou. Když člověk onemocní, předpokládá se, že se tak stalo proto, že nebyl dost důsledný a ukázněný při dodržování zdravotního režimu. Zygmund Bauman (2002) ve své knize *Tekutá modernita* říká: „*jestliže společnost výrobců považuje zdraví za standard, který by měli její příslušníci splňovat, společnost konzumentů mává před svými příslušníky ideálem fitness. Oba termíny zdraví i fitness bývají často chápány, jako vzájemně sousedící a synonymní, konec konců oba se vztahují k péči o tělo a k režimu, jaký by měl vlastník těla dodržovat, aby přání zdraví dokázal uskutečnit. Používat oba výrazy synonymně je však chybou, neboť ne po všem, co člověku pomáhá být zdravým, se člověk cítí fit. Zdraví a fitness patří do dvou naprosto odlišných diskursů a patří k obecným zájmům.*“ (Bauman, 2002, str. 123)

6.7. Shrnutí kritických analýz

Na závěr kapitoly o kritické analýze současného stavu medicíny bych ráda uvedla několik poznámek. Současné zdravotnictví je především součástí trhu. Kdyby lidé nebyli nemocní, znamenalo by to pro medicínsko-průmyslový komplex velké problémy. Moderní medicína dosáhla takového vlivu na náš život, že jsme získali pocit, že zdraví je něco zcela nedosažitelného. Ke každému příznaku umí medicína vymyslet diagnózu. Vyrábění nemocí z problémů každodenního života se označuje jako medikalizace. Jediný, komu to prospívá, jsou výrobci léků. Snaží se nás společně přesvědčit, že to, co opravdu potřebujeme, jsou lékaři a prášky. Masivní vliv reklamy, zaměřený na nás zdravotnickým a farmakologickým průmyslem, nás provází na každém kroku.

Měli bychom mít na zřeteli, že vedle dominantního modelu pojetí zdraví, které nám předkládá moderní medicína, stále existují alternativní interpretace založené na odlišných hodnotách, na kulturních či náboženských tradicích. Některé z nich připomínají svou formou nejstarší pojetí a přístupy ke zdraví a nemoci. Moderní medicína nám neposkytuje odpovědi na všechny naše otázky. Ne vše v našem životě lze založit na racionalitě. Někteří z nás připisují odpovědnost za nemoc a zdraví genetice, jiní je vidí ve vlastním selhání a porušení zdravého životního stylu.

Pojem zdraví obsahuje celou řadu rovin a vrstev. Významný německý filozof Hans Georg Gadamer se touto problematikou velice podrobně zabýval. Kniha *The Enigma of Health* (Gadamer, 1996), ve které publikoval své myšlenky a názory na tuto problematiku, je souborem esejů a vznikala v rozmezí třiceti let. Gadamer pokládá starost o zdraví za prvotní projev lidského bytí. Rozdíl mezi zdravím a nemocí je pragmatický a jediný člověk, který k němu má přístup, je jedinec sám. Gadamer poukazuje na význam ekvilibria, které mělo své důležité místo již ve spisech Hippokratových. Pocit zdraví prožíváme jako stav harmonie nebo vnitřní míry, které nám umožňují zvládat nároky každodenního života. Z pozice filozofa vystihl, jak je zdraví včleněno do mnoha nejrůznějších struktur a rovin lidské bytosti. Zdůrazňuje zdraví jako jednu z našich základních svobod, prostřednictvím které se začleňujeme do života.

Historie a vývoj medicíny jsou příběhem ohromného lidského úspěchu. Pokrok a množství objevů přineslo lidem nebyvalou úlevu od mnoha nemocí a bolesti. Přes řadu nezpochybnitelných úspěchů medicíny je namístě kritika celého systému i jeho jednotlivých

částí. V moderní medicíně chybí celostní pohled na člověka. Člověk není pouhým seskupením buněk a orgánů. Ne vše v našem životě je možné objektivizovat a převést do jazyka exaktní biologicky orientované medicíny. Čím lépe moderní medicína rozumí chorobám, tím méně projevuje zájem o každodenní problémy pacienta. Současný vzdělávací systém vychovává špičkové medicínské specialisty s vynaložením obrovských nákladů, ale nevzdělává je dostatečně k porozumění pacientovi. Jan Hnízdil (2010) ve své knize *Mým marodům: Jak vyrobit pacienta* uvádí velice příhodný citát Voltairových slov: „*Lékař je člověk, který podává léky, o nichž ví jen velmi málo, k léčbě nemocí, o nichž ví ještě méně, lidem, o nichž neví vůbec nic.*“ (Hnízdil, 2010, str. 15)

7. Závěr

Ve své práci jsem se pokusila exponovat téma zdraví jako téma, které je nezbytné nahlížet z pozice mezioborové propojenosti. Mým cílem bylo předložit studii, která by ukázala, že při zkoumání zdraví je nezbytné propojovat poznatky z různých vědních disciplin v syntetizujícím médiu kulturologie.

Vymezit pojmy jako zdraví či kvalita života je velice obtížné. Odborníci se dosud neshodli ani na tom, zda zdraví je pojem, stav či hodnota. Přesná vymezení ani definice neexistují. Jsou stále předmětem odborných výzkumů a diskuzí vědců mnoha oborů. Nejčastěji citovaná definice WHO, kterou jsem se ve své práci podrobněji zabývala, se jeví jako ideál zdraví, jehož nelze pro nerealistické a nepraktické vymezení nikdy dosáhnout. Úzký vztah lze pozorovat mezi zdravím a kvalitou života. Oba pojmy jsou vzhledem ke své subjektivní složce velice obtížně definovatelné. V obou případech existuje celá řada přístupů a všechny mají své přednosti a nedostatky.

Téma jsem uchopila prostřednictvím oboru, který učinil zdraví svým ústředním tématem, tedy medicíny. Na pozadí dějin kultury jsem načrtla vývoj a formování medicínského myšlení od antického Řecka až k ustavení medicíny jako moderní vědy na základech přírodních věd. Nelze se zabývat přítomností žádného vědního oboru, aniž bychom poznali souvislosti s minulostí. Je zřejmé, že v průběhu staletí dosáhla medicína mimořádných úspěchů, ale její orientace do budoucnosti se zdá být nejasná. Medicína má své limity, které je nyní nutné definovat, aby se mohla dále vyvíjet a stát se skutečně moderní vědou pro budoucnost lidstva.

Současná společnost klade na medicínu nové nároky, a transformace medicíny jako vědního oboru se tak jeví jako nezbytná. Z řad odborníků sílí hlasy volající po potřebě lékařské vědy jako vědy schopné vnímat pacienta v jeho komplexnosti. Medicína by si neměla udržovat status přírodní vědy, ale měla by se stát disciplínou mezioborovou tak, aby se mohla vztahovat k pacientovi ve všech jeho dimenzích.

Zároveň je velkým úkolem nejen medicíny, ale celé lidské společnosti zpřístupnit její výdobytky a pokrok tak, aby byly přístupné všem lidem, nikoliv jen těm geopoliticky privilegovaným.

Zdraví je tématem velice obsáhlým a nesmírně komplexním a obsáhnout ho v celé jeho šíři a mezioborové propojenosti je mimořádně obtížným úkolem. Toto téma ovlivňují stále nové poznatky pocházející z mnoha různých oborů. Především je ale tématem kulturologickým a právě hlubší a širší rozpracování z kulturologické perspektivy by si do budoucna nepochybně zasloužovalo. V rámci své diplomové práce jsem se chtěla pokusit o základní představení tématu, jeho vybraných aspektů a možností, jak je nazírat. Zároveň jsem chtěla ukázat, že se jedná o téma, které si nesporně zaslouhuje pozornost kulturologie. Vyvinula jsem značné úsilí, abych se zorientovala v množství zdrojů, informací a poznatků a doufám, že předložená práce tento cíl splnila. Snad případnému uživateli pomůže téma uchopit a porozumět mu. Kdyby mu poskytla inspiraci k dalším úvahám a hlubšímu zájmu o téma zdraví a přesvědčila by ho o možnostech jeho kulturologického zkoumání, mohla bych považovat za splněný i poslední z cílů.

8. Literatura

- Bacon, F. (1974). *Nové organon*. Praha: Svoboda.
- Bauman, Z. (2002). *Tekutá modernita*. Praha: Mladá fronta.
- Bauman, Z. (2010). *Umění života*. Praha: Academia.
- Bělina, P., et al. (1997). *Dějiny Prahy I*. Praha: Paseka.
- Boccaccio, G. (1997). *Dekameron*. Praha: Baronet.
- Bowlingová, A. (2002). *Research method in health*. [cit. 2012-02-06]. Dostupné z WWW: <http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206433.pdf>
- Buchtová, B. (2004). Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In Hnilicová H. (Ed.), *Kvalita života (75 - 90)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- Descartes, R. (1992). *Rozprava o metodě*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Duinová, N., & Sutcliffová, J. (1997). *Historie medicíny: od pravěku do roku 2010*. Praha: Slovart.
- Fialová, Ludmila., et al. (1996). *Dějiny obyvatelstva českých zemí*. Praha: Mladá fronta.
- Fialová, L., Kouba, P., & Špaček, M. (2008). *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Karolinum.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny.
- Foucault, M. (2010). *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
- Foucault, M. (2000). *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The Enigma of Health*. Stanford: Stanford University Press.
- Haškovcová, H. (1994). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (1975). *Rub života – Líc smrti*. Praha: Orbis.
- Hlaváčková, L., & Svobodný, P. (1990). *Dějiny všeobecné nemocnice v Praze 1790 - 1952*. Praha: Karolinum.

- Hnilica, K. (2005). Konflikt hodnot a kvalita života. In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (296 - 323). Praha: TRITON.
- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (205 - 216). Praha: TRITON.
- Hnilicová, H. (2005). Spokojenost pacientů jako součást hodnocení kvality léčebné péče a metody jejího sledování. In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (262 - 280). Praha: TRITON.
- Hnízdil, J. (2010). *Mým marodům: Jak vyrobit pacienta*. Praha: Lidové noviny.
- Homéros. (1996). *Ílias*. Praha: Petr Rezek.
- Hrůza, J. (1989). *Město Praha*. Praha: Odeon.
- Illich, Ivan. (2002). *Limits to medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Štěpánek, M., et al. (Eds.). (1980). *Ilustrovaný encyklopedický slovník*. Praha: Academia.
- Kárníková, L. (1965). *Vývoj obyvatelstva v českých zemích 1854-1914*. Praha: Nakladatelství Čs. akademie.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Komárek, S. (2005). *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- Křečková Tůmová, N. (2003). *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. [cit. 26. 03 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1076&>
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON.
- Kučera, Z. (2004). Podpora zdraví a kvalita života. In Hnilicová, H. (Ed.), *Kvalita života* (108 - 120). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Ledvinka, V., & Pešek, J. (2000). *Praha*. Praha: Lidové noviny.
- Le Fanu, J. (2001). *Vzestup a pád moderní medicíny*. Praha: Academia.
- Libera, A. D. (2001). *Středověká filozofie*. Praha: OIKOMENH.
- Lipovetsky, G. (2007). *Paradoxní štěstí: Esej o hyperkonzumní společnosti*. Praha: PROSTOR.

- Mattioli, P. A. (1554). *Comentarii in libros sex Pedocii Discovidis Anazarbei*. Benátky: Vincento Valgrisio.
- Mattiloli, P. (1562). *Herbář jinak bylinář velmi užitečný od doktora Petra Ondřeje Mattiola*. Praha: Jiří Melantrich z Aventýna.
- Mášová, H. (1996). O stavbě Masarykových domovů, Sociálních ústavů hl. města Prahy. *Dějiny věd a techniky*, 29, 106 - 116.
- Moalem, S. (2008). *Zdraví zabíjí: Proč potřebujeme nemoci*. Praha: Dokořán.
- Niklíček, L., & Štein, K. (1985). *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum.
- Nový, R. (1987). Pražské předhusitské špitály. *Documenta pragensia*, VII, 1.díl, 59 - 82.
- Nuland, S. B. (2000). *Lékařství v průběhu staletí*. Praha: Columbus.
- Payne, J. (Ed.). (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Payne, J. (2002). Zdraví a celek lidské bytosti. In Payne, J. (Ed.), *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny* (102 - 120). Praha: TRITON.
- Payne, J. (Ed.). (2002). *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton.
- Platón. (2000). *Protágoras*. Praha: OIKOYMENH.
- Platón. (1994). *Faidón*. Praha: OIKOYMENH.
- Porter, R. (2001). *Největší dobrodiní lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor.
- Salát, D. (Ed.). (1992). *Health and Quality of Life in Changing Europe in the Year 2000*. Tatranská Polianka: SYMPOS.
- Schreiber, V. (2000). *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce*. Praha: Academia.
- Soukup, V. (nedatováno). Kulturologie – nová syntéza. In *Biokulturologie.cz*, [cit. 2012-04-15], Dostupné z WWW: <http://www.biokulturologie.cz/kulturologie.pdf>
- Soukup, V. (2004). *Dějiny antropologie*. Praha: Karolinum.
- Soukup, V. (2000). *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál.

- Soukupová, H. (1989). *Anežský klášter v Praze*. Praha: Odeon.
- Svatoš, M. (1987). Pražská lékařská fakulta a zdravotnictví v pražských městech 14. - 16. století. *Documenta pragensia*, VII, 1. díl, 225 - 235.
- Svobodný, P. (1994). Důsledky 17. listopadu 1939 pro české lékařské fakulty. *Český lékařský časopis*, 133, 22 - 150.
- Svobodný, P. (1987). Vlašský špitál na Malé Straně a jeho místo v péči o matku a dítě do josefinských reforem (1602 - 1798). *Documenta pragensia*, VII, 1. díl, 121 - 146.
- Svobodný, P., & Hlaváčková, L. (1999). *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Lidové noviny.
- Švácha, R. (1995). *The Architecture of New Prague*. Cambridge, Mass and London: The M.I.T. Press.
- Toffler, A. (1992). *Šok z budoucnosti*. Praha: Práce.
- Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta.
- Vlček, P., Sommer, P., & Foltýn, D. (1997). *Encyklopedie českých klášterů*. Praha: Libri.
- Vojtová, M., et al. (1970). *Dějiny československého lékařství: do r. 1740*. Praha: Avicenum.
- Vokurka, M., Hugo, J., et al. (2006). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Vymazalová, H., & Coppens, F. (2011). *Moudrost svitků boha Thovta: Vědecké poznání za vlády faraonů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
- World Health Statistic 2011*. (2012). [cit. 2012-04-16]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>

Citované odkazy z internetu

Provizorní baráková nemocnice. (nedatováno). [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/historie-a-soucasnost/provizorni-barakova-nemocnice/>.

L'Hotel-Dieu. (2000). [cit. 2012-04-26]. Dostupný z WWW: <http://www.paris-pittoresque.com/monuments/17b.htm>

WHO. (12 2010). *definice zdraví*. [cit. 2010-12-28]. Dostupný zWWW: www.who.cz/archivcitaci2010/media_archivcitaci_prosinec.html

WHO. (2012). *World Health Statistics 2011*. [cit. 2012-03-16]. Dostupný z WWW:
<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>

WHO. (21. 11 1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO. (nedatováno). *who-we-are/policy-documents*. [cit. 2010-02-19]. Dostupný z WWW:
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents>

Zdroje obrazového materiálu

<http://www.wga.hu/>

<http://www.biblical-art.com/>

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

<http://commons.wikimedia.org/>

<http://www.abcgallery.com/>

<http://www.arub.cz/>

<http://www.lidovky.cz/>

<http://www.florence.cz/>

<http://templestudy.com/>

<http://www.artchiv.cz/>

<http://www.arcimboldo.cz/>

archiv autorky

tituly uvedené v seznamu použité literatury