

Diplomová práce

2014

Alena Glajchová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Pohled lékařů na pacienty a vnímání vlastní
pozice v současném systému zdravotnictví**

Alena Glajchová

Plzeň 2014

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**Pohled lékařů na pacienty a vnímání vlastní
pozice v současném systému zdravotnictví**

Alena Glajchová

Vedoucí práce:

PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2014

.....

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce PhDr. Jaroslavě Hasmanové Marhánkové, Ph.D. za možnost zpracovat zajímavé téma, za pomoc při vedení práce, hodnotné rady a připomínky.

Obsah

1. Úvod	1
2. Teoretická část	5
2.1 Medicína jako sociální instituce a prostředek sociální kontroly	5
2.2 Pojetí moci a vědění v medicíně	9
2.2.1 Michel Foucault a koncept moci	9
2.2.2 Koncept biomoci	12
2.2.3 Tělo jako nástroj governmentality	15
2.3 Medicína v kontextu liberální a neoliberální politiky	19
2.4 Vztah lékař – pacient a jeho proměna	23
2.4.1 Funkcionalistická perspektiva	25
2.4.2 Marxistická perspektiva či perspektiva politické moci	28
2.4.3 Poststrukturalistická a postmoderní perspektiva	29
2.4.4 Problematika vztahu v současnosti	30
2.5 Specifika českého zdravotnictví	35
3. Empirická část	37
3.1 Metodologie	37
3.1.1 Výzkumná otázka a výzkumný vzorek	37
3.1.2 Metody sběru dat	39
3.1.3 Analýza dat	41
4. Analýza	42
4.1 Ambivalentní vnímání lékařů a jejich role	42
4.2 Role informovanosti v komunikaci s pacienty	49
4.3 Konceptualizace zdraví – kdo má zodpovědnost?	59
4.4 Konzumerismus v medicínském prostředí a destabilizace lékařské profese	64
4.4.1 Role médií a dostupnosti informací v budování pozice současné medicíny	77
4.4.2 Vnímání důvěry pacientů a úloha alternativní medicíny	82
5. Závěr	88
6. Použitá literatura a zdroje	94
7. Resumé	98
8. Přílohy	99
8.1 Charakteristiky informátorů a informátorek	99
8.2 Práva a povinnosti pacienta (etický kodex vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR) 100	
8.3 Statistické údaje o zdravotnictví v zemích EU	103
8.4 Topic guide	105

1. Úvod

V diplomové práci se zabývám tím, jak lékaři vnímají svoji roli a vztah vůči pacientům v kontextu veřejného zdraví v současné společnosti. Medicína (termín „zdravotnictví“ je užíváno jako synonymum) je vědou o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Její úlohou je tak zlepšovat zdraví populace a chránit ji. Jako taková má dlouhý historický vývoj, ovšem pro tuto práci je zásadní její proměna v kontextu politik státu v současné společnosti.

Medicína ve společnosti zastává důležitou roli, jelikož zdraví je zájmem každého, „každý o zdraví ví. Ví jednak o důležitosti „býti zdrav“, a jednak zná mnohé konkrétní zásady zdravého života.“ (Parusniková 2000:131) Tudíž zdravotnictví a zdravotní instituce jsou součástí našeho každodenního života a do jisté míry jsme na nich závislí. Ačkoliv je zdraví významnou hodnotou každého člověka, do jednání ve jménu zdraví vstupují rovněž státní intervence a politiky. Ačkoliv se zdraví stává diskutovanější a významnější součástí různých sfér našeho života, samotné vymezení toho, co zdraví znamená, narážejí na řadu obtíží. Jako nejrozšířenější je užívána definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948, která zdraví vymezuje jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (well-being). V této práci se však spíše opírám o jinou definici, která zachycuje dynamiku v současné společnosti, a tj., že „zdraví je výsledkem a procesem vzájemné interakce organismu člověka a sociálního prostředí“. (Kapr et al. 1991:35) Sociální prostředí neznámá jen to, kde lidé žijí a odkud pocházejí, ale tak lze chápat vše, co nás obklopuje, a co děláme v rámci naší každodennosti. Nemoc tak nelze zvažovat pouze jako absence nemoci, ale jedná se o společenský problém týkající se sociální rolí, norem a očekávání. V tomto ohledu je zásadní to, jak se medicína proměnila. Institucionalizace medicíny v 18. století, profesionalizace a následná eroze lékařů vytvořila pohled na lékaře jako

experty s odborným věděním a na medicínu jako pokrokovou vědu s úlohou léčit lidi. S proměnou společnosti na konci 19. století ovšem došlo i k proměně medicíny, kdy procesy narůstající industrializace, urbanizace, sekularizace a rozvoj technologických inovací dal vzniknout rozmachu této instituce. Navíc se zvýšil důraz na zdraví populace, která zaručovala ekonomickou sílu a prosperitu. V důsledku toho se medicína jako instituce stala organizací, která potřebuje financování poskytované zdravotní péče, čímž došlo k její postupné racionalizaci. Nemocniční, a jiná zdravotnická zařízení začala mít podobu byrokratické racionální organizace, a jejich prestiž a mravní zodpovědnost byla vyšší. (Křížová 2006:16-20)

Zásadní zlom přišel v druhé polovině dvacátého století, kdy i do medicíny pronikl étos konzumerismu. Tato proměna je úzce spojena s tím, že zdravotnická zařízení podléhala stále vyšším nákladům na péči a na technologické vybavení, a jako jediné možné řešení byla privatizace. To zapříčinilo vznik konkurenčního tržního prostředí, větší finanční spoluúčast pacienta a jiné pojmání pacienta ve vztahu k lékaři. (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:90-91) V kontextu české společnosti k takové proměně došlo až na konci dvacátém století, konkrétněji po roce 1989. Tato transformace významně ovlivnila fungování systému zdravotnictví, a změnilo se i chápání medicíny. Mimo jiné, od momentu institucionalizace medicíny začal do zdravotní péče zasahovat stát, a péče o nemocné se tak stala předmětem sociální kontroly a nové formy moci. (Křížová 2006) Moc je decentralizovaná, uplatňována skrze mechanismy, jako je prevence, důraz na zdravý životní styl, absence rizikového chování, atd. Moc nad životem, tj. biomoc, se uplatňuje skrze kultivaci života. Zdraví se tak stává politickým problémem, jelikož jsme my jako jedinci disciplinováni ke kultivaci vlastních životů, ale s ohledem na zdraví celé populace. Právě současná neoliberální politika je charakteristická tím, že se stát zbavuje odpovědnosti za zdraví jedinců, kteří jsou ale zároveň disciplinováni a kontrolováni k určitému typu

chování. V kontextu mé práce se jedná právě o typ chování spjatý s diskursem zdraví. Dnes jsou to jedinci, kteří mají osobní zodpovědnost za zdraví, což je navíc posíleno etickým rámcem společnosti, který udává, že je naší povinností být zdrav. (Rose 2001)

Motivem pro výběr tohoto tématu je především můj zájem o problematiku moci, a konkrétně biomoci v současné medicíně. Můj zájem je spjat s osobními zkušenostmi, v rámci nichž jsem se často setkávala s medicínským prostředím a s vykonávající prací zdravotnického personálu. Ze svých zkušeností vím, že často dochází ke střetům v léčbě a v jednání mezi lékaři a pacienty, což se stalo impulsem pro uchopení mé práce. Právě vztah mezi lékařem a pacientem je ovlivněn celou řadou faktorů, které na ně působí, přičemž se jedná právě o faktory vnější, dané fungováním medicíny a biopolitik. Můj zájem byl navíc podpořen skutečností, že v české společnosti máme možnost najít pouze omezené množství empirického zkoumání lékařské profese. Konkrétně se touto profesí a medicínským prostředím zabývá Eva Křížová, která vydala publikaci *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Tyto důvody mně přiměly ke zvolení tohoto tématu, a ke snaze přiblížit problematiku lékařské profese v současné společnosti, a umožnit tak bližší pohled na vztah mezi lékařem a pacientem.

Cílem mé práce je uchopit, jak lékaři vnímají svoji profesi a roli v současné společnosti. Zajímat mně bude, zda je jejich role a pozice vědeckého experta problematizována. Dále se zaměřím na to, jak hovoří lékaři o komunikaci a jednání s pacienty. Mým záměrem je tak odhalit možné problémy a příčiny, které vnímají ve vztahu s pacientem, a budu se snažit vysvětlit, jaké pojetí vztahu v současné společnosti převládá. V souvislosti s tím poukážu na současnou podobu medicíny ve snaze odpovědět na otázku, zda i naše zdravotnictví v českém prostředí prošlo transformací v tržní prostředí obsahující konzumeristické prvky.

První část diplomové práce obsahuje teoretická východiska, z nichž vycházím, a jsou zásadní pro uchopení tématu. Na začátek popisují vývoj medicíny, která funguje nejen jako sociální instituce, ale i jako prostředek sociální kontroly. Dále je věnován prostor pojetí moci a vědění v medicíně, které zahrnuje koncept moci, biomoci a governmentality. Dalším teoretickým východiskem je zasazení medicíny do kontextu liberální a neoliberální politiky, což je důležité pro celkové pochopení problematiky, jíž se zabývám. V následující části pohlédnu na vztah lékař-pacient, jeho možná vysvětlení z různých perspektiv, a přiblížím jeho současnou problematiku. V závěrečné části teoretického ukotvení se věnuji charakteristice a specifickým českého zdravotnictví. Druhá část diplomové práce vychází z 12 rozhovorů s lékaři a představuje jejich pohled na lékařskou profesi, a na vztah s pacienty v rámci jejich každodenního vykonávání profese.

2. Teoretická část

2.1 Medicína jako sociální instituce a prostředek sociální kontroly

Historie medicíny má své kořeny až ve starověku a lékařství jako takové lze řadit mezi nejstarší profese. Medicína a samotní lékaři měli významnou elitní roli, která však byla spojována v nejstarších dobách s náboženstvím a nadpřirozenými, mimořádnými znalostmi. Nejednalo se o lékaře, ale spíše tuto roli zastávali šamani a různí léčitelé. Lidé se léčili v chrámech pomocí modlitby, v domácnostech rodinnými členy či k nemocným přicházeli šamani, kteří používali rituály a různé léčebné praktiky s využitím masáží a rostlinných léčiv. K zásadní změně, která umožnila vývoj medicíny směrem k moderní podobě, došlo v Řecku, kdy se prosadilo uplatňování vědeckých empirických poznatků o těle a zdraví. Idea náboženství se tak dostala do ústupu. V době středověku byla medicína nejprve sakralizována, kdy léčitelská role náležela kněžím, mnichům. Převládala víra v zázračné uzdravení a idea pomoci bližnímu. (Křížová 2006:13-15) Pokud lidé onemocněli, příčiny jejich nemoci i léčba byla zvažována jako nadpřirozená. Stálá lékařská péče se objevovala jen na pár místech, jimiž byly hospicová zařízení. Na druhou stranu, v té samé době došlo k rozvoji medicíny v rámci univerzitního vzdělání. První univerzita byla založena roku 1110 v Paříži a od té doby se jejich počet zvyšoval. (Porter 1991) S následným rozmachem univerzit došlo k formalizaci role lékaře a k „oživení medicíny“ (Křížová 2006:15), přesto v období renesance lékaři postrádali určitou prestiž a uznání. Společnost byla ovlivněna myšlením Reného Descartese, který na lidské tělo pohlížel mechanisticky. Na tělo bylo pohlíženo jako na stroj, a tudíž lidé v medicínu nevěřili a lékařské vědění bylo nízké. Lidé tento přístup medicíny hodnotili tak, že její charakter a léčba nemá nic společného s realitou, a proto spíše důvěřovali například porodním babám, bylinářům, a různým léčitelům, kteří již měli praxi. Tento mechanistický přístup byl zamítnut až v 18. století. Ještě v době středověku byla medicína chápána jako poslání, které mělo zmírnit utrpení bližních, ačkoliv se celá řada vědců

pokoušela nalézt nové objevy v rámci fungování lidského těla. Samotní lékaři si začali uvědomovat možných chyb a nedostatků v lékařské praxi a zaměřovali se na stále nová odvětví zkoumání lidského těla. (Porter 1991) Porter dokonce tvrdí, že žádné poznatky, s kterými vědci a lékaři přišli během 18. století, neměly přímý vliv na léčebný proces pacientů, a v některých státech přetrvávaly léčebné praktiky v podobě rituálů, alternativ a různých léčících mastí. (Porter 1991) Na jedné straně lze zpochybňovat vědecké úsilí lékařů, přesto se v 18. století medicína prosadila jako věda pokroková. Zejména v druhé polovině téhož století došlo k největší proměně chápání medicíny ve společnosti, kdy se od lidových léčebných praktik přešlo k institucionalizované péči. Bylo vytvořeno několik systematických děl lékařské etiky, která právě povznesla úroveň medicíny a celkové lékařské profese. Tato etika obsahuje pravidla, normy, morální závazky, očekávaný a žádoucí přístup k nemocným. Na lékaře je kladen požadavek být zcela humánní vůči pacientům a léčit je s maximální pozorností. Lékaři již byli pohlíženi jako experti, s odbornými znalostmi a jejich profesi od té doby lze zvažovat jako altruistickou. (Křížová 2006:16-17) Náboženská víra a církev s ohledem na roli medicíny se vytrácela. V České Republice došlo k rozkvětu medicíny díky Josefu II., který nechal na konci 18. století postavit hned několik nemocnic, a až teprve počátkem 19. století došlo k tomu, že se medicína stala veřejně financovanou vědou. (Porter 1991) To je úzce spjaté s rostoucí industrializací společnosti, urbanizací, sekularizací a vznikem národních států. Medicína jako vědní obor potřebuje nejen financování, ale i organizaci pro úspěšné fungování institucí. Došlo ke změně nejen uvnitř samotné instituce, ale proměnilo se i postavení lékařů a vykonávání jejich profese. Od tohoto momentu zasahuje do vykonávání lékařské péče stát a péče o nemocné se stává objektem sociální kontroly a nové formy moci. (Křížová 2006:16-19)

Jak jsem již nastínila, na nemocné lidi bylo pohlíženo různě a zacházení s nimi jakožto s pacienty se zásadně proměnilo. Co se však s ohledem na

vývoj nemění, je pojetí, kdy je nemoc vymežována vůči normalitě. Zdravé lidi lze zvažovat za normální, kdežto nemocné lidi za nenormální, či deviantní, nebo chcete-li patologické. Toto chápání má kořeny v myšlení Herberta Spencera a v jeho biologismu, a v myšlení Émila Durkheima, který jej však upřesňuje tak, že nemoc není protikladem ke zdraví, ale jedná se o biologické procesy života, které jsou komplementární. (Kapr, Linhart, Fišerová, Vodáková. 1991:93-94) Nemocní lidé jakožto deviantní a ohrožující jsou proto izolováni od zdravých lidí, k čemuž právě v období modernizace sloužily různé lékařské instituce. (Křížová 2006:16)

Institucionalizovaná lékařská zařízení, jako nemocnice, jsou byrokratickým systémem, který je založen na racionálním fungování, přísných pravidlech a hierarchické struktuře. Dle Křížové dochází v důsledku institucionalizace ke zvýšení prestiže jak celé medicíny, tak i lékařské profese, která nabývá mravní zodpovědnosti a autority. (Křížová 2006:20) Vývoj moderní medicíny je tedy založen na hodnotách racionální organizace. Moderní organizaci se věnoval Max Weber, který ji definuje jako byrokratickou s prvky racionality, efektivity a účelovosti. To se zásadně odráží v tom, jak jsou nemocnice řízeny, jak vykonávají svoji práci a jak lidé uvnitř interagují. Nemocnice má svá předem daná pravidla, směrnice, ustanovení, taktéž je organizována za účelem dosažení určitých cílů, a dokonce vlastní hierarchické uspořádání a formální strukturu, které se neliší od jiných organizací. (Keller 2007:10-12, 19)

Jaká je uvnitř takovéto moderní instituce role lékaře? Prestiž a důvěryhodnost lékařské profese vzrůstá, spolu s odpovědností vůči pacientům. Lékař však vstupuje do předem daných struktur, kdy je nucen plnit hodnoty dané organizace. To znamená, že lékař jedná racionálně, snaží se vybrat tu nejefektivnější metodu léčby, v souladu s předpisy vchází do interakcí, a zároveň musí být humánní vůči pacientům, a je odpovědný za

jejich léčbu. (Křížová 2006:23-25) Lékař se tak nachází v situaci, kdy jsou na něj kladeny požadavky a zároveň musí získat důvěru pacientů v rámci léčebných procesů.

Talcott Parsons je strukturální funkcionalista a ve své teorii pracuje s pojmy systém a sociální kontrola. Dle něj se problematika zdraví a nemoci týká výlučně celé společnosti, a z toho důvodu medicínu chápe jako instituci sociální kontroly. Tato kontrola se neustále rozšiřovala a moc sociální kontroly pochází z autority, což definuje určité jednání, osoby a věci. Rovněž zavádí pojem rovnováha a říká, že medicína hraje významnou roli ve stabilizaci společnosti či systému. Právě rovnováha systému je spojena s lékařskou rolí, která je charakterizována povinností léčit nemoci a zajistit stabilitu společnosti. Naopak hrozící nemoci ohrožují tuto stabilitu a rovněž sociální roli aktérů. Pro zajištění stability společnosti, jak tvrdí Parsons, je nutná společenská regulace za pomoci kontrolního orgánu. Společnost skrze lékaře kontroluje stabilitu systému, a naopak lékaři jsou kontrolním orgánem ve vztahu k pacientovi. Pacient, který vyhledá lékařskou roli, přijímá roli nemocného a je tak chápán. Jako je tomu u každé role, lékaři i pacienti jsou spojeni s určitým očekáváním. Důležité je však to, že zde vstupuje uplatňování moci. (Šubrt 2006:199-200) Kromě pojetí medicíny jako formy sociální kontroly Parsons definoval navíc roli nemocného, která obsahuje čtyři komponenty. Tou první je, že nemocný jedinec je uvolněn ze závazků, a pokud se ocitne v sankciovaných podmínkách, není nemocný vinen, což je druhá komponenta. Třetí komponenta udává, že nemocný se přirozeně snaží dělat vše proto, aby se vyléčil. Čtvrtá komponenta rozumí nemocného jedince jako objekt medicíny, která jej může navrátit do stavu normality. (Parsons 1951:435-437) Na nemocného působí institucionální tlak a kontrola, ale také je zbaven určitých povinností, sankcí, norem a závazků. Medicína jako instituce sociální kontroly tak má schopnost ospravedlnit deviace tím, že jí označí za nemoc. Uplatňována je tak již známá teorie *labellingu* (teorie nálepkování). Na

Parsonse navazuje Conrad, který v 70. letech 20. století definoval termín medikalizace. (Čada 2009:3) Medikalizace označuje proces definování nemedicínského problému medicínskými termíny s využitím medicínského jazyka. Dle Conrada se jedná o sociokulturní proces, který vede k medicínské sociální kontrole. (Conrad 1992:210-211) Medikalizaci lze identifikovat nejen v rámci deviantního chování, jako je alkoholismus, homosexualita, obezita, anorexie a jiné, ale také pro přirozené životní procesy, jimiž může být menopauza, menstruační bolest, stárnutí, atd. Základním sociálním faktorem a aspektem doprovázející tento proces je sekularizace a měnící se status medicínské profese. (Conrad 1992:211-213) Tento status se proměnil tak, že ačkoliv lékařská profese má vysokou autoritu a dominanci, dochází zároveň k její rutinizaci a k rutinizovanému chování lékařů. (Conrad 1992:214-215)

V návaznosti na Parsonsovy a Conradovy myšlenky lze tvrdit, že medicína není pouze institucí, která má za úkol léčit nemocné lidi, ale funguje také jako instituce sociální kontroly. Je to právě moc, která se stává její součástí, a otázkou je, jaký má vliv na její fungování a vykonávání lékařské role. V souvislosti s tím se budu v další kapitole věnovat moci, již analyzoval zejména Michel Foucault.

2.2 Pojetí moci a vědění v medicíně

2.2.1 Michel Foucault a koncept moci

Michel Foucault (1926 – 1984) je jedním z nejvíce diskutovaných autorů posledních několik desítek let. Je řazen k francouzskému strukturalismu a poststrukturalismu, a v současnosti je zvažován i jako představitel postmodernismu. Věnoval se fenoménu moci, který popisuje obzvláště v jeho textech *Subjekt a moc*, *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění* a *Je třeba bránit společnost*. Vymezuje se vůči moci substantivizujícím přístupem. Neuvádí

definici či teorii moci, ale pojem moc užívá pro označení praktiky a technik, jakými se vykonává. (Foucault 1996:210) Užívá koncept „analýza moci“, čímž míní odhalování mocenských vztahů a aspektů této asymetrie. V těchto textech Foucault vymezuje dispozitiv moci negativně a vždy ji spojuje s represí, útlakem a disciplinací, avšak v dalších dílech pojednává o moci i v pozitivních formách, jako je podněcování, puzení, formování, a podobně. Jedná se dílo zabývající se analýzou šílenství a psychiatrických postupů, a v jiném se věnoval historickému vývoji vězení.

V textu *Subjekt a moc*, který je součástí publikace *Myšlení vnějšku*, se začal zabývat zkoumáním člověka, a jak se proměňuje v lidský subjekt. Tím myslí to, jak se lidská bytost transformuje v subjekt v rámci naší moderní společnosti. Dle něj je subjekt ukotven v mocenských vztazích, a lze jej chápat ve dvou rovinách. První rovina hovoří o stavu podřízenosti někomu jinému skrze kontrolu a závislost. Druhá rovina představuje svázání vlastní identity svědomím či sebepoznáním. Tyto dvě roviny dle Foucaulta představují formy moci. (Foucault 1996:202) Ačkoliv se začal zabývat zkoumáním subjektu, tvrdí, že moc je neodmyslitelnou součástí, jako druhá strana téže mince. „Mechanismy podřízení, vykořisťování a dominance jsou příčinou toho, že se od 16. století vyvíjela nová politická forma moci, kterou je stát.“ (Foucault 1996:203-204) Stát jakožto forma moci je uplatňována na společnost jako celek, ale se vznikem moderního státu se tato moc rozšířila i na úroveň individuální, a navíc do celého světa za pomoci celé řady institucí a politické moci. Od 16. do 18. století tuto individuální úroveň moci nazývá „pastýřská“, což znamená, že moc se nezaměřuje pouze na celek jako společnost, ale na každého jedince zvlášť za účelem spasení jedince. Od 18. století pak tato moc získala novou organizaci, novou pastýřskou moc. (Foucault 1996:204-205) Dle Foucaulta je moc vykonávána mnoha způsoby a objevuje se ve třech oblastech – činnost produkce, zdroje komunikace a mocenské vztahy – kde se nachází disciplinace moci, racionální a ekonomický proces, a uplatňování

technik moci. Za důležité považuje Foucault především mocenské vztahy, čímž jsou „způsoby jednání, jimiž jedni působí na druhé“. (Foucault 1996:215) Mocenské vztahy jsou ve formě vládnutí ukotveny v institucích, mezi něž patří i zdravotnický systém. Lze je analyzovat v celé řadě opozic v moderní společnosti, jako je uplatňování moci medicíny nad populací, či v jiném případě mužů nad ženami, administrativy nad způsobem života, psychiatrů nad duševně chorými, atd. Pokud chceme stanovit mocenské vztahy v kterékoliv instituci, musíme ji nejdříve „zanalyzovat na základě mocenských vztahů“ (Foucault 1996:219), které musíme chápat jako nesouměrné mezi nadřízeným a podřízeným, jelikož moc a svoboda jsou od sebe neoddělitelné. Pokud ve společnosti nejsou mocenské vztahy, společnost se stává pouhou abstrakcí, v realitě neexistující. Mocenské vztahy – to, že lidé jednají a snaží se působit na druhé, je vždy přítomné – a jsou přímo zakořeněny v sociální struktuře. (Foucault 1996:218-222)

Foucault tedy chápe moc v politickém významu. (Rabinow, Rose 2003:4) Dále své poznatky, týkající se moci, uvádí v díle *Je třeba bránit společnost a Vůle k věděni*. Popisuje určitou asymetrii vztahu, která vyvstává i v případě práva „života a smrti“, které bylo uplatňováno do 18. století. Panovník měl tedy moc nad jedincem „zbavit jej života nebo nechat žít“. (Foucault 1999:158) Do té doby se nikdo nestaral o to, jak jedinec či jedinci žijí, jaká je jejich kvalita života a zdraví. Moc se soustřeďovala pouze na moment smrti. To se však proměnilo během 18. století, kdy se moc ztrácí z rukou panovníka, který rozhodoval pouze o smrti jedince. Od počátku 19. století došlo k obratu, kdy naopak hlavní roli získala postava člověka a jeho život s důrazem na zvyšování kvality života. (Foucault 1999:168) Vše, co se týká člověka, jako například právo žít, právo na zdraví, na štěstí, na tělo, atd., je již ovlivněno technikami moci, které se zaměřují na individuální tělo. Od té doby politická moc uplatňovala disciplinaci a kontrolu nad individuálními těly, skrze mocenské racionální techniky. Ve vztahu k tělu Foucault upřesňuje, že

během 17. a 18. století převládala kázeňská moc, zahrnující přísnou disciplinaci těla a ekonomickou racionalitu, kterou pak nahradila moc regulační. (Foucault 2005:217) Kázeňská moc se tedy soustřeďovala pouze na tělo jako takové, jako by představovalo určitou entitu, kdežto nekázeňská moc se obracela k tělu jako k živoucímu. Regulační moc integrovala a částečně pozměnila praktiky kázeňské moci, avšak nyní není moc uplatňována individuálně ale jako k celku, k souhrnu jedinců či mase. (Foucault 2005:217-218) Foucault tedy dochází k tomu, že moc nikdo nevlastní a neuplatňuje na konkrétní jedince, ale funguje jako síť vztahů v rámci celé společnosti, a její techniky působí na masu jedinců. (Parusniková 2000:133) Tato nová moc klade důraz na život, oproti smrti, jak tomu bylo do 19. století. (Foucault 1999)

2.2.2 Koncept biomoci

Jak již naznačuji v předchozí kapitole, v současné moderní společnosti vládne moc, která se zaměřuje na populaci s důrazem na kvalitu života. „Bios“ představuje označení pro kategorii živého. Biomoc, neboli biopolitiku jakožto její techniku, lze chápat jako moderní formu moci. Zájmem této nové moci jsou populační procesy představující politický problém či problémy, což vyžaduje institucionální regulaci a kontrolu. Biopolitika vlastní mechanismy uplatňující moc jak na individuální, tak i na sociální tělo. (Parusniková 2000:134) Tyto mechanismy mají za cíl regulaci procesů člověka, tudíž populace se objevuje jako vědecký, politický a mocenský problém, doprovázený kolektivními jevy. (Foucault 2005:220-221) V předmoderní společnosti to byl panovník, který nechával žít a umírat. Nyní to je biopolitika, jejíž existenci zajišťuje moc vědecká. Dva typy moci – kázeňské mechanismy a regulační mechanismy – na sebe navzájem navazují a navíc daly vznik celé řadě institucí na státní i globální úrovni. To Foucault uvádí na příkladu sexuality. Dle něj se medicína

nezaměřuje jen na biologické procesy, ale také na politické a intervenční techniky působící na tělo i populaci. Nejen vylepšení a zajištění života, ale i reprodukce či smrt, to vše již zajišťuje biomoc. Jak je tedy možné, že dochází ke sloučení moci uplatňované na tělo i populaci? Co umožňuje to, že moc užívá technologie kázeňské i regulační? To umožňují normy ve společnosti, které jsou buď zacílené na integraci těla do společnosti, jeho kontrolu, užitečnost a schopnosti, anebo na regulaci populačních procesů a na přizpůsobování populace ekonomickým procesům. (Foucault 2005:224-227) Foucault navíc používá ještě jiné označení pro mocenské techniky biomoci. Toto označení představuje, jak je uplatňována moc na jedince, respektive jaký je vztah mezi mocenskými technikami a tělem. Jedná se o přístup moci k tělu jako stroj, a k tělu jako druh. Význam je identický, jako užití pojmů moc kázeňská a nekázeňská, ale s modernizací se stále tato moc rozšiřuje, a mocenské techniky se uplatňují zejména na populaci, biologické procesy a stát. (Tinková 2010:28) Foucault doslova tvrdí, že politická moc přebírá moc nad životem. Politická moc spravuje individuální životy, a to nejen v medicíně, ale i v celé řadě sociálních oblastí. (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012:90)

S ohledem na výše popsané koncepty moci a biomoci považuji za důležité upřesnit taktéž Foucaultův pojem governmentality, jímž lze jednoduše označit přístup k sociální regulaci a kontrole. Její vznik lze zaznamenat již v 16. století, například co se týče rozpadu feudálního systému. Svůj význam však nabyla až s rozvojem moderních států od počátku 18. století, v nichž dominovala governmentality jako racionální strategie politické moci. (Lupton 2013:115) Tato strategie představuje růst státních aparátů, vývoj administrativy a civilních služeb, narůstající plány a projekty s ohledem na chování subjektů ve společnosti, a mnohé další. Právě skrze pojem governmentality se Foucault snaží porozumět charakteristikám liberalismu jako mentalitě vládnutí. Liberalismus je forma vlády, jejímž zásadním

principem je racionalizace, a je zaměřena na autonomní subjekty. Mechanismy disciplinace a moci liberální vlády jsou funkční zejména ve jménu blaha společnosti, tj. v rámci zdraví a nemoci, reprodukčních strategií, stárnutí, a s ohledem na vše, co lze vymezit jako zdravé a pro integritu společnosti žádoucí. Tento způsob vládnutí, politika a politická autorita, dali vzniknout navíc klíčové kritické dimenzi, čímž je etika. Etika se týká problematiky, kdy se naše zájmy a životy stávají zájmem jiných autorit. Governmentalita se ještě více rozšířila ve 20. století, což ještě více vyzdvihlo významnou roli státní moci. (Rabinow, Rose 2003:4-6) V současné formě je charakterizována přístupem k politickému právu, neo-liberalismu, který prosazuje individuální svobodu a práva nad přílišnou státní intervencí. (Lupton 2013:115)

Foucault se ve svém teoretickém uchopení moci a liberalismu liší od ostatních autorů v několika ohledech. Například moc nechápe jako schopnost jedince uplatňovat ji vůči jinému, či nespatřuje ji na lokální úrovni, jak to například definuje Max Weber. Liberální teorie totiž říkají, že moc je v rukách politické autority či instituce. Dle něj je ovšem moc obsažena v mocenských vztazích na úrovni celé společnosti, které jsou navíc dynamické. Dále se odlišuje v konceptualizaci způsobu vládnutí. Základní politické pojmy, jako je suverenita, lid, poddaní, stát, občanská společnost, či panovník, Foucault nepoužívá. Analýzu uplatňování státní moci spatřuje v tom, jak je vykonávána, tedy v praxi.

Z této analýzy moci vyplývá, že jakožto populace žijeme ve společnosti neustálého ukázněvání a regulace. Stručně řečeno, v důsledku biomoci jsou naše životy spjaté s politickým systémem a integrovány do oblasti politiky a vládnutí. Biomoc nás doslova „vtáhla do politických a vládních struktur, do života byrokratických aparátů“. (Parusniková 2000:133) Uplatňování biomocenských technik Foucault nazývá tedy governmentalita. Dochází k tomu, že životy všech jedinců a populace jsou spravovány biomocí, jelikož

jejím ústředním tématem je zdraví. Proto je nedomyšlitelně vázána na fungování lékařské péče a medicíny. V následující kapitole se pokusím zachytit, jak lze pohlížet na jedince v rámci společnosti a institucionalizované medicíny, což je vázáno na působení moci. Biomoc totiž neznamená jen formu moci, ale i formu vědění, které nám umožňuje uchopit lidské tělo v byrokratickém fungování medicíny.

2.2.3 Tělo jako nástroj governmentality

Následující kapitola se zaměří na souvislost mezi mocí, tělem a vědění. Sociální vědy, a také politické teorie, se lidským tělem dlouho dobu příliš nezaobíraly. Zájem sociálních vědců o lidské tělo a subjektivitu byl podpořen až ve 20. století prostřednictvím moderních sociálních hnutí, a vlivem postmoderních a poststrukturálních teorií. Důležitou roli taky hrál nezastavitelný růst konzumerismu. Od té doby nelze zvažovat lidské tělo jako samozřejmost, jako danou entitu, ale je třeba jej chápat „jako produkt určitých druhů vědění a diskursů“. (Lupton 2012:23) Jakou roli tedy má moc a vědění v konceptualizaci těla? Foucault analyzuje moc, která utváří vědění či diskurs. Jak již bylo uvedeno, moc je obsažena v mocenských vztazích, a tudíž ten, kdo má moc, je zároveň jejím objektem. Je toho názoru, že moc lze zprostředkovat skrze vědění a racionalizaci, což opět jen vede k pokračujícímu ustavování mocenských vztahů ve společnosti. V souvislosti s tím Foucault pracuje s konceptem poslušného těla (*docile body*), které je analyzovatelné a manipulovatelné. Dle něj je tělo „v celé společnosti polapeno uvnitř těsných mocí, která předkládají různá omezení, zákazy či povinnosti“. (Foucault 2000:201) Poslušnost těla je dána jeho disciplinací, kontrolou a stává se předmětem vládnutí. Tělo vstupuje „do mašinerie moci“ (Foucault 2000:202), a stává se tak integrální a klíčovou součástí governmentality. Technologie vlády, tj. masový dohled, monitorování, pozorování a měření jsou zásadní

disciplinační mocí, a tyto technologie konstruuji porozumění tělům v prostoru a čase, a regulují je. (Lupton 2013:116) Důsledky těchto nových forem moci zapříčinily, že tělo již nebylo svobodné. Naopak jedinec se stal závislým na odborném pohledu medicíny, jehož součástí je morální hodnocení vystavené na dichotomiích. Dichotomie určují, zda je jedinec zdraví či nemocný, a na tyto dichotomie právě Foucault upozorňuje. Zajímá se o to, jak je tělo reprezentováno, to je právě skrze diskurs, který pomocí jazyka produkuje vědění a stanovuje, kdo má právo produkovat „pravdivá“ tvrzení o realitě, konstruuje objekty vědění a vytváří jejich význam. Zároveň pracuje s aspektem prostoru a nemoc tak vnímá jako plochý prostorový obraz, jenž umožňuje funkčnost lékařského vědění. Tělo chápe jako prostor objemů a hmot, a pokud se v něm umístí nemoc, lze tělo nazvat nemocným. V prostoru těla se nemoc může přemisťovat, avšak tělo a nemoc neznamena jedno a to samé. Jedná se pouze o vlastnost těla, přičemž interakce mezi tělem a nemocí je zajištěna symptomy. (Foucault 2010:28-29) Výsledkem se stává, že tělo je terčem politické a ideologické kontroly, dohledu a regulace. Medicína má moc určit, zda je tělo nemocné, deviantní, nenormální či zdravé a normální. Tělo je v podstatě podrobno té nejvyšší kontrole a dohledu, kdy se pacient s laickým vědění svěří se symptomy nemoci, vystaví své tělo lékaři, a ten využívá své lékařské vědění a moc v určení nemoci a léčby. (Lupton 2012:26) Jedinec odkáže pravomoc nad svým tělem lékaři, který zobrazuje odpovědného autoritativního medicínského experta. V tomto momentě tělo není svobodné, ztrácí svoji autonomii, avšak zároveň se stává obětí regulace, kontroly, a dalších technik biomoci.

Vědění se zabývá i Brigitte Jordan, která jej navíc vztahuje ke komplexnímu prostředí. Zajímá se o to, jak lidé organizují sami sebe ke společné práci, hře, životu, v kontextu sociálního prostředí. Jordan říká, že v určité sociální situaci existuje celá řada vědění, přičemž některé má větší váhu, než jiné. Obecněji řečeno, v rámci jedné sociální situace se mohou

objevit různá vědění, kdy jedno může být znehodnocené, diskreditované, a jiné legitimní a sociálně přijímané. (Jordan 1992b:1) To vědění, které znehodnocuje všechny ostatní, nazývá autoritativním věděním, na něž lze pohlížet dvěma způsoby. Jednak se tento pojem užívá pro vědění, které je přiřazeno osobám v autoritativních pozicích, jako je například lékař či učitel. A jednak lze na autoritativní vědění pohlížet jako na vědění, které je založeno na rozhodnutích vytvořených v daném prostředí a danou sociální skupinou. (Jordan 1992a:3) To znamená, že v nějaké sociální situaci existuje více druhů vědění, a uvnitř skupin se tyto odlišné typy vědění buď dostávají do konfliktu, nebo se stávají zdrojem pro konstruování nového způsobu vidění světa, čímž vytváří autoritativní vědění. Autoritativní vědění lze chápat jako sociální proces, který vystavuje a reflektuje mocenské vztahy uvnitř společnosti. Navíc udržuje funkční hierarchické sociální struktury, které generují a ukazují neautoritativní systémy vědění. V kontextu mé práce se jedná o medicínské vědění reprezentující autoritativní profesionální vědění jako dominantní formu vědění ve vztahu k ostatním. Autorka Jordan navíc dodává, že autoritativní vědění je přesvědčivé, jelikož je vnímané jako přirozené, legitimní, rozumné a konsensuálně konstruované, v nejlepším zájmu společnosti. (Jordan 1992b:4) Lidé, kteří vstupují do sociální interakce s lékařem, tak produkují a reprodukují systém tohoto vědění, jelikož vzhlíží k medicínskému vědění a znalostem s respektem a autoritou. Důležité však je, že vědění se neváže k autoritativní pozici, ale vytváří se samotnými aktéry v rámci sociální interakce. V medicínské situaci dochází k tomu, že lékař interaguje s pacientem, který vůči němu vlastní laické neodborné vědění. Lékař se tak dostává do situace, kdy je jeho profese chápána jako autoritativní, morální, správná a racionální, což právě produkuje a reprodukuje autoritativní vědění.

V současné pozdně moderní společnosti existují rozmanité podoby toho, jak je vykonávána moc nad tělem. Vyvíjí se nový kult a ideologie zdraví, označovaný jako *healthismus*, estetická medicína a trh se zdravotnickými

produkty. (Křížová 2006:36) Zdraví se stalo dominantním diskursem veřejnosti, kdy na každé jedince jsou kladeny nařízení, doporučení, příkazy, a je jim poskytováno velké množství informací o jejich zdraví a správném jednání v kontextu zdraví. Stalo se morální povinností civilizovaného jedince, jež by měl uctívat tento dominantní diskurs a přizpůsobit se mu. (Parusniková 2000:131-132) Narůstající požadavek idey správného zdravotního životního stylu „otevřel dveře“ státním intervencím a zvyšujícímu se dohledu nad zdravím lidí a jejich jednání. Deborah Lupton uvádí, že výsledkem dohlížení státních aparátů je to, že od počátku 20. století se každý člověk stal potencionální obětí vyžadující pečlivé a důkladné monitorování a dohled. S počátkem dalšího století došlo ještě k výraznějšímu posunu. Od populačních sociálních chorob byl zájem kontrolování těl upřen na individuální a osobní tělesné zdraví. Současné veřejné zdraví se zaměřuje na spojení tzv. nemoci životního stylu (*life-style disease*) s individuálním jednáním. Státní aparáty usilují o snížení výskytu nemocí, a kontrolují tělesné chování veřejnosti skrze vzdělávání týkající se zdraví. Toto vzdělání nařizuje jedincům ve společnosti, jak správně mají zacházet s vlastními těly. (Lupton 2012:34-35) Závěrem lze říci, že sebekontrola a sebedisciplína se stala novou etikou společnosti. Stát sponzoruje a utváří různé kampaně týkající se veřejného zdraví, které ukáží jedince v tom, jak jej chránit a správně jednat na individuální úrovni s ohledem na veřejnost. Jedinci nejsou svobodní, ale stojí vůči společnosti ve jménu zdraví, a disciplinární moc je uplatňována skrze masové promítání a posuzování zdravotních rizik a různé vzdělanostní kampaně, které mají za úlohy vyvolat u jedince pocit strachu a viny. Jedinec si přitom není vědom disciplinační moci, ale považuje jej za přirozené a univerzální právo. (Lupton 2012:35-36) Tělo se tak v kontextu veřejného zdraví stává řízeným a kontrolovaným státem a sociální kolektivitou.

2.3 Medicína v kontextu liberální a neoliberální politiky

Proč je důležité medicínu zasadit do kontextu liberální a neoliberální politiky? Každá forma vládnutí je specifická a ovlivňuje fungování celé společnosti, stejně tak i medicínský diskurs. Přechod k neoliberální formě vládnutí je tak zásadní pro to, jak chápat současné nastavení politik a fungování zdravotnického systému. Liberalismus je forma vládnutí 18. století, která je sebeomezená a střídá. To znamená, že na jedné straně se vláda vůči něčemu vymezuje, ale zároveň obsahuje jisté vnitřní omezení, které je obtížné formulovat. Co se týče práva, například soudní instituce, soudní a veřejní činitelé, se potýkají s problematikou vymezení práva pro výkon své moci, tj. potýkají se s jistými mezemi pro výkon moci. Opakem je ale integrální vládnutí, jako je tomu u policie, která má sklon k neomezenosti. Liberalismus je tedy nová vládní rezona, omezující sama sebe, přičemž toto omezení spočívá v právním omezení. (Foucault 2009:43-45) To vyústilo k omezení výkonu politické moci pomocí práva, a zásadním problémem se stalo to, jak umístit právní meze výkonu veřejné moci. Přemístění těžiště veřejného práva má za výsledek dvě „cesty“. Buď je zákon uplatňován jako výraz vůle, anebo jako důsledek nějaké transakce oddělující intervence veřejné moci od nezávislých jedinců. To jsou „dva způsoby regulace veřejné moci či pojetí zákona, což charakterizuje liberalismus 19. a 20. století“. (Foucault 2009:50) Výkon vlády však již s ustanovením liberalismu, jako nové vládní rezony, nemůžu působit přímo na jedince, ale vždy skrze zájmy, kteří pak jedinci považují za důležité a identifikují se s nimi. Není zaměřena na materiální aspekty a konkrétní věci, ale obrací se „k fenomenální veřejnosti zájmů“. (Foucault 2009:55) Tímto zájmem je i udržování idey veřejného zdraví a chránit zdraví populace. Foucault však namítá, že pojem „liberální“ nepředstavuje svobodu, ale je tomu naopak. Režim vládnutí je konzumentem svobody a spravuje ji. To znamená, že liberalismus určuje, kdo a kdy je svobodný – tj. produkuje svobodu a zároveň vytváří omezení, kontroly a

nátlaky. Základní vlastností je jeho rozporuplnost. Medicína a lékařská zařízení jsou tedy institucemi a státními aparáty, které sledují populaci, kontrolují chování jedinců za účelem, aby jednali s ohledem na kult zdraví a životního stylu, pečovali o své zdraví a zdraví veřejnosti. Foucault si dokonce sám všímá důsledků, které liberalismus má na populaci. Kromě neustálých kontrolních procedur, nátlakových a donucovacích mechanismů a technik, dále hovoří o tzv. „kultuře nebezpečí“. To znamená, že „jedinci ve společnosti se ustavičně ocitají v situaci nebezpečí, nebo jsou k takové situaci podmiňováni“. (Foucault 2009:72) Působící kontrolní a nátlakové mechanismy v důsledku zvyšují produktivitu a efektivitu institucí a lidí ve společnosti. Takoví lidé či instituce jsou dohlíženi a kontrolováni liberální vládou, již lze označit foucaultovským pojmem *panoptikum*. Poslední důsledek spatřuje v expanzi svobody, která je poháněna kontrolními a nátlakovými mechanismy. Zdůrazňuje, že se nejedná o protikladné jevy, ale naopak fungují vzájemně. Tyto důsledky zapříčinily krizi liberalismu v první třetině 20. století, když veškeré mechanismy produkující svobodu měly opačný výsledek a produkují opak svobody. (Foucault 2009:72-74) Z medicínské perspektivy situace vypadá tak, že lékař s pacientem jsou ve vzájemné blízkosti, kdy lékař pohlíží na pacienta stále upřeněji a pronikavěji, a naopak nemocný se stává němým, projevující symptomy nemoci, nad nimiž lékař zhotoví svoji diagnózu. (Foucault 2010:28-29)

Sam Binkley chápe neoliberální vládu jako způsoby, v nichž jsou subjekty ovládnání jako tržní agenti, kteří jsou povzbuzováni, aby rozvíjeli sami sebe jako autonomní, egoistické jedince, a aby viděli jejich prostředky a dovednosti jako lidský kapitál pro investování a výnos. (Binkley 2009:62) Vyjadřuje jím určitý vztah mezi mocí a subjektem. I Binkley si tedy uvědomuje, že ačkoliv jsou vytvářeny určité svobody vůči jedincům, kteří mají jednat autonomně, jsou zároveň pod vlivem tržních mechanismů a kontroly. Takové vládnutí vychází z makro-technologií, jimiž stát ovládá populaci, k mikro-

technologíím, jimiž jedinci ovládají sami sebe. Zdůrazňuje, že se racionality neoliberální vlády věnují populacím skrze institucionální logiky, a navíc obsahují dynamické etické praktiky, které přeměňují jedince ve společnosti ze sociálně závislých subjektů na neoliberální agenty. Jedná se tedy vždy o vztah mezi mocí, či technikami útlaku, a subjektem, či procesy, jimiž jsou jedinci konstruováni. Neoliberalismus tedy není politickou racionalitou v technickém smyslu, ale představuje každodenní etický počin. Binkley shrnuje rozdíl mezi liberální a neoliberální vládou a říká, že klasický liberalismus pohlíží na tržní jednání a jeho podněty jako typický sociální život, kdežto neoliberalismus musí takové jednání vždy podporovat skrze státní intervence. (Binkley 2009:67) Neoliberální trh tak již není zvažován ve smyslu sociálního života, ale intervenční strategie, které neoliberální vláda rozšiřuje, zasahují do sociální oblasti, a také do subjektivity. Dle Binkleyho neoliberalismus přináší celou řadu negativních programů, které proměňují veškerá kolektivní uspořádání vytvořená kapitalistickým a sociálním státem. Uvádí, že dokonce i autor Burchell zvažuje neoliberalismus jako „anti-společnost“. (Binkley 2009:69)

Nyní si kladu otázku, jak funguje medicína a lékařská péče v současné neoliberální politice? S odkazem na Foucaultovo pojetí liberálního rozumu lze vyvodit, že zdraví jednotlivců bylo v zájmu státu, a na jedince byly vyvíjené institucionální tlaky a různá nařízení, neboli mechanismy biomoci. Život a dobro populace představoval řád, který byl řízen politickými autoritami. Má však proměna režimu vlády vliv na chápání jedinců v kontextu medicíny? Dle Nikolase Rose se současné biopolitiky v mnohém liší. Ideál společnosti se dostal do krize, a význam zdraví se proměnil. Racionalita politického zájmu se již nezaměřuje na zdraví populace a její fyzickou zdatnost, ale nyní se zabývá ekonomickými termíny, jako jsou náklady na nemoc, léčbu, pojistné příspěvky či peněžní ztráty v zaměstnání. Jedinec je ve vztahu k medicíně v současnosti chápán tak, že sám je zodpovědný za své zdraví, a to, jak o něj pečou, závisí jen na něm samotném. Zdraví se ve 20. století stalo zásadní hodnotou, a

každý jedinec by měl jednat v jeho zájmu, být produktivním členem společnosti, a „nezatěžovat“ finanční systém státu. Právě finanční kritérium je dnes zájmem politik státu. Narůstající počet nemocí a rovněž nemocných vyžadují lékařskou péči, hospitalizaci, a výdaje tak narůstají. (Rose 2001:2-6) Rose argumentuje, že se současné politické racionality nezaměřují na zdraví, reprodukci a kolektivní blaho, ale právě na to, co je zvažované jako „riziko“. Dichotomie normální a patologické se přetváří a je organizovaná uvnitř strategií, které slouží k ovládnutí rizik. Takových strategií je celá řada, zejména pro identifikaci a preventivní intervenci rizikových jedinců. Ideou se stává minimalizace zdravotních rizik, ovšem taková minimalizace se netýká jen zdraví jedinců, ale například kontroly znečištěného prostředí, počtu dopravních nehod, výživy dětí, atd. Dle Rose je „rizikové myšlení zásadní v biopolitikách“. (Rose 2001:7) Již Foucault uvažoval nad tím, že medicína je spjata s etickou otázkou, a tak Rose dodává, že tělesnost je jednou z nejvýznamnějších oblastí etického posuzování a zdraví se stává etickou vnitřní hodnotou. To Rose označuje termínem „ethopolitika“ (v anglickém znění *ethopolitics*), která vzniká s biopolitikou. (Rose 1999 in Rose 2001:18) Ethopolitiky se zaměřují na sebe-techniky, jimiž jedinci mohou ospravedlnit sebe a své jednání vůči sobě samotným. To znamená, že chování jedince je zvažované jako etické a morální, pokud sám dbá o své zdraví a nejedná rizikově. Naopak rizikovní jedinci, kteří nedbají o své zdraví, jsou posuzováni jako ti, kteří morálně selhali. Takovému hodnocení je vystaven každý jedinec bez výhrad, ovšem to, jak zachází každý jedinec se svým zdravím a životním stylem, je posuzováno odlišně. (Rose 2001:21-22) Rose tedy argumentuje, že v současné západní kultuře jedinci rozumějí sami sobě v somatických termínech, a tělesná realita se stává jednou z nejdůležitějších sítí pro etické posuzování a techniky.

Jinými slovy, toto pojetí odkazuje k situaci v současných západních společnostech, kdy zdraví jedince již není zájmem státu a politik, ale každý člověk je zodpovědný za své jednání v otázce zdraví, zdravého životního stylu

a praktik, jimiž jej má ochraňovat. Zároveň jsou na takového jedince vyvíjeny tlaky a nařízení, jak má jednat. Do jaké míry je tedy jedinec svobodný v jednání s ohledem na zdraví a v medicínském systému? Je problematika zdraví a nemoci jedincova vlastní záležitost? Do jaké míry může stát zasahovat do otázky zdraví jedinců ve společnosti, a kdo tedy vlastní zodpovědnost za zdraví v současné společnosti? To jsou ústřední otázky a myšlenky mé práce, které budou provázet empirickou část. Než ovšem přejdu k empirické části, v níž se zaměřím na problematiku postavení medicíny v současné společnosti, pokusím se identifikovat, jaký je vztah mezi lékařem a pacientem. Právě v souladu s vládnoucí neoliberální politikou je tento vztah problematizován, což vysvětlím v následující kapitole.

2.4 Vztah lékař – pacient a jeho proměna

Jak již bylo zmíněno, s modernizací se proměnilo nejen chápání zdraví, zájem politik a postavení medicíny, ale rovněž postavení lékaře a jejich role. Lékař vlastní odborné a autoritativní znalosti je respektovaný a uznávaný pro výkon své profese. Lékař v moderní společnosti, konkrétně v 19. století, pečuje o zdraví pacientů, ovšem ne na individuální úrovni. To znamená, že ve vztahu lékař jedná s pacientem jako s anonymním tělem, které léčí, ale nepohlíží na něj jako na člověka s nějakou osobní historií. Léčba pacientů je tak podobná, ale musí být klinicky ověřena. Důraz na postavení a roli lékaře se zvýšil s industrializací, kdy je nutné zachovávat aktivní pracovní sílu společnosti. Rovněž se vyvinuly nové technologie a lékařské objevy, které přidaly prestiž lékařské profesi. To vše zajistilo lékařské profesi vysoké postavení a žádoucí profesionalizaci. (Křížová 2006:19-21) Elliot Freidson se zabývá jak definováním profese, tak i vztahem, který vzniká mezi lékařem a pacientem. Odlišuje profesi jako takovou od ostatních zaměstnaneckých pozic, protože ti, co vykonávají profesi, se nezajímají o vlastní ekonomický zájem, ale

jsou orientováni na veřejné služby. Profese taky znamená mít specifické vzdělání, vědění a schopnosti, které jsou nutné pro vykonávání. Freidson tedy profesi definuje jako „druh zaměstnání, jehož členové kontrolují přijímání členů, trénování a práci, kterou dělají“. (Freidson 1989:425) Profese je tedy charakteristická vědomostmi, schopnostmi a prezentována jako práce, která vyžaduje zakoušení nepředepsaného posouzení v dané situaci. Nejenže má moc a pravidla pro vykonávání povolání, ale navíc má rovněž moc pro kontrolu výkonu. Vedle těchto kontrolních mechanismů profesionálové nesou odpovědnost, v tomto případě, lékaři nesou odpovědnost za léčbu pacientů. Formální vědění a znalosti jsou získávány dlouhodobě ve specifických institucích, a jsou předávány formální výukou. Profese je „zvláštním druhem zaměstnání disponující vysokou mírou legitimizované, organizované autonomie a seberegulace. Profesionalita je identita, symbolem prestiže a znamením sociálního, kulturního i symbolického kapitálu.“ (Křížová 2006:21,23) Takto lze pohlížet na medicínskou profesi a roli lékaře z makro-sociální perspektivy. Jak se však celkové postavení medicíny spolu s politikami odráží na mikro-sociální úrovni? Jak medicínská profese ovlivňuje a utváří interakci s pacienty?

Lékařská profese je spjata s dominancí, autoritou, a s odborným specifickým vědění. Pacienti se tak ve vztahu k lékařům stávají zranitelnými laiky, neprofesionály, kteří předávají zodpovědnost za vlastní zdraví do jejich rukou. V interakci mezi pacientem a lékařem lze identifikovat mocenskou asymetrii a rozdíl v kompetenci. Lékařská role je jako každá jiná společenská role spojena s očekáváními, jako je právě laskavost, vřelost, empatie, odborné vědění, komunikativnost, jistota, naděje, optimismus a poskytnutí pomoci, a to v jakémkoliv případě, i když doktor zvažuje symptomy pacienta za vágní, netýkající se nemoci či život neohrožující. Od lékaře je tedy očekáván nejen odborný přístup, ale také sociální citění a lidskost. (Křížová 2006:25-27)

Vztah mezi pacientem a lékařem získal svoji pozornost ve filozofii, sociologii a literatuře od dob Hipokratése. Tento vztah je klíčový a může doprovázet utváření rozhodnutí v plánování zdravotní péče. Hlavním prostředkem se v tomto vztahu stává rozhovor či způsob komunikace mezi lékařem a pacientem (Goold, Lipkin 1999:26), vedle již zmíněného odborného vědění a expertních znalostí. Křížová (2006) hovoří o dvou složkách – odborná a lidská (tj. vědění a způsob jednání) – u nichž je zapotřebí, aby byly v souladu pro uspokojivou lékařskou praxi. Ovšem tyto dvě složky nepostačují. Moderní medicína se proměnila a rozkvetla zejména v druhé polovině 20. století, kdy se požadavky medicíny, a taktéž role lékaře, dostávají do stále silnějšího rozporu se společenskými možnostmi a s profesními požadavky. Takovými možnostmi mohou být například finanční zdroje, zdravotní pojišťovny či státní zákony a nařízení. Za profesní požadavky a podmínky považují pak různé postavení lékařů, v ohledu na jejich zaměření, praxi a postavení v rámci hierarchie. S rozvojem moderní medicíny byl upřen sociologický zájem i na vztah mezi pacientem a lékařem, na nějž lze navíc pohlížet z několika perspektiv, kterým se budu věnovat v následujících kapitolách této části práce.

2.4.1 Funkcionalistická perspektiva

Jako první se problematice vztahu zabýval Talcott Parsons v 50. letech 20. století, v návaznosti na jeho mentora a biochemika Hendersona, od nějž přebral celou řadu myšlenek. Teoretici funkcionalismu zvažují společnost jako funkční systém, kdy jednotlivé systémy udržují konsenzus a harmonii společnosti. Moc, která se v takové společnosti objeví, je založena na legitimní autoritě, a je sdílená, přijatá všemi členy společnosti. Veškeré nerovnosti a mocenské vztahy jsou tak pohlíženy jako funkční a nutné pro získání kolektivních cílů a zájmů společnosti jako celku. Medicínská dominance a

autorita je tak nutná pro udržení distance mezi lékařem a pacientem, což umožňuje lékařům převzít kontrolu a sloužit zájmům pacientovým. (Lupton 2012:113) Talcott Parsons byl názoru, že společnost funguje jako strukturálně-funkcionální systém. Vybral konkrétně medicínu jako oblast, jako specifický odborný subsystém, a analyzoval ji ve vztahu k funkcím a struktuře. Parsons lékaře viděl jako experty západních společností, jako členy profesní skupiny, kteří měli klíčovou roli v zajišťování klidného chodu systému. Definuje roli nemocného (*sick role*), kdy jedincova nemoc reprezentuje formu sociální deviace, jelikož není schopen plnit jeho normální sociální role a jeho život je narušen. V tomto momentě vstupuje lékař, jedná s pacientem a legitimizuje jeho nemoc – lékař mu přiřazuje roli nemocného, a nemocný naopak tuto roli stvrzuje vyhledáním lékařské pomoci a přistoupením na lékařská nařízení. (Parsons 1951:428-439; Lupton 2012) Jak je pro funkcionalismus charakteristické, role lékaře a pacienta jsou komplementární. Tato komplementárnost znamená z pozice lékaře, že musí udržovat odstup od pacienta, užívat expertní vědění, vlastnit autoritu a být altruistickým. Zároveň je také nutné, aby byl emočně nezaopatý a sledoval profesní etiku. To vše umožňuje lékaři zkoumat pacienta jak fyzicky, tak emočně. Na druhou stranu z pozice pacienta, když se jedinec cítí nemocný, má povinnost poradit se s lékařem, zda je jeho identita prohlášena za „nemocnou“. Pokud ano, následuje léčebný režim ustanovený lékařem, a vrací se do normálního fungování, jak je to jen možné, tedy po uzdravení. Parsons vztah lékař-pacient charakterizoval jako náležitě nerovný a komplementární, ovšem asymetrii mezi nimi vnímal jako pozitivní, pro společnost funkční. (Parsons 1951:435-439) Lupton tento vztah dokonce přirovnává ke vztahu mezi rodičem a dítětem, což vysvětluje, že pacienti jsou závislí na lékařích, co se týče jejich fyzických a emočních potřeb, léčby, vkládají do nich důvěru a přenechávají jim zodpovědnost za jejich nemoc a formu léčby. Pacienti jsou závislí na medicínské autoritě a profesionalitě, stejně jako děti na svých rodičích. (Lupton 2012:115) Talcott Parsons (1951) popisuje svoji funkcionalistickou

teorii v díle *The Social System*. Co se týče funkčnosti vztahu lékař-pacient, komplementaritu rolí vymezuje na základě čtyř požadavků, ovšem ne vždy se jedná o protější charakteristiky obou rolí. Těmito požadavky na lékařskou roli jsou univerzalismus, afektivní neutralita, funkční specifičnost a kolektivní orientace. Univerzalismus představuje požadavek na lékaře, aby léčil každého jedince bez ohledu na různé vlastnosti a charakteristiky, jimiž může být socioekonomický status, etnicita, rasa, sexuální orientace, atd. Do interakce mezi lékařem a pacientem a v přístupu k němu by tedy nemělo vstupovat žádné hodnotící kritérium, a ani vlastní hodnocení či sympatie. S tím úzce souvisí další požadavek, jímž je afektivní neutralita, která klade důraz na kontrolu lékařových emocí při vykonávání profese. Jinými slovy, lékař musí léčit každého bez ohledu na jeho názor, sympatie, zájem či odpor, a proto musí například ke zločinci či násilníkovi přistupovat stejně, jako k ostatním lidem, tj. laskavě a s pochopením s ohledem na jeho nemoc. Třetí požadavek usměrňuje zaměření lékaře pouze na ty medicínské oblasti, v kterých je způsobilý a kvalifikovaný. Ten Parsons nazývá funkční specifičnost. Je nežádoucí a neprofesionální, aby lékař jednal a léčil v jiném oboru, než je vzdělán a kvalifikován. Ovšem i léčba má celou řadu důsledků na jedince, a proto je nutné vždy předem léčebný proces konzultovat s pacientem a dostatečně jej informovat o možných důsledcích. Posledním požadavkem je kolektivní orientace znamenající, že ačkoliv žijeme v tržní společnosti, vztah mezi lékařem a pacientem není reciproční, ale altruistický, což je známka profesionalizace. Lékařova role je známkou prospěšné činnosti a potřeby pacientů a nemocných jsou na prvním místě. Pokud je tedy nutné zachránit lidský život, je to vždy žádoucí a samozřejmé, že za záchranu je společensky a morálně odpovědný lékař. (Parsons 1951:429-479) V této funkcionalistické perspektivě lze chápat vztah mezi lékařem a pacientem, ovšem modernizované společnosti poukazují na problematiku fungování medicíny, do níž vstupuje politická moc. Další pohled na vztah lékař-pacient, který představím, je z perspektivy politické moci, či zkráceně marxistické.

2.4.2 Marxistická perspektiva či perspektiva politické moci

Vztah lékař-pacient z této perspektivy lze označit za nerovný, stejně jako z perspektivy funkcionalistické, ale na tento vztah již není pohlíženo pozitivně, nýbrž negativně – jako upevnění struktury moci. (James, Hockey 2007:29) Vztah je z této perspektivy vnímán jako výsledek konfliktu zájmů mezi pacientem a lékařem, který vlastní moc díky „profesnímu statusu, autonomii nad jejich prací, a kontrole nad medicínským věděním“. (Freidson 1970 cit in Lupton 2012:116) Medicínská profese je kontrolována a regulována zákonem, což zajišťuje její monopol na odborné znalosti a vědění. Právě tento monopol na vědění udržuje asymetrii, propast mezi lékařem a pacientem, kdy pacient je v závislé pozici na lékaři. Lékaři se dostávají do dominantní pozice nad pacienty, vlastní autoritu a moc, s níž rozhodují, zda je nemocný jedinec schopný být ekonomicky aktivní, či ne. Neopomenutelné jsou také praktické zkušenosti, které zajišťují medicínskou profesionalitu. Z této perspektivy, „medicína pomáhá legitimizovat a reprodukovat sociálně třídní strukturu a ekonomický systém, což udržuje pozici dominantních zájmů a získává moc pro jejich členy.“ (Lupton 2012:116) Co je důležité v této perspektivě je, že medicína a vztah lékař-pacient jsou ovlivněny kapitalistickou ideologií. To znamená, že pro zajištění lékařské péče a fungování medicíny je třeba zdrojů, které zajišťují státní politiky, a právě ty mohou ovlivnit její kvalitu a dostatek. Stejným principem fungují i privatizovaná lékařská zařízení, kde je kvalita péče ovlivněna výnosy a ekonomickým chodem dané instituce. Deborah Lupton navíc upozorňuje, že existuje ještě další faktor, který udržuje asymetrii mezi lékařem a pacientem, a to je sociální třída, a také věk či etnicita. Lékaři totiž převážně pocházejí z vyšších a středních tříd a z jiného sociálního prostředí, než pacienti. Pacienti spíše reprezentují pracující třídu. Není to však pravidlem. Pacienti středních a vyšších tříd jsou více vzděláni, mají více informací, a mohou tak spíše hodnotit kvalitu a dostupnost lékařských péče. Stále je v této perspektivě přítomna nerovnováha moci vedoucí k nerovnostem

a ke konfliktu. (Lupton 2012:118-120) Elliot Freidson rozpracoval teorii konfliktů, která se vztahuje k medicíně. Dle něj je vztah lékař-pacient jedním z nejdůležitějších specifických sociálních vztahů, který lze navíc analyzovat jako konflikt, jelikož se střetávají dva sociální systémy. Tuto svoji teorii nazývá „třesk perspektiv“, k němuž dochází mezi laickou a profesionální perspektivou. Pacient vnímá svůj stav a nemoc z perspektivy vlastního kulturního prostředí a jeho jednání může být ovlivněno celou řadou faktorů, jako je typ nemoci, kulturní návyky, apod., a proto dle něj často dochází ke kolizi a konfliktu. (Freidson 1970 cit in Kapr et al. 1991:11-12)

2.4.3 Poststrukturalistická a postmoderní perspektiva

Třetí, poslední, perspektiva kritizuje pohled politické moci či marxistické perspektivy. Z této perspektivy již vztah lékař-pacient není asymetrický, kdy má lékař suverénní moc a kontrolu nad pacientem, ale moc je rozprostřena všude. Poststrukturalismus navíc pohlíží na tělo, zdraví nebo nemoc, jako na produkt určité sady myšlenek, vztahů a jednání. Vědecké vědění navíc nezvažuje jako objektivní a neutrální, ale vychází ze sociálních vztahů. (James, Hockey 2007:31) Michel Foucault popisuje interakci mezi pacientem a lékařem jako mikro-politiku moci probíhající v sociálním kontextu. Moc je rozmístěna všude, v sítích medicínského prostředí a vykonávána skrze jednání. Působí na pacienty, ale pacienti ji uplatňují i sami na sebe a podporují medicínský pohled a autoritu. Moc tak představuje souhlas s participací v systému. (James, Hockey 2007:33) Foucaultův přístup říká, že moc je v medicínském střetu strategickým vztahem, který je rozptýlený, a moc je spíše forma sociální organizace, jíž je sociální řád a konformita dobrovolně udržovány. Zde již moc není chápána jako utlačující a represivní, ale produkuje subjektivitu a vědění. (Lupton 2012:120) Důležitý prvek je v této perspektivě dobrovolnost pacientů, s níž přenechávají svá těla lékařům a

medicínskému personálu, kteří s nimi následně zacházejí a léčí. Deborah Lupton, která ve svém díle popisuje tento pohled, znovu odkazuje na Foucaultův pojem „medicínské moci“, která představuje všudypřítomnost a moc je prosazována nevědomým sebedohledem a sebedisciplínou jedinců stejným způsobem, jako ze strany osob s autoritou a suverénní mocí. (Lupton 2012:121) Medicínský střet či vztah lékař-pacient je tak produkován jedincem, a jeho participací v systému skrze myšlení a jednání. Medicínská moc je diskursivní, jelikož vztah je tvořen na základě jednání, praktik a použití jazyka. Působení moci z Foucaultovy perspektivy je ve vztahu mezi lékařem a pacientem všudypřítomné a proměnlivé. (James, Hockey 2007:34-45) Vztah lékař-pacient a vztahy moci jsou dynamické a vyjednávány mezi účastníky v rámci interakce, ale i přesto jsou lékaři v dominantní a autoritativní pozici. Jejich dominance je však nutná k naplnění očekávání jak ze strany pacientů, tak lékařů, a pacienti jsou podřízeni medicínskému diskursu.

Z těchto perspektiv lze nahlížet na vztah mezi lékařem a pacientem, který je v současné společnosti stále více problematizován. Růst konzumerismu, zvyšující se kontrola a intervence politik státu či deprofesionalizace lékařů jsou jen některými faktory, které mají vliv na současnou podobu vztahu lékař-pacient. Této problematice se budu věnovat v další kapitole.

2.4.4 Problematika vztahu v současnosti

Jak jsem již zmínila, vztah lékař-pacient je v současnosti problematizován v důsledku několika faktorů, které do vztahu vstupují. Během posledních čtyřiceti let je moc a autorita medicíny a medicínské profese zpochybňována. Jako jednu z hlavních příčin, proč klesá profesní status lékařů, vidí Lupton růst konzumerismu, který se zformoval v sedmdesátých

letech dvacátého století. (Lupton 2012:122; Lupton 1997:481) Dle ní existují faktory, kterými jsou dále kromě konzumerismu také přebytek lékařů, růst byrokratických organizací limitující lékaře a lékařskou praxi, lepší vzdělanost laiků a snižování platů medicínského personálu, které zapříčinily „deprofesionalizaci“ lékařů a zpochybnění autority medicíny. Deborah Lupton tuto situaci dokonce označuje jako cynismus vůči medicíně, který se zvyšuje a dochází ke ztrátě důvěry v ní, a lékařská profese je navíc destabilizována. Nebývalá extenze medicínského statusu a vyšší vzdělání mezi laickými lidmi umožňuje tento konfrontační postoj pacientů vůči medicíně. (Lupton 1997:481-482) V současné společnosti, ačkoliv jsou pacienti složeni z laické populace, dochází ke stále větší informovanosti o zdravotních a medicínských problémech z různých zdrojů než dříve. Takovými zdroji jsou zejména masová média, populární knihy o zdraví a nemoci, internet a medicínská fóra, zpravodajství či nedostatky a chyby v medicíně. (Lupton 1997:484; Lupton 2012:118) Co se týče chyb a selhání medicíny, Ivan Illich pracuje s pojmem „iatrogenie“, což znamená nežádoucí vedlejší účinky léčby, vyšetřovacích postupů, poškození v důsledku nejednoznačné či chybné diagnózy, nebo poškození v souvislosti s hospitalizací. To je dle něj doprovázeno průmyslovou expanzí všech sektorů ve společnosti, tedy i medicíny. (Illich 1976:270-271)

Informovaní pacienti pohlíží na své zdraví jako vlastní, a díky tomu se stávají více autonomními, vzdorujícími vůči medicíně a lékařské profesi. Toto zpochybnění medicíny je také úzce spjato se skutečností, že v druhé třetině 20. století se výrazně rozšířila dostupnost medicínských služeb a lékařské péče, která vyžadovala zvýšení potřebných finančních zdrojů ze strany vlády, medicínských agentur a zejména pojišťoven. Ti však nejsou schopni pokrýt veškeré výdaje a vláda nařizuje různá omezení, která dostávají lékaře do pozice, kdy již nemůže poskytovat pomoc a lékařskou péči každému nemocnému. Křížová to nazývá „ekonomismus řízené péče“ (Křížová 2006:81), kdy se lékař dostává do konfliktní pozice mezi ekonomickou sférou,

jejími požadavky a nařízenými, a klinickou sférou, kdy lékař hájí zdraví pacientů a je na straně nemocných. Jeho role však již není altruistická, jak byla medicína vnímána například Parsonsem, ale je charakterizována finančním a tržním aspektem. Lze tedy říci, že rozhodnutí o tom, kdo je a bude léčen, je již otázkou organizačního kontextu. Organizační a ekonomická pravidla jsou určující pro rozhodování poskytnutí lékařské péče a léčby. Tyto pravidla mohou být navíc implicitní či explicitní, která jsou více zřetelné pro pacienty a často tvořené samotnými lékaři. Přesto převládá tendence skrývat veškeré rozhodovací procesy ze strany lékařů. Implicitní pravidla jsou skrytá a založena na neodborných charakteristikách jedinců, jako je například etnicita, rasa, věk, životní styl, sociální úroveň, atd. (Křížová 2006:78-79) Tato užívaná pravidla jsou důkazem o narůstající propasti mezi finančními potřebami a možnostmi lékařské péče, což zvyšuje nedůvěru vůči medicíně a pacienti se uchylují ke konzumeristickému přístupu. Pro tento přístup je určující socio-ekonomický status pacienta, který mu umožňuje či brání v konzumaci. Navíc to, zda je jedincův postoj a jednání konzumeristické, je dáno také emoční dimensí vztahu s lékařem, tělesnými zkušenostmi a motivacemi, které mohou být ovlivněny sociální třídou, věkem, etnicitou či genderem. Tyto faktory a charakteristiky jedinců jsou příčinou zpochybnění lékařské péče a medicíny. (Lupton 2012:125) Například pacient pocházející s nižší třídy je méně informovaný a vzdělaný, a proto spíše důvěřuje medicíně a vkládá zodpovědnost za své zdraví do rukou lékařů. Takové pacienta lze označit za „závislého“. Opak se objevuje ve střední a vyšší třídě, a stejně tak mladší lidé jsou spíše více vzdělaní, než lidé starší. Tito jedinci pravděpodobněji vzdorují lékařům, zpochybňují jejich autoritu, a reprezentují „konzumenty“. Deborah Lupton tuto konkrétní problematiku shrnuje a tvrdí, že „zpochybňovat tímto způsobem lékaře a lékařské postupy redukuje vědomostní mezeru mezi lékařem a pacientem, což ničí předpoklad a roli medicíny“. (Lupton 2012:126) Navíc poukazuje na možnost, že jeden pacient může v odlišném čase zastávat pozici jak pasivního pacienta, který důvěřuje lékařům a medicíně, tak i

konzumního pacienta. Přičemž pasivní pacient může představovat aktivně jednajícího jedince, který se angažuje v léčebném procesu, pečuje o své zdraví, a proto vyvíjí důvěrný vztah s lékařem.

Zpochybnění medicíny a lékařské role souvisí s tím, jak je vztah lékař-pacient vnímán a nahlížen. Lékaři se vzdělávají několik let a jsou zasvěceni do vědeckého uvažování. Musí se naučit nejen teorii, ale také poznat a určit diagnózu, jednat s pacienty a rozhodovat se v minimálním čase. Jejich jednání musí udržovat autoritativní pozici a hranice hierarchické struktury. Ačkoliv je dnes lékařská role spíše ekonomizovaná, bez ohledu na tuto skutečnost lékař musí být altruistický, a vždy se orientovat na pacienty a jejich léčbu. Osobní a vlastní zájmy lékaře musí jít stranou a být druhořadé. Veškeré úsilí a zájem je směřován na nemocné, a lékař je profesně povinen dělat pro nemocné jen to nejlepší. Za úspěch lze zvažovat vyléčení pacienta či pacientů. Křížová tento požadavek na roli spojuje s ekonomizací medicíny a říká, že „v posledních desetiletích 20. století se na místo termínu pacient užívá pojem klient“. (Křížová 2006:84), což může opět podpořit zpochybnění a nedůvěru v medicínu. Již tento pojem představuje jistou dobrovolnost pacienta, autonomii a emancipaci. I přes již řečený altruismus se do role lékaře promítá motiv „vydělávat“ a lékařská zařízení jsou spatřována jako podniky fungující na základě zisku. Tato ekonomická zainteresovanost však není jediným pouhým problémem. K možnému nedorozumění a sporu může dojít na úrovni interakce, kdy jsou lékaři v rámci své profese nuceni přistupovat k pacientovi hodnotově neutrálně a brát jej spíše jako „technický nástroj“ než jedince, z důvodu intimního dotýkání a kontaktu v určitých situacích. Tj. Parsonsův požadavek afektivní neutrality, aby lékař kontroloval své emoce, potlačil je a byl profesionálem, ale to představuje „normu, od níž se realita velmi vzdaluje“. (Křížová 2006:88) Lupton uvádí na základě výzkumu Emersona, že takové setkání s lékařem je sociálně přijatelné díky medicínsko-vědeckému diskursu. Právě tento diskursu, v němž se nachází pacient a lékař, depersonalizuje

takovouto situaci, a jednání lékaře není možné považovat za ohrožující. (Lupton 2012:129) Emoce hrají roli především v komunikaci a v interakci s pacienty, a ovlivňují tak podobu vztahu. Vystupují zejména, když jsou si lékaři nejistí v postupu léčení, zákrocích nebo musí oznámit přítomnost vážné choroby. Lékaři by měli pacienty seznámit s celkovým postupem léčby a možnými riziky. Pokud lékař zjistí vážnou nemoc, o které pacient neví, je profesionálním požadavkem užít empatii při oznamování, a sdělit skutečnost co nejšetrněji vůči nemocnému. Veškerý medicínský personál by měl být pomocný a radit pacientům, jak se chovat, jak jednat s jejich tělem během vyšetřování a léčby, jak postupovat v léčbě, čemu předcházet, atd. Je tedy nutné informovat pacienty, jak se mají celkově chovat ve vztahu ke zdravotnímu problému a léčebnému postupu, jelikož většina z nich neví, co očekávat. (Lupton 2012:128-130) Lékařovy emoce a jednání vůči pacientovi jsou navíc ovlivněné „zajímavostí“ případu, nebo hodnocením dané osoby z hlediska socio-ekonomického statusu, genderu, rasy, etnicity, či věku. To ovlivňuje postoje lékařů a vnímání pacientů, a navíc mohou být negativně ovlivněny různými stereotypy v pohledu na pacienty. Vedle pacientových charakteristik a možné emoční angažovanosti jsou ovšem také důležité charakteristiky lékaře, jež mají vliv na komunikaci. Těmi mohou být socio-demografické charakteristiky, obecné postoje a osobní orientace, a charakter medicínských zkušeností. (Roter, Hall 2006:40-61) Rozdílné poskytování péče a její kvalitu můžeme objevit v rámci veřejné a soukromé kliniky, kde se pacient ve skutečnosti stává klientem a léčba představuje zisk pro kliniku. Křížová tak tento fakt shrnuje slovy, že „tvrzení o univerzalistické a emočně neutrální roli lékaře je sociálním očekáváním a žádoucí normou profesionality spíše, než realitou“. (Křížová 2006:91) To mají někteří pacienti již v povědomí, a proto stále více přistupují k medicíně konzumeristicky a se vzdorem.

2.5 Specifika českého zdravotnictví

Jak jsem již v této práci uvedla, během 20. století došlo k řadě změn a ke vzniku různých trendů, které proměnily společnost. Dělo se tak zejména ve sféře ekonomické, politické, kulturní a sociální, které se navzájem prolínají. Od té chvíle již nehovoříme o industriální společnosti, kde byl průmysl hlavním zájmem společnosti, ale o společnosti postindustriální. Postindustriální společnost je charakteristická rostoucím individualismem, dominancí trhu, tržních mechanismů a ekonomického sektoru. (Keller 2011:11,57) V České republice tomu nebylo jinak, ovšem některé rysy české společnosti byly závislé na politickém režimu. K nejvýraznějším změnám české společnosti došlo v rámci transformace na konci 20. století, konkrétně po roce 1989. Ta zasáhla i systém zdravotní péče, který v té době vyžadoval vyšší finanční zdroje a péče se stala více nákladná a žádoucí, ve spojení s nárůstem chronických onemocnění. Do té doby zdravotnictví fungovalo dobře, a ekonomika byla spíše odmítána v souvislosti se zásahy do zdravotnického systému. V socialistickém státě měli občané právo na bezplatnou zdravotní péči, a tak byla dostupná všem, byla bezplatná, ale postrádala odbornost. S jedinci bylo zacházeno jako s pacienty, a do vztahu mezi lékařem a pacientem nevstupovaly téměř žádné jiné faktory, které by ovlivnily komunikaci a léčbu. S transformací po roce 1989 byly zavedeny sociální reformy a do popředí se dostal ekonomizující princip a vliv státních politik. Ve zdravotnictví se objevily se nové procesy a terminologie, jako například komercializace, konkurence, firma, konzumerismus a tržní prostředí, klient, což v socialistickém státě absentovalo. (Keller 2011:57; Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:87-88)

Česká republika je rovněž státem s neoliberální politikou, a tudíž veškeré státní zásahy, které by měly být seberegulující, jsou usměrňovány a zacíleny na velké firmy, instituce a objekty s finančním kapitálem. Stejně tak

koncept svobody nefunguje tak, jak by měl. Jedinci ve společnosti nejsou svobodnými jedinci se svobodnou volbou, kteří jednají ve svůj prospěch, ale jsou součástí komplexní struktury státu a vystaveni intervencím. Zájem lidí a jejich racionální jednání tak nyní musí být zacíleno ve prospěch institucí a finančních subjektů. (Keller 2011:58) Během 90. let 20. století byl stát nucen učinit rozhodnutí, jak vyřešit neustálé zvyšování nákladů na zdravotní péči a nutnost medicínských technologií, a jako řešení zvolili privatizaci zdravotnického sektoru. Právě ekonomizující charakter společnosti ovlivnil i podobu zdravotnictví, který umožnil transformaci nemocnic na privatizované společnosti a došlo tak k rozšíření konzumerismu v medicíně. S nemocným jedincem již není zacházeno jako s pacientem, který vyžaduje léčbu, ale jako s klientem, který si kupuje zboží – tj. péči. Pacient je tedy chápán jako zdroj zisku a stává se klíčovým aktérem v tržním prostředí, který zajišťuje chod nemocničního zařízení. (Křížová 1998 cit in Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:87-88) Abychom mohli hovořit o tržním pojetí zdravotnictví, musí mít rysy trhu. Zdáli jsou přítomny, pak zdravotnický systém funguje stejně jako trh. To znamená, že jednotlivá medicínská zařízení si mezi sebou konkurují, poměřují se s ohledem na kvalitu, dostupnost a odbornost péče, a navíc soupeří o přízeň pacientů/klientů. To vyúsťuje v řadu dalších důsledků, jimiž je komercializace medicíny a zároveň navyšování nedůvěry vůči medicíně a dalším sociálním institucím. I v českém prostředí tedy dochází k deprofesionalizaci medicíny a role lékaře, jelikož právě tržní pojetí zdravotnictví má závažné dopady na podobu vztahu lékař-pacient. (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:90-92)

3. Empirická část

3.1 Metodologie

Součástí této práce je vlastní kvalitativní výzkum, který vychází z analýzy rozhovorů, jež jsem provedla. V rámci českého kontextu máme možnost setkat se s některými kvantitativními výzkumy zabývající se obecnou spokojeností pacientů, které jsou většinou pod vedením CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i., či HealthCare Institute, ovšem kvalitativní studie zaměřující se navíc na názory jsou absentující. Mým záměrem je porozumět tomu, jak lékaři vnímají roli lékaře a vztah s pacienty v současné společnosti. Mým cílem je tak pokusit se vytvořit náhled do problematiky vztahu mezi lékařem a pacientem, jaké významy přikládají vztahu s pacientem a samotným pacientům. Zároveň tak poukážu na to, jak je problematizována role lékaře v současné společnosti. Prostřednictvím polo-strukturovaných rozhovorů jsem se zabývala názory a postoji lékařů k jejich profesi, ke vztahu s pacienty a k fungování medicíny v kontextu současné společnosti. Analýza všech provedených rozhovorů by mně měla pomoci odhalit nejčastěji přikládané významy jak vztahu mezi lékařem a pacientem, tak i lékařské profesi a současné podobě medicíny.

3.1.1 Výzkumná otázka a výzkumný vzorek

Jedním z hlavních cílů výzkumů je zachytit to, jak lékaři vnímají svoji profesi, současný systém zdravotnictví, a vztah mezi lékařem a pacientem. Dalším cílem je pokusit se poukázat na možné problémy a jejich příčiny, o nichž lékaři hovoří, a které vnímají ve vztahu s pacientem a v současné medicíně jako takové. To vše se budu snažit objasnit na základě jejich názorů a postojů.

Velikost výzkumného vzorku obsahuje dvanáct informátorů, s nimiž byl proveden rozhovor. Pro výběr vzorku jsem užila metodu nabalování či metodu sněhové koule (*snowball sampling*). Velikost vzorku tedy nebyla zpočátku daná, ale rozšiřovala se s tím, kolik bylo provedeno rozhovorů. Informátoři jsou všichni lékaři a lékařky, a pro jejich výběr jsem zvolila následující kritéria. Lékaři musejí vykonávat svoji profesi se specializací praktického lékaře či lékaře na chirurgických ambulancích, a to buď v nemocničním zařízení, nebo jako soukromí lékaři. Lékaři navíc museli mít minimálně dvouletou zkušenost se svojí profesí a aktivního vykonávání. Tuto konkrétní specializaci jsem zvolila proto, že v rámci těchto pracovišť lékaři vstupují do častého kontaktu s pacienty, a tudíž tak mohou reflektovat podobu tohoto vztahu. Lékaři ukončují své vysokoškolské vzdělání zhruba ve věku 26 let, kdy přechází do praxe, tj. do vykonávání jejich profese. Ačkoliv jsem si zpočátku stanovila hranici minimální praxe dvou let, tj. lékař ve věku 28 let, moji informátoři byli všichni starší 30-ti let, což považuji za výhodu vzhledem k jejich zkušenostem jak v lékařské roli, tak v jednání s pacienty. Jednalo se o lékaře, kteří svoji profesi vykonávali ve zdravotnických zařízeních v plzeňském kraji, avšak konkrétnější instituce a ordinace jsou anonymizovány. Lékaři jsou buď chirurgové, kteří působí na chirurgických ambulancích, nebo praktičtí všeobecní lékaři pro dospělé působící ve vlastních soukromých ordinacích. Výjimkou je jedna informátorka, lékařka, která je pediatrem, a s níž jsem provedla rozhovor na doporučení lékaře, který mně pomohl s kontaktováním. Jejími pacienti jsou sice děti, ale lékařka sama uvedla, že největší část komunikace spočívá s jejich rodiči jakožto zákonnými zástupci.

Všechny účastníky jsem zpočátku informovala o mém výzkumu a o průběhu rozhovoru. Seznámila jsem je s tématem rozhovoru, pro jaké účely s nimi rozhovor provádím, a ujistila jsem je zachování jejich anonymity. Anonymita lékařů byla zásadní pro provedení rozhovorů, a po seznámení se

s mým výzkumným záměrem jsem po všech informátorech požadovala ústní informovaný souhlas s účastí na výzkumu.

3.1.2 Metody sběru dat

V mém výzkumu jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů pro sběr dat, díky nimž jsem se snažila porozumět tomu, jak vnímají lékaři svoji roli, postavení současné medicíny a jaké významy přikládají vztahu s pacientem. Otázky, na které jsem se zaměřila v rozhovoru, se týkaly především toho, jak samotní lékaři vnímají svoji profesi, jaké postavení mají lékaři v současné společnosti, jak hovoří o vztahu s pacientem, jaké významy dávají tomuto vztahu a jak hodnotí medicínu v současné společnosti. K inspiraci a k volbě těchto otázek jsem využila teoretického ukotvení mé práce, ovšem názory a postoje, které jednotliví informátoři vyjadřovali, uváděly směr a strukturu rozhovoru. Druhým zdrojem dat pro mne byly navíc články medicínských novin Medical Tribune a Mladé fronty (konkrétněji příloha FinExpert.cz). Výzkumy věnující se vztahu mezi lékařem a pacientem, a lékařské roli jako takové, doposud absentují v českém prostředí. Nejznámější autorkou, která se této problematice věnuje, je Eva Křížová (2006), ovšem zbývající práce jsou spíše teoretické a vycházející ze zahraniční odborné literatury. To mně přimělo k volbě kvalitativní metodologie v rámci zkoumání tohoto tématu a problematiky.

Navázání kontaktu s prvním informátorem nebylo problematické a informátor ochotně přislíbil účast na mém výzkumu a poskytnutí rozhovoru. Na druhou stranu, lékař mne hned upozornil, že bude zřejmě stručný, a pro poskytnutí rozhovoru chtěl využít čas, který pobývá ve zdravotnickém zařízení v době pohotovosti. To se po informování více lékařů ukázalo jako společný znak většiny. To znamená, že většina lékařů chtěla sama hovořit buď

v průběhu své pracovní doby či služby, nebo těsně po jejím skončení. To lze vysvětlit jejich vlastním tvrzením o jejich nadměrném času stráveném v zaměstnání a naopak nedostatku volného času. Lékaři mi po skončení rozhovoru ochotně poskytli kontakt na některého z dalších lékařů, kteří by se mohli zúčastnit rovněž mého výzkumu. Celkové navazování rozhovoru nejdříve u všech vyžadovalo přesvědčení o jejich anonymitě, což bylo zásadní pro získání důvěry, a otevřenou a komunikaci mezi mnou a daným informátorem. Lékaři se chtěli ujistit především v tom, zda rozhovor nebude nikde zveřejňován a publikován, a pro jaké účely je rozhovor proveden. Již zde se objevuje jistá míra nejistoty, která je dle některých autorů běžná v medicínské praxi, a medicínské vědění je nejistotou doprovázené. (Lupton 2012; Parsons 1951; Ghosh 2004) Anonymizovány tedy byly nejen jejich jména, ale také konkrétní zdravotnické zařízení a místo působení.

Nejdříve jsem tedy všechny informátory kontaktovala a požádala o účast na mém výzkumu. Po domluvě s komunikačním partnerem proběhl rozhovor, a většinou každý sám si zvolil termín a místo konání rozhovoru. Nejčastěji se jednalo o kanceláře a ordinační místnosti v daných zařízeních, kde nebyl nikdo přítomen, a prostředí bylo klidné. Bylo provedeno dvanáct rozhovorů s lékaři, kteří se pohybovali ve věkovém rozmezí 33 až 61 let. Všichni lékaři měli více jak osmiletou praxi a jednalo se převážně o chirurgy a všeobecné praktické lékaře, kteří působí v nemocnici či soukromých ordinacích v plzeňském kraji. Struktura rozhovorů se lišila pouze v tom ohledu, zda se jednalo o lékaře působícího v nemocničním zařízení či o lékaře ordinujícího v rámci vlastní soukromé ordinace. Rozhovory trvaly v průměru čtyřicet minut. Seznam otázek s konkrétními tématy rozhovoru a charakteristiky jednotlivých komunikačních partnerů jsou součástí přílohy.

3.1.3 Analýza dat

Po provedení rozhovoru či po dokončení sběru dat byly veškeré rozhovory přepsány, a to za pomoci softwaru *Express Scribe*. Následně byla všechna data analyzována. Pro analýzu jsem zvolila tématickou analýzu (Hendl 2005). Přepsané rozhovory ve formě textů jsem rozdělila na jednotlivé segmenty a témata, na které jsem se v analýze zaměřila. Témata, která jsem v rozhovorech identifikovala, se týkala role lékaře, komunikace a vztahu s pacientem, pronikání konzumerismu do medicínského diskursu a proměny lékařské profese.

V následující části se zaměřím na to, jak lékaři vnímají svoji profesi, jak chápají a definují vztah s pacientem, a v kontextu toho se pokusím identifikovat, s jakými proměnami a problémy se lékaři nejčastěji setkávají. První část analýzy pojednává o tom, jak lékaři reflektují očekávání v rámci vykonávání lékařské profese a jak vnímají tuto profesi. Druhá část analýzy se zaměřuje na komunikaci s pacientem, jak je tato komunikace problematizována a vnímaná ze strany lékařů. Poslední, třetí část analýzy se věnuje tomu, jakým způsobem pronikají konzumeristické principy do vztahu s pacientem, a jak je v současné společnosti změněno chápání lékařské profese.

4. Analýza

4.1 Ambivalentní vnímání lékařů a jejich role

To, jak byla vnímána lékařská profese a jejich postavení ve společnosti má dlouhý historický vývoj. Například Howard Becker hovoří o tom, že medicína má specifický status, přičemž jeho významem je jakési „poslání“ lékařů. (Becker 1961) Porter (1951) či Křížová (2006) popisují historický vývoj této profese, který vztahují k proměně společnosti. Dle nich se medicína v důsledku industrializace a technologického pokroku stala vědou veřejně financovanou. Lékaři tudíž začali být zvažováni jako experti s odbornými znalostmi a vzděláním, a jejich profese představovala altruismus a autoritu. Pokračující modernizace spolu s industrializací však zapříčinila, že i z medicíny se stala byrokratická, racionální, instituce, která vlastní své normy a hierarchii. Jak poukazuje například Křížová, prestiž této instituce a lékařů samotných se zvýšila, spolu s mravní odpovědností a autoritou. (Křížová 2006:20) Odpovědět na otázku, jak svoji profesi a roli ve společnosti ve skutečnosti vnímají lékaři, bylo jedním z mých výzkumných záměrů.

Lékaři hovořili o své profesi, jaké měly očekávání v době, kdy ji ještě nevykonávali a studovali, jaká byla konfrontace s realitou a jak samotnou profesi lékaře jako takovou vnímají. Tuto část analýzy jsem nazvala „ambivalentní vnímání lékařů“ proto, jelikož významy, které přiřkládali vlastní roli a zkušenosti, byly rozporuplné. První takový protiklad se objevil, když lékaři hovořili o konfrontaci s realitou v rámci vykonávání své profese a jejich očekávání. Důraz byl kladen na teorii a praxi, kdy lékaři po studii vlastnili odborné teoretické vědění, ovšem při přechodu do praxe neuměli své specifické znalosti uplatnit, což většinou zhodnotili jako „krutý“ či „náročný přechod“.

„Tak v podstatě jsem měl vysokou školu, ale neuměl jsem v podstatě nic. Všechno teoreticky a praxi vůbec žádnou. Oproti třeba sestřám. Ty mají hlavně praxi. Tak my jsme měli teorii, a ty praxe minimum. Takže jsem neuměl převazovat, neuměl jsem uchopit skalpel...operovat. Tak člověk musí mít to vědění, jak to funguje, ale bylo jako si myslím, že to byl veliký zlom. Nebylo to hladký všechno. Ocitnul jsem se někde s titulem, ale v té pozici toho lékaře, když jsem nastoupil, jsem neuměl vůbec nic.“ (Doktor L.)

„Bylo to v podstatě krutý, protože ta škola nepřipraví na to...to všechno poznáte sama. Nepřipraví na tu praxi. Učíte se tam ty teoretický znalosti, který potom zjistíte, že v podstatě v praxi asi nejsou až tak potřebný. ... Takže jako ta praxe se musela doučit no.“ (Doktor K.S.)

Lékaři se tedy obecně potýkají s problémem v praktickém a technickém uplatňování lékařského vědění. Během studií medicíny získávají teoretické znalosti, které jsou podstatné pro vykonávání jejich profese, ale zvýznamňují nedostatek praktické přípravy a přípravy na reálnou praxi v medicínském prostředí. Doktorka L. navíc zdůraznila určitý problémový aspekt spojený s byrokratizací medicíny, a s nímž se v rámci studií lékař nesetká a nenaučí.

„Tak technicky určitě problém, že vás taky nikdo nenaučí dělat papíry, psát rychle na počítači a takový ty technický věci, kterých je čím dál více potřeba...“ (Doktorka M.)

Přemíra administrativy, s níž se lékaři setkávají v praxi, odpovídá institucionalizovanému a byrokratickému prostředí medicíny. O byrokratizaci medicíny hovoří i Eva Křížová (2006) či Hrešanová a Hasmanová Marhánková (2008) v kontextu specifického prostředí medicíny, čímž je porodnictví. Další protiklad, jenž se objevil v rozhovorech lékařů, se týkal očekávání, která měli před vykonáváním své profese. Očekávání některých lékařů byla romantizovaná, nebo se vyjádřili tak, že žádné představy o této profesi neměli. Důležité je ovšem zmínit to, jak tato svá očekávání srovnávali s realitou. Často lze identifikovat očekávání pomoci druhým, a zároveň jisté zklamání.

„Moje představy byly, že budu pomáhat ... a byly rozdílný, než by si člověk přál. Záleží na lidech. V současné chvíli je to hodně špatný. Na nadřizených tedy myslím. Od toho se odvíjí všechno, protože nadřizení určují, kolik se dá peněz do něčeho...“ (Doktorka M.)

„Jo, já měla takový romantický představy o tom, že budu zachraňovat lidi a budu na všechny hrozně hodná, a kariéra se bude odvíjet dokonale, protože stačí dokonale pracovat a snažit se. A pak se ukáže, že je to úplně o ničem jiném... takže úplně zkreslený představy o tom, jak to má bejt, jsem měla.“ (Doktorka L.)

Doktorka L. se následně odmlčela a určitým zklamaným tónem pokračovala:

„Ne každý člověk, který vyhledává lékaře, potřebuje léčit. Mnohdy potřebuje jen papír, neschopenku, pojistku, pojištění. Jo? Obecně nepotřebuje vysloveně jakoby pomoc. Tu medicínskou. Ne vždycky jde bejt maximálně vstřícněj a hodnej, protože když je člověk vyčerpanej, tak to nejde. No a pokud jde o vývoji té kariéry, tak to prostě běží bez ohledu na to, jak se člověk snaží a jestli se nesnaží.“ (Doktorka L.)

I tato informátorka opět naráží na jistou byrokratizaci, s níž se medicína potýká, a to i v úloze medicíny, kterou je léčit. V této perspektivě lze hovořit o určitém konfliktu zájmu lékaře a pacienta, který vyhledává lékaře za jiným, nemedicínským účelem. Lékař je tak v mocenské pozici, kdy pouze on má oprávnění potvrdit či poskytnout pomoc, která ale spočívá v administrativní úloze pro potřeby pacienta. Jedná se o určitý posun v konfliktu zájmu, než o kterém zvažuje Elliot Freidson. Ten takový konflikt vidí zejména v perspektivě a socio-kulturním pozadí jednotlivých aktérů, tj. že do interakce vstupuje lékař a pacient s odlišnou perspektivou. (Freidson 1970 cit in Lupton 2012) Další rozporuplná očekávání a představy o profesi, které lékaři měli a stále pocítují, se týkají zejména časové náročnosti, nutného vzdělávání po ukončení medicíny, psychické a fyzické náročnosti, a určitého podhodnocení.

„Bylo to samozřejmě jiný, než jsem si představoval. Bylo to daleko více náročnější ... a jak po tej psychickej, tak i po tej fyzickej stránce. Ze stran přesčasů, samých teoretických znalostí, spektra diagnóz pacientů...“ (Doktor B.)

„Já sám jsem od toho měl větší očekávání v tom směru, že člověk takhle vystuduje vysokou školu, který se věnuje. Věnuje tomu čas, protože přeci jenom v práci nejsem nějakou běžnou pracovní dobu, ale i přesčasy. Takže přeci jenom třeba u pacientů to bude, a obecně, to bude vnímaný a hodnocený jinak, než to je. Jo? Tak čekal jsem, že to bude vnímaný jinak (řekne zklamaně) ...“ (Doktor L.)

„Moje představy byly, že budu pomáhat ... a byly rozdílný, než by si člověk přál. Záleží na lidech. V současné chvíli je to hodně špatný. Na nadřízených tedy myslím. Od toho se odvíjí všechno, protože nadřízení určují, kolik se dá peněz do něčeho...“ (Doktorka M.)

Shrnu-li zmíněná očekávání a představy lékařů, lze tak usoudit, že lékaři začínali svoji kariéru s touhou pomáhat druhým a být za to náležitě hodnoceni. Z funkcionalistické perspektivy lze na medicínskou profesi pohlížet jako na prospěšnou instituci, která vykonává potřebnou službu, a lékaři jsou tak odměněni vysokou prestiží, statusem a mocí. (Lupton 2012:113) Jejich očekávání se střetávala v praxi s realitou. V návaznosti na tyto představy lékaři hodnotili svoji profesi s přihlédnutím kladů a záporů v jejich postavení. Ambivalence ve významech, které této profesi a lékařské roli přikládali, se týkala očekávaného hodnocení lékařského povolání.

„My narážíme na spoustu takových problémů, který si myslím, že laik člověk běžně nevnímá, a nemá vůbec představu ... ta péče o pacienty je sice náročná, ale nedocenená tou společností. Ať už lékař, nebo sestřičky, který se svému zaměstnání věnujou, tak to není ohodnocený nejen finančně, ale vůbec tím povědomím společnosti.“ (Doktor L.)

„Tak práce s lidma je vždy problematická, ale řekl bych to asi takhle. Postavení lékaře ve společnosti, když si poslechnete žebříček, tak se pohybujeme na prvních místech většinou. Lékař bývá hodnocen jako vysoce. Bohužel tomu neodpovídá,

alespoň ve většině případů, ekonomický ohodnocení. To je jedna z frustrací lékařů, co my spatřujeme. Takže je tady určitý rozpor...“ (Doktor P.)

Z výpovědí je jasné, že lékaři na jednu stranu své profesi přiřadili vysoké umístění na žebříčku prestižních povolání. Na druhou stranu, ačkoliv výkon profese obnáší určitou míru stresu, zatížení, odpovědnosti a časové náročnosti (především přesčasy), pociťují finanční podhodnocení a disrespekt ze strany vedení, co se týče finanční stránky, ohodnocení a profesního růstu. Problematický kariérní růst, stejně jako doktorka L. výše, negativně spatřuje i doktor S. Zároveň však zdůrazňuje, že pro pozici lékaře je téměř nemyslitelné zvažovat o nezaměstnanosti:

„Tak profese lékaře je solidní. ... Postoj doktora má spoustu výhod a nevýhod. Spousta výhod je v tom, že neznám nezaměstnaného doktora. Je to stabilita jo? Je to solidní, relativně společensky uznávané zaměstnání, a neexistuje nezaměstnanost jo. Na druhou stranu to postavení je trochu specifický v tom (...), že ten doktor má, jeho profesní vývoj je podstatně delší a podstatně pomalejší. Je to takový pozvolný. Ale zase je to solidní a velká věda.“ (Doktor S.)

To, jak tedy lékaři vnímají svoji profesi, se vyznačuje vysokým postavením na profesním žebříčku, a zároveň spatřují určité podhodnocení. Mimo již zmíněné se navíc vztahovali k určitému pohledu ze strany veřejnosti.

„No nevnímám to jako nějaké lepší povolání, než cokoli jiného. Spíše vidím ten ... tu změnu pohledu na lékařskou profesi ze strany veřejnosti. Od toho, že na tu radu dají, se to přeměňuje tak, že si myslí, že lékař bude skákat podle toho, jak oni si představují.“ (Doktor B.)

„No myslím si, že ta veřejnost teďkom ty zdravotníky nebo lékaře moc asi neoceňuje nebo prostě myslím si, že ten vztah mezi pacientem a lékařem není takový, že by dříve ... Já si vezmu, třeba když já jsem byla malý dítě a chodili jsme k doktoru, tak doktor i učitel, to byla prostě autorita. Teďkom mně přijde, že ty vztahy už takový nejsou. Že ty lékaře tak ty lidi neberou.“ (Doktorka T.)

Vedle jejich vysokého postavení navíc vnímají změnu pohledu ze strany veřejnosti či pacientů, a dokonce zaznamenávají i ztrátu respektu k autoritě. Někteří navíc zdůraznili náročnost lékařského povolání a možného pochybení či nejistoty v léčbě, jako například doktor F. či doktorka L.:

„Já si myslím, že na jedné straně lidi hodně kritizují lékaře, naváží se do nich, mají tendence se s nimi soudit a nenechat na nich nic na suchu, ale na druhou stranu si jich ještě váží. Ale asi je to historicky pořád. A v různých dobách se ta agrese vůči doktorům snižuje nebo zvyšuje, ale vždycky to budilo oboje tyhle silné emoce.“
(Doktorka L.)

„Tak asi mezi lidmi je to pozice hodně citlivě vnímaná, protože jde vždycky asi o to nejvíce u člověka. A ne vždycky asi medicína dokáže naplnit všechny přání a tužby pacienta, protože plno věcí není zcela dobře řešitelných, nebo vylečitelnejch, a že taková představa je.“ (Doktor F.)

Výpovědi mých informátorů tedy odkazují na ztrátu respektu, neochotu přijmout selhání medicíny a určitou přítomnost nejistoty, s kterou je medicína spjata. Přítomnost nejistoty je jednou z charakteristik instituce medicíny nejen v současné době, ale nejistota se v medicíně projevovala již od jejího počátku. (Hasmanová Marhánková 2014) S tím, jak lékaři vnímají a hodnotí vlastní profesi, se v sociologické literatuře setkáváme zřídka kdy. Výzkum České lékařské komory a Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze ukazuje, že lékařské povolání není vnímáno jako klasické povolání, ale představuje právě určité poslání a samotní lékaři v sobě pociťují touhu léčit a pomáhat druhým. Záměrem výzkumu je poukázat na to, že ve skutečnosti lékaři čelí frustracím v důsledku nesouladu mezi tímto ideálem a realitou, který nazývají „syndrom vyhoření“ (*burnout syndrom*). To je charakterizováno jako ztráta nadšení v důsledku nadměrné pracovní zátěže a chronického stresu, která se projevuje psychickými a somatickými obtížemi, či selháním v sociálním fungování a pracovním výkonu. Tento syndrom způsobují rostoucí nároky na lékařskou profesi, jako jsou přesčasy, administrativa, požadavek na špičkové výkony,

ekonomický tlak a důraz spíše na kvantitu, nežli kvalitu péče. Výsledky tohoto průzkumu ukázaly, že ze vzorku 7 400 lékařů (počet validních odpovědí z původního vzorku oslovených 30 000 lékařů) pociťují ohrožení tímto syndromem celých 83% z nich.¹ Ačkoliv tento fenomén nebyl předmětem mého výzkumu, s některé příčiny tohoto syndromu se objevovaly i ve výpovědích informátorů vztahující se k vnímání lékařské role.

Analýza rozhovorů tedy poukázala na jistou konfrontaci očekávání lékařů s realitou, kdy lékaři volí své povolání a chtějí jej vykonávat za účelem pomoci, a naplnění jistou mírou altruismu. Realita však je taková, že medicínská pomoc nehraje zásadní roli, a lékaři tak někdy působí jako administrativní pracovníci. Zároveň vzhledem k jejich vysokému postavení na profesním žebříčku vnímají vlastní nedocenění, jak finanční, tak morální ze strany veřejnosti. Lékaři poukazují na náročnost profese, a to v podobě přesčasů, dlouhého vzdělávání se, na nemožnost kariérního růstu, a na celkovou psychickou a fyzickou zátěž, kterou ovšem veřejnost dle nich nevnímá a nezvažuje.

Lékaři vyjadřovali své názory a vnímání týkající se lékařské role v současné společnosti, což sami navíc problematizovali určitou změnou v komunikaci. Dle nich je postavení lékaře jiné, právě v důsledku toho, jak probíhá komunikace a jaká je míra informovanosti pacientů. V rámci těchto témat lékaři hovořili o způsobu správném a nesprávném způsobu komunikace. V následující části analýze se pokusím nastítnit, jaké významy lékaři přikládají komunikaci s pacientem, jak hodnotí jejich informovanost, a jak konceptualizují „správného pacienta“ a naopak „špatného pacienta“.

¹ Informace čerpány z novinového článku časopisu Medical Tribune [Syndrom vyhoření (nejen) v medicíně. Medical Tribune ročník X, Číslo 1/2014 (28. ledna 2014)].

4.2 Role informovanosti v komunikaci s pacienty

Deborah Lupton (2012), ale i například Howard Becker (1961), tvrdí, že se lékaři setkávají se socializačními procesy, které je nutné podstoupit k praktikování medicíny. Již jako studenti se učí určovat diagnózu, klasifikovat ji a komunikovat s pacientem. Od lékaře je očekáváno, že bude umět jednat s pacientem i v nepříjemných situacích, ať už jde o oznámení diagnózy, intimního dotýkání či jiných emočně znepečujících událostí. Lékař a pacient vchází do specifické interakce, v níž je zásadní komunikace mezi nimi. Lékaři hovořili o způsobu komunikace s pacienty, a analýza jejich výpovědí mi umožnila odhalit to, jaké problémy v rámci ní spatřují, a jak celkovou komunikaci hodnotí.

Lékaři se již v rámci svého studia připravují na výkon profese, a taky věnují určitý prostor pro výcvik komunikace s pacienty. Vedle získávání poznatků a nácviku klinických a praktických dovedností je tak také zásadní pro lékaře zvládat emocionální a mravní sféru v rámci profese. (Merton 1957) Z výpovědí mých informátorů lze identifikovat jistý univerzalizmus, s nímž se setkávali v rámci přípravy na setkání a komunikaci s pacienty.

„ ... na škole jsme se učili jak udělat anamnézy, tak to bylo hodně zvláštní, protože samozřejmě jsme chodili na pacienty, na kterých se už vystřídalo několik mediků. Takže ty babičky a ti dědečkové už to znali, a i nám řekli „a tady děláš chybu“, takže to bylo spíše příjemný (říká s úsměvem) ... „ (Doktor O.)

„Tak my měli nějaké schéma, jak se máme ptát a co máme vyšetřovat, ale zároveň, když se nás pak pacient na něco zeptal, tak jsme neuměli odpovědět, protože jsme nevěděli, že jsme se to v rámci těch pár let neučili.“ (Doktorka L.)

Tyto krátké úryvky naznačují, že lékaři byli seznámeni s průběhem toho, jak vyšetřovat pacienty, a na co se jich ptát. Ovšem to, jak probíhá komunikace mezi nimi ve skutečnosti, lékaři problematizují v důsledku

informovanosti. Nejen, že je nutné, aby pacientům bylo vše důkladně vysvětleno ze strany lékařů, ale i pacienti jsou více informovaní a v určitém smyslu se odchyľují od očekávání lékařů. Doktor B. či doktor S. o komunikaci s pacientem hovoří následovně:

„Je to ovlivněný téma zkušenostma. Člověk, když nemá zkušenosti, tak je ten přístup trochu jiný. Protože je teprve získává, a učí se komunikovat s tím pacientem, což na medicíně si člověk nevyzkouší nebo minimálně. Takže ty komunikační schopnosti bych řekl, že jsou v první řadě daný tím člověkem jako takovým. Jak co si přinese z domova. A poté se teprve vyvíjí při kontaktu s tím pacientem. Musí se to naučit ... ale dříve ti pacienti dali více na radu, než nyní, obecně jo? Někteří ti pacienti dávají, někteří nedávají vůbec. Teďka se ale zvyšuje procento pacientů, kteří na tu radu dávají méně.“ (Doktor B.)

„No tak teďkom pacienti jsou relativně více informovaní, nebo si to alespoň myslí, že jsou více informovaní. Mají načteno spousta věcí, ptají se na spoustu věcí, který si přečtou na internetu, ale nejsou schopni je analyzovat, nejsou schopni posoudit závažnost různých příznaků, a ta komunikace je obtížnější. Jednoznačně je obtížnější, a oni toho doktora v podstatě jakoby zkouší. A běda, když něco nevíš, nebo že nechceš pacienta poslat na vyšetření, o kterým se dočetl, že určitě funguje. Jo? Takže ty lidi jsou takoví více informovanější, a leckdy, když ty informace mají zkreslený, tak ta komunikace je nesrovnatelně obtížnější. (informátor se odmíčí a dále pokračuje) ... Někteří mají tendenci jako zkoušet. Oni si něco přečtou, a teď se ptají. Ptají se na to, jestli "a co tady to...", a někdo se ptá "a helejte se, já jsem si přečetl, že by se mohlo dělat tady to, a co si o tom myslíte?"... a někdo zase říká "helejte se, a víte to, že se dá taky dělat tady to..." Jo? Prostě jsou k tomu různé přístupy, ale ty lidi mají obecně větší povědomí, těžko říct, jestli je to ke škodě nebo k užítku. Je to strašně individuální. To jednání s těma pacientama, příbuznýma, člověk musí být jako více ostražitý. Aby se neřekly nějaký zkreslený informace. Hlavně matoucí.“ (Doktor S.)

Výpovědi jasně naznačují, že komunikace mezi lékařem a pacientem není univerzalistická, ale dynamická a závislá na přístupu pacienta. Navíc je výrazně ovlivněna stupněm informovanosti pacientů, kteří vlastní. To

problematizuje postavení lékařů, a zároveň jejich autoritu a monopol na odborné profesní vědění. Lze tedy do určité míry zpochybnit předpoklad, že „odborné znalosti a vědění lékařů zajišťuje asymetrii mezi lékařem a pacientem, a pacienti jsou tak podřízeni lékařům, kteří rozhodují o jejich zdraví.“ (Lupton 2012:117) Pacienti jsou v současné době totiž vystaveni různým zdrojům a informacím o medicíně jako takové, způsobech léčby, atd. Lupton to osvětluje rostoucím zájmem masových médií o zdraví a medicínu. Je možné uvažovat o nějakém zpochybnění autority lékaře, který reprezentuje vědu jako medicínu? Ulrich Beck hovoří o *reflexivní scientizaci*, kdy je věda v důsledku modernizace „nepostradatelnou, ale zároveň je zbavována svých původních nároků na platnost.“ (Beck 2004:270) Tímto skepticismem k vědě zároveň osvětluje možný výskyt konfliktů a rozporů mezi vědeckými odborníky (experty) a laiky. Takové možné rozpory lékaři v komunikaci s pacientem vnímají, a to především z důvodu, že pacienti sice přicházejí informovaní například o možnostech léčby, a jsou více obecně informovaní, ale tyto jejich informace jsou nepřesné, a jejich způsob komunikace je tak ztížen. To lékaři hodnotí tak, že tyto informace pacientů nejsou úplné, v medicínské praxi vzhledem k jejich situaci reálné, či jsou opomenuty důležité informace s nimi spjaté.

„Pacienti jsou informovaní, což je dobře. Mnohdy ale ta informace, s kterou přichází, a o které jsou přesvědčeni, není tak přesná. A pak to stěžuje tu domluvu, když na tom prostě trvají a nenechají si to vysvětlit. Což taky často je ...“ (Doktor B.)

„Informovanost výrazně vzrostla. Bohužel ne vždycky k dobrému. Samozřejmě internet poskytuje dneska miliony informací, a ty informace, zdroje těch informací, vůbec nemusí být validní. To znamená, nemusí být takový, který odpovídají skutečnosti. A medicína je specifická, že spousta příznaků je podobných něčemu. Myslíme si, mají tohleto, přijdou za tebou a "mám určitě tohleto". Když jim řeknu, že mají něco jiného, tak někdy jsou prostě, jako snaží se i oponovat, no. Takže tam potom vlastně nezbyvá nic jiného, než tomu člověku říct „jestli to víte lépe než já, tak se léčte podle svého nebo někde jinde“. Takhle, oni to mají seštudovaný, ale nedají to

třeba najevo. Čekají, co řekneš, a jestliže se to shoduje s nima, mlčí. Pokud se to úplně přesně neshoduje s tím, jakou mají oni představu, tak jsou schopni říct "ale já jsem si na internetu přečetl, že to je tak a tak", nebo že "by to mohlo být to a to".
(Doktor O.)

Ve výpovědích je informovanost pacientů vnímána převážně negativně, jelikož dochází ke stěžení způsobu komunikace a vyjednávání o léčbě. Beck hovoří o tom, že v současné rizikové společnosti došlo k nástupu epochy, která je na vědě závislá a zároveň vůči vědě kritická. To znamená, že věda ztrácí monopol na pravdu, a celá společnost včetně vědy je vystavena systematickému zbavování jistoty. V rizikové společnosti vědecké výsledky a výpovědi ztratily auru nenapadnutelné autority, a namísto toho jsou kritizovány, a systematicky zpochybňovány. Toto systematické zpochybňování, jako výsledek *scientizace*, vede k vytváření alternativních laických „poznatků“ a kritiky. Beck doslovně argumentuje, že „zatímco v šedesátých letech mohla věda počítat s nekontroverzní a důvěřující veřejností, dnes jsou její snahy a pokroky sledovány s nedůvěrou“. (Beck 2004:279) Kritika vědy je tak odraz nedůvěry veřejnosti a jejího kritického přístupu, což zapříčiňuje kolektivní devalvaci vědeckých nároků na platnost. (Beck 2004:276-280) V kontextu medicínského diskursu to lze vysvětlit tak, že pacienti představují kritickou veřejnost, která je vystavena nejistotě vědeckých poznatků, a proto vyhledávají různé zdroje a možnosti, jak je zpochybnit, kritizovat a vystupovat jako „konkurenční expert“. Beck tento proces nazývá demonopolizací poznání. To znamená, že lékaři ztrácí své výsadní postavení v medicínském diskursu. Zároveň však tvrdí, že vědy reagují na ztrátu monopolu na pravdu, a zároveň na rostoucí závislost na vědeckých argumentech tím způsobem, že se diferencují do různých oborů, a objevuje se snaha o perfekcionalizaci vědění. Dochází tak k demonopolizaci vědy, a deprofesionalizace je v důsledku toho řešena nadměrnou profesionalizací. (Beck 2004:280-281) Lékaři ve svých výpovědích sice vnímají zpochybnění ze strany pacientů v důsledku jejich informovanosti, ovšem systematicky

poukazují na to, že informace, které laici mají, jsou neúplné a zavádějící. Lékaři tak stále zůstávají jedinými možnými držiteli pravdy. Jako jediní jsou schopni správně interpretovat informace týkající se medicíny, což jim umožňuje udržet jejich výsadní postavení v konfrontaci s pacienty. Jako jeden z mála informátorů, jehož hodnocení je pozitivní, zdůrazňuje, že tito informovaní pacienti jsou střední třídy, a dochází tak ke snazšímu vzájemnému porozumění:

„Ta střední vrstva těch pacientů je určitě více informovaná, protože přijdou třeba s tím, že si něco přečetli na internetu. Internet je takový médium, který nám silně zasahuje do branže, ale tohle беру jako pozitivum. A to proto, že ty lidi už o tom vědí, a jsou schopni snáze pochopit, co já se jim snažím vysvětlit.“ (Doktor P.)

Z výpovědi vyplývá, že „lidé ze střední třídy se mohou cítit přirozeněji a více na rovné pozici s lékaři, než lidé nižších tříd, kteří se naopak mohou cítit odcizeně a mohou být vystrašeni lékařskou autoritou a všemocností“. (Lupton 2012:118) Na druhou stranu, když lékař hovořil o tématu komunikace, zmínil, že se s pacienty musel naučit komunikovat, a zejména s těmi konfliktními. Pacienty takto vnímané ve své výpovědi dokonce označil za „psychopatické pacienty“. Do způsobu vyjednávání a komunikace může vstoupit celá řada faktorů. Lékaři si dle Lupton vytváří jakýsi model „dobrého“ a „špatného“ pacienta na základě jejich hodnotových soudů. Lékařovy hodnoty vůči pacientovi mohou být založeny například na genderu, sociální třídě, věku, etnicitě, způsobu řeči či fyzické atraktivitě. (Lupton 2012:134) Lékaři se v rámci rozhovoru o tomto tématu zmiňovali, co komunikaci problematizuje, a určitým způsobem rozlišovali, jak probíhá komunikace s pacientem správně, a jak by fungovat neměla. Pro lepší pochopení jsem stanovila dichotomickou dvojici „správného“ a „špatného“ pacienta, která představuje to, jak lékaři vnímají problematickou komunikaci.

S nejčastější příčinou toho, kdy je komunikace obtížnější a lékař je nucen vysvětlovat zkreslené informace pacientů, je informovanost pacientů díky médiím. To, jaké významy přikládají lékaři problémové komunikaci a jak vnímají pacienty v rámci ní, znejišťuje jejich profesní postavení.

„ ... Někdy se stane, že vzhledem k tomu, že nevezmou to vysvětlení od doktora a myslí si, že doktor nemá pravdu, tak potom nedochází k domluvě, a pacient to bere, jakože by mu chtěl lékař ubližovat. A to samozřejmě lékař se vždy snaží, nebo měl by se snažit, mu pomoci v rámci svých možností.“ (Doktor B.)

„Jako když se dá s nima komunikovat a vysvětlit, co je vhodný a nechají si poradit, tak jo. Ale jako když si razí cestu a myslí si, že jsou nejchytřejší, tak... *(odmlčí se)*.“ (Doktorka M.)

Právě doktorka M. se snažila zhodnotit vliv informovanosti pacientů na průběh komunikace mezi nimi. Z její výpovědi vyplývá, že informovaní pacienti jakoby vzdorují lékařské autoritě, expertnímu vědění a zpochybňují rady lékaře. Nejsou těmi pasivními pacienty, kteří automaticky a bezpochybně přijímají lékařská nařízení, ale naopak využívají média a získávají informace týkající se jejich zdraví. To potvrzuje i výpověď doktora K.:

„Lidi jsou dneska mnohem více informovanější. Takže leccos už jim nemůžete jako v uvozovkách nabulíkovat, protože oni si to najdou na internetu, jestli je to pravda nebo není pravda. Mnohem více se zajímají o možnosti léčby v zahraničí. Mnohem více se zajímají o nežádoucí účinky léků, než se zajímali dřív. Prostě mnohem více s vámi diskutují a jsou jakoby mnohem víc takoví partneři. Než aby byli takoví malincí a lékař ten velkej, a určovali jako rodiče dětem, co je správný a co není.“ (Doktor K.)

Antropoložka Susan DiGiacomo provedla výzkum v době, kdy sama trpěla nemocí, a v rámci léčby její nemoci se stala aktivní pacientkou, informovanou z medicínských článků. Zpochybňovala medicínskou autoritu a zjistila tak, že lékaři se vnímají jako všemocní a vševědoucí, a nesouhlasí

s touto formou zpochybnění. (DiGiacomo 1987 in Lupton 2012:125) Lékaři pociťují narůstající autonomii pacientů, kteří se nepodřizují, a zároveň jistý posun, kdy je jejich úlohou především vysvětlovat a radit. Ostatní výpovědi týkající se problémové komunikace odkazují k nepříznivému stavu, v němž se pacienti mohou objevit v důsledku jejich nemoci, bolesti a stresu, nebo když pacienti přicházejí v opilém stavu. To lékaři hodnotí jako časté a pro špatnou komunikaci typické. Větší prostor ve svých výpovědích ovšem věnovali specifickému rysu chování, který zaznamenávají ze strany pacienta, týkající se „dožadování“ a „nárokování“. Doktor S. hovořící o komunikaci s pacientem například zmínil:

„Oni prostě „já na to mám nárok“, a když jim to nenapíšu třeba, tak si půjdou stěžovat a ty to odneseš. V určitým případě si nárokují péči, nárokují si jí tak, že si všechno přečtou ... spíše si nárokují, v dost případech si nárokují to, na co ani nemají nárok.“ (Doktor K.S.)

Informátor doktor S. je všeobecný praktický lékař pro dospělé, a v realitě se setkává často s tím, že pacienti chtějí napsat předpis na nějaké léky či vyšetření, které ale nejsou v kompetenci lékaře nebo jejich zdravotní stav tomu neodpovídá. Podobně vypovídali i ostatní informátoři:

„Ten pacient nebo ta rodina se něčeho dožadují bez ohledu na to, jestli je to v tu chvíli vhodný, správný, nebo ten lékař to považuje za správný, nebo je to medicínsky správný. A pacient nebo rodina se něčeho dožadují a pak vzniká konflikt. A pak záleží, jak dobře si to nechají vysvětlit a nenechají.“ (Doktorka L.)

„Ta matka si prostě myslela, že to dítě za každou cenu musí dostat antibiotika. Nedokázala si vysvětlit, že na virózu prostě antibiotika nejsou. Oni se někteří rodiče snaží i radit. Jako přesvědčit nebo se něčeho dožadují.“ (Doktorka T.)

Tomuto typu jednání, které se týká „vyžadování“ něčeho, se budu více věnovat v další části analýzy. Na druhou stranu, když informátoři hovořili o

„správném“ pacientovi či o správném způsobu komunikace, zdůrazňovali jasnost pacientova vysvětlení, a jak by mělo ideálně probíhat komunikování mezi nimi.

„No, hlavně se musí na všechno, co chce, zeptat. A lékař mu to zodpoví, protože lékař mu to vysvětlí ze svého pohledu, ale nemá úplně stoprocentní náhled ze strany toho laika. (...) Takže myslím, že ideální je potom, že pacient se musí zeptat, a lékař mu na vše odpoví. To je podle mně ideální komunikace.“ (Doktor B.)

„No podle mně úplně ideální komunikace je, když pacient přijde samozřejmě, tak asi má nějaké potíže, který sdělí. Ty si ho vyšetříš, rozebereš to a ideální komunikace. (...) Jo? Když cítíš od toho člověka, že má chuť. Teda jednak, nechají se léčit, a jednak spolupracují. To je asi úplně nejideálnější rovina.“ (Doktor O.)

„Tak jako když přijde, tak samozřejmě já bych očekával, nebo když to převedu sám na sebe jako člověka, který může být pacientem, tak určitě bych přišel k lékaři v běžnou pracovní dobu, pokud mám dlouhodobější potíže. A nepřišel bych do služby, když nemám akutní potíže. Což ale lidi často dělají. Přinesl bych si určitě kartičku pojišťovny, občanku nebo nějaký doklad. To taky není nejběžnější, aby lidi přišli s kartičkou pojišťovny. A pak se diví, že ji po nich chceme. A jako, že jdu někam, tak sám ze své pozice bych udělal co nejvíce proto, abych si tu pomoc, kterou chci žádat, tak abych ji usnadnil, tu pomoc. Abych poskytl dost informací, aby mně dokázali pomoci, jo?“ (Doktor L.)

Doktor O. se zmínil ve své výpovědi o spolupráci ze strany pacienta, tudíž je očekávaná určitá míra aktivní účasti a zájem o své zdraví. Neustále se tak objevuje dilema, do jaké míry je narůstající autonomie pacienta akceptována lékaři. Na jednu stranu jsou lékaři nespokojeni, když pacienti stěžují komunikaci a zpochybňují lékařovy rady v důsledku jejich informovanosti. Na druhé straně samotní lékaři očekávají aktivitu pacienta v tom ohledu, že pacient dokáže jasně formulovat potíže, symptomy, co jej trápí a vznáší dotazy. Ve všech případech je kladen důraz na to, aby pacient rozuměl lékařovi. Lékaři jsou totiž povinni poučit pacienta a získat tak jeho

souhlas, což odpovídá pozici pacienta jako partnera, o čemž se informátoři výše zmiňovali. Pořád se ovšem objevuje problém, jak na svobodné rozhodování pacienta a jeho možnosti volit nahlížet. V tomto ohledu se na závěr tohoto tématu pokusím pohlédnout na to, jak lékaři hodnotí odmítnutí léčby či vyšetření samotným pacientem. Lékaři to, že pacienti odmítnou léčbu či vyšetření hodnotí slovy, že to je pacientovo „svobodné rozhodnutí“, a že na to má pacient „právo“. Nutnou podmínkou ovšem je, že pacient bude informován o léčbě a rizicích, které se mohou objevit v důsledku odmítnutí.

„Stává se to často, že pacient odmítá léčbu nebo hospitalizaci. Dříve jsem pacienty více přesvědčoval. Dnes už jenom pacientovi vysvětlím všechna pozitiva a negativa. A pokud pacient na tom svém rozhodnutí trvá, vysvětlím mu to znovu. Pokud na tom znovu trvá, sepíše se negativní revers, kde pacient podepíše všechna ta rizika, která mu byla vysvětlena. A pokud to podepíše, tak pak už je to jenom jeho svobodné rozhodnutí a může se poškodit samozřejmě. Ale ví o tom, a je o tom poučen.“ (Doktor K.)

„V tom místě mu řeknu, nebo já se snažím, aby ten člověk věděl, proč tu hospitalizaci, nebo to vyšetření, proč to má mít, v čem to splňuje účel, proč je to důležitý. A ujistím se, že tomu rozumí. A pakliže trvá na svém, že to nechce, tak řeknu "je to vaše právo, vy jste svobodný člověk, rozhodujete si o sobě sám ... musíte samozřejmě počítat s tím, že je to na vás, na vaší zodpovědnost, tady mi to podepište...". Nesoudím ho, nic mu nevyčítám. Prostě poskytnu mu informace a nechám ho se rozhodnout.“ (Doktorka L.)

Když se lékaři setkají se situací, že pacient odmítne další léčebný postup, musí jej tedy nejdříve zdlouhavě informovat o veškerých důležitostech a rizicích. Pokud i přesto pacienti odmítají, je toto odmítnutí tolerováno lékaři, a podmíněno podepsáním negativního reversu². Například Doležal (2011) říká, že vztah mezi pacientem a lékařem je problematický stále, a je nutná jeho

² Negativní revers je dokument, ve kterém pacient přes doporučení lékaře odmítá další léčbu nebo některé léčebné postupy.

regulace. Dle něj ale v moderní společnosti došlo k posunu z etické regulace na regulaci právní. Formulář stvrzující pacientovo odmítnutí léčby (negativní revers), či naopak přijetí a souhlas s léčbou (pozitivní revers), slouží jako právní instrument a regulátor zájmu pacienta a lékaře.

V této části jsem se pokusila vysvětlit, jak vnímají lékaři komunikaci s pacientem, v čem spatřují obtíže a jak hodnotí pacientův přístup v interakci s nimi. Výpovědi informátorů odhalily komplikovanost vztahu lékaře a pacienta, která je dána autonomií pacienta. Pacient může svobodně volit mezi nabízenými způsoby léčby, může s léčbou souhlasit či ji odmítnout. Lékaři však poukazují na to, že tato skutečnost je problematizována vlivem médií, tj. do jaké míry jsou pacienti informováni o možnostech medicíny, a jak s jejich vědomostmi nakládají. Mohlo by se zdát, že se mezera mezi laickým věděním pacienta a odborným věděním lékaře sblížuje. Postoje lékařů jsou však takové, že dochází spíše ke stěžejní komunikaci mezi nimi, kdy pacienti sice nabývají medicínských vědomostí, ale zkreslených či převzatých z médií, která poskytují pouze částečné informace. Je tak na straně lékařů jejich vědění osvětlit pravou skutečností. Například, někdy pacienti nechtějí přijímat navržený způsob léčby a domnívají se, že jiný způsob, o němž se dočetli, jim bude vyhovovat více z důvodu, že je třeba pozitivně prezentován jako účinná léčba. Lékaři se tak ocitají v pozici, kdy jsou nuceni ospravedlňovat jejich rozhodnutí a rady, a navíc uvést pacientovy informace v správnost vzhledem k reálné medicíně a k reálné léčbě. Stejně tak, jako má pacient právo na péči a lékař je povinen péči poskytnout, má pacient právo i péči odmítnout. Takové odmítnutí do jisté míry odporuje tomu, jak je chápáno zdraví v současné společnosti. To, jak lékaři konceptualizují zdraví a jednání pacientů s ohledem na péči o zdraví a zdravý životní styl, se pokusím vysvětlit v následující části.

4.3 Konceptualizace zdraví – kdo má zodpovědnost?

Zdraví jako takové lze považovat za nejdůležitější lidskou hodnotu. Je podmínkou naší existence, a může se tak stát naším cílem, což se označuje termínem *healthismus* či zdravý životní styl. Jedná se o touhu po maximalizaci zdraví, které je dominantním diskursem postmoderní společnosti. Parusniková říká, že „nyní jde o pěstování zdravého životního stylu, které je spjato s řadou intervencí a prevencemi udávající výzvu každému jedinci, aby jednal a myslel ve jménu dobrého zdraví.“ (Parusniková 2000:131-132) V souvislosti s tím mě zajímalo, jak lékaři uvažují o zdraví a o tom, jak ke zdravému životnímu stylu přistupují samotní jedinci či pacienti.

„Já vycházím z toho, že to je každého věc. A pokud je člověk svobodný a svéprávný, myslím jako ne ve vztahu, ale že jsme ve svobodné zemi svéprávní, tak má právo se rozhodnout. Akorát myslím, že to je jako zbytečný ze strany ty legislativy. Všechno nechat podepsat a podobně. Takže já jako můžu mu to doporučit, nemůžu to zakázat. Můžu doporučit "nekuřte". Pak je to jeho problém, jestli kouří nebo nekouří. (...) Já si myslím, že zdraví je moje devize. Že vaše zdraví je vaše devize. A jako, vy byste se měla starat, abyste byla zdravá, aby vy byste ten čas mohla uplatnit v nějakém svém osobním prostoru. To si myslím, že by to mělo být jako... pomineme-li teda samozřejmě děti, nebo tu kategorii lidí, kteří jsou nespříprávní. Ale pokavaď je člověk zdravěj, plnoletěj, svéprávněj, měla by to být jeho starost, aby byl zdravěj a aby mohl fungovat.“ (Doktor K.S.)

Tento informátor tedy přímo označil zdraví za devizi, jakousi vlastní investici každého. Lze toto uvažování spojit s individualistickým étosem, o němž hovoří Jacyno, v němž došlo ke změně objektu investice. Právě vlastní život se stal předmětem investice a intenzivní práce, a spořádaný život zaručoval dobrou kvalitu života. (Jacyno 2012:99) Zdraví a správný život je tak v rukou jedinců, kteří by měli jednat s cílem zlepšování kvality života. I lékaři se staví k dané situaci tak, že je na každém jedinci, jak se k doporučení lékaře týkající se jeho zdraví zachová, zda jej přijme či odmítne. To mně přivedlo

v rámci analýzy postavit tuto skutečnost do souvislosti s tím, jak zároveň lékaři vypovídají o prevenci a možnostech předcházení nemoci u pacientů. Například doktor S. na otázku, zda lidé dle něj přikládají důležitost prevencím, odpověděl následovně:

„Myslím, že k tomu nejsou nějak zvlášť motivovaní. Je to na libovůli člověka jestli půjdou, nebo nepůjdou. Tak jsou lidi zodpovědní, a jsou lidi naprosto nezodpovědní. A nejnezodpovědnější jsou právě ty rizikové skupiny, jo? Takže ty lidi by měli být nějak rozumně motivovaní, nějaká nepřímá platba by měla být, aby to lidi motivovalo k tomu, aby se chovali rozumně, aby se chovali zodpovědně. Protože takhle nikde vychovávaní nejsou...copak tě učí ve škole? Nic. Tady v tomhle směru. Žádná výchova není, to samý jako finanční gramotnost. Nějaká výchova ke zdravému životnímu stylu. To asi není no.“ (Doktor S.)

Informátor hovoří o pacientech jako o nezodpovědných. Dle něj by měla být populace motivována ke zdravému životnímu stylu, což není. Podobným způsobem vypovídá i doktor B., který ale navíc zdůrazňuje, že pokud se lidé chovají proti zdravému životnímu stylu a jejich chování je rizikové, měly být disciplinováni nějakými sankcemi.

„Myslím si, že takové kampaně jsou jedno z nejdůležitějších, protože tam jde o jaké si předcházení nemocí, což je v celkovém důsledku pro zdravotnictví nejlevnější, když k nemoci nedojde, než když jí pak zdravotnictví musí léčit. Ale myslím si, že ta forma primární prevence by měla být posílená, že by občané měli být motivovaní ze stran různých pojištění.. ke sportovní aktivitě. Rozhodně by měli být motivovaní k tomu, aby nekouřili. Pokud možno, aby neužívali návykové látky. Což se samozřejmě při dnešním pojištění nedá. Muselo by se udělat pojištění, kde za porušování primárních zásad poškozování zdraví by ten pacient nesl větší spoluvinu v tom zdravotnictví. Což se samozřejmě neděje. Dneska, když někomu řeknu, že nemá kouřit, že to velice spolupůsobí při vředu žaludku, tak pacienta po operaci druhý den najdete, jak kouří před vrátnicí. Takže těžko na něm něco vymahat, když je mu to jedno, není za to nijak postihnuteľný.“ (Doktor B.)

“Tak myslím si, že lidi se o to zajímají více, protože prostě potřebují nutně peníze, a potřebují být zdravý. Což je na tu stranu dobře, a ten systém prevence? Měli by chodit pacienti na ty preventivní prohlídky, nevím, jak to mají, to je podle let. Ale určitě je ta prevence správná, protože je levnější, než ta léčba.“ (Doktor K.)

Z obou úryvků vyplývá význam prevencí, které mají za cíl udržet populaci zdravou a produktivní. Zároveň vyzdvihují skutečnost, že předcházení nemocí je finančně výhodnější, než nemoc léčit, což snižuje náklady státu. I takto lze chápat „správného pacienta“. Tím je nejen ten dotyčný, s kterým lékař navazuje neproblémový vztah, vzájemnou ideální komunikaci, což ulehčuje i průběh léčby. Ale je jím i ten, který předchází nemoci s důrazem na zdravý životní styl a podstupuje všelijaké prevence. Tento zájem – udržet populaci zdravou, aktivní a předcházet nemoci – je předmětem biopolitiky. Zdraví jedinců se tak stává předmětem politiky, jejíž mocenské praktiky jsou zacílené na regulaci a kontrolu života jedinců ve společnosti. (Foucault 2005) Jednou z takových regulací, či technikou biopolitiky, je právě systém prevencí, který by měl předcházet stavu, kdy jedinci ve společnosti jsou nemocní a ekonomicky neproduktivní a zahrnuje také veškeré programy na podporu veřejného zdraví nebo výchovu ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Biopolitika zdůrazňuje, že jedinci by měli být zodpovědní, disciplinovaní a chránit si vlastní zdraví, ovšem s ohledem na zdraví veřejné, celé společnosti. (Hasmanová Marhánková 2014) Nikolas Rose popisuje navíc určitý posun od toho, jak biopolitiku a její techniky pojímal Foucault. Hlavní myšlenkou bylo, že zdraví jedinci jsou pro společnost více žádoucí, než ti nezdraví, z hlediska jejich fyzické zdatnosti a schopnosti. Naopak Rose říká, že zdraví má politický význam. Tedy podpora veřejného zdraví a zájem o zdraví populace je rámován ekonomickými termíny – tj. náklady na nemoc a zdraví, ztráty v zaměstnání, rostoucí pojištění, atd. Vedle toho jsou zásadní i morální termíny, kdy jsou jedinci hodnoceni na základě toho, jak aktivní přistupují ke svému zdraví, jak moc jsou zodpovědní v řízení a zajištění zdravého stavu. Správný jedinec a člen společnosti je ten, který dbá o

své zdraví, pečuje o něj, vyhýbá se rizikovému chování a snižuje tak i náklady státu. Rose pro tuto individuální volbu jedince mezi jednáním rizikovým a tím, být zdravým člověkem, užívá pojem „ethopolitika“. (Rose 2001:7-8) Zodpovědnost za zdraví je již v rukou jedinců, a ne v rukou státu a politik. Stát má sice své mocenské techniky uplatňované na populaci, za cílem jejich regulace a kontroly, ale zdraví je individuální záležitostí každého. Jednotliví členové společnosti jsou tak sebedisciplinovaní, a „zdraví je morální povinností civilizovaného jedince.“ (Parusniková 2000:132) Tento fakt potvrzují i informátoři v některých výpovědích:

„Předtím to bylo povinný, teď taky, ale nikdo nikoho nenutí a už se nikdo nemůže spolehnout na to, že ten očkovaný byl a nebyl. Je to takový, to dobrý, co by se dalo převzít beze změn, se nepřevzalo. (...) A očkování, kdy každej byl očkovaný vlastně pravidelně, každý si to hlídal a všichni to hlídali... tak teď to nikdo nehlídá.“ (Doktor Č.)

„... Spíše by si měli uvědomit, že si za to zdraví můžou sami, a ne se jako jen odevzdat do rukou lékařů, a teď se mnou něco dělej. Ale spíše jako, aby i oni byli aktivní. Aby oni si hledali tu svoji cestu ke zdraví. A ne jako přišli k doktoru a teď se mnou něco dělej, napiš mi lék, abych mohl být už druhý den v práci. To jako takhle nefunguje. (...) A než aby je člověk navedl na to, aby se trošku o sebe starali, tak to jsou největší problémy, aby se sebou něco dělali.“ (Doktorka M.)

Parusniková uvádí, že „dnešní západní společnost je posedlá zdravím, a tudíž péče o zdraví každého jedince a prevence jsou zásadními tématy naší existence.“ (Parusniková 2000:131) O takové posedlosti může vypovídat i následující krátký úryvek z rozhovoru:

„Já mám spíše pocit, že chodí čím dál více pacientů, kteří chodí s věcma, s úrazama, který dob, když já jsem byl malý, tak by mně rodiče k doktoru nikdy nevzali. Jo? Teďkom lidi chodí s takovýma věcma, vystrašení, a já nevím co, že mají nějakou infekci, a tak. Ale neošetří si nic, jako laicky neumí dát takovou tu první pomoc.“ (Doktor L.)

Pěstování zdravého životního stylu je ústřední a všudypřítomné v tom, co děláme a jak žijeme. Zdravý životní styl či kultivace zdraví představuje internalizaci hodnot týkající se zdraví, a zároveň uplatňování na sebe samé. Na jedince je kladen požadavek autonomie, ale navíc podléhají disciplinační povaze diskursu zdraví. (Parusniková 2000:139) To odpovídá foucaultovskému pojetí disciplinace těla – disciplinované tělo je to, které je zdravé, kontroluje, hlídá a podporuje své zdraví. Co se týče požadavku autonomie, Jacyno tvrdí, že medicína převzala některé náboženské funkce, a v důsledku její racionalizace došlo k proměně lidských vztahů, které jsou podmíněny jakousi „zповědí“ či vyznáním. Dle ní, když se jedinec svěří a vypovídá pravdu o sobě, omezuje tak svoji autonomii. Naopak podmínkou k zachování a udržení autonomie je potřeba odmítnout vypovídat o sobě. Pacient může odmítat léčbu či podceňovat prevence a lékařská vyšetření právě z důvodu, že si chce udržet svoji pozici svobodného individua. Racionalizace života měla zajistit autonomii každému jedinci ve společnosti, ale naopak spolu s disciplinací došlo k tomu, že jedinci jsou doprovázeni experty a přesvědčováni jednat se záměrem zlepšovat a „vyprodukovat“ lepší a zdravější život. (Jacyno 2012:114116) To Jacyno chápe jako normalizující účinky racionalizace a disciplinace, a tudíž ačkoli se rozhodují sami o svém zdraví, produkce a tvorba lepšího života je brána jako norma či požadovaný typ jednání v současné společnosti. Pacienti přebírají odpovědnost za své rozhodnutí, zdraví a jednání, ovšem jejich pocit odpovědnosti „ještě více posiluje mocenské vztahy a pomáhá moderní moci k větší účinnosti a produktivitě“. (Jacyno 2012:116) Ačkoliv jsou jedinci zvažováni jako svobodná individua, moderní moc obsahuje mechanismy a strategie, pomocí nichž ovládá život každého, disciplinuje a jedinci tak ovládají i sami sebe, tedy jednají s cílem formování zdravého a lepšího života. Zdraví jako takové se tedy proměnilo v politický problém, jelikož forma současné biopolitiky se v medicíně opírá právě o apel osobní zodpovědnosti, která je navíc podrobena silnému a vlivnému etickému rámci společnosti. (Rose 2001) Zodpovědnost jedince tak spočívá v tom, že kromě

skutečnosti, že je kontrolován zvnějšku, i on sám sebe řídí a kontroluje. Zvažovat pacienta či jedince jako autonomního je podmíněno zvýšenou a zpřísněnou sebekontrolou. Stane-li se nemocným, je to v důsledku osobního selhání, jelikož jeho sebeřízení a sebekontrola nebyly dostatečně účinné. (Jacyno 2012:130-131)

Takto je pojímáno zdraví v současné společnosti, a výpovědi informátorů souhlasí s některými teoriemi zmíněných autorů, které pojednávají o konceptualizaci zdraví. V následující, poslední části analýzy se budu věnovat tomu, jak lékaři vnímají jednání s pacienty, které je spjata s ideou konzumerismu. To navazuje na zmiňovanou autonomii pacienta, která ovlivňuje formu komunikace mezi ním a lékařem. Pokusím se tak blíže poukázat na to, jak lékaři hovoří o pacientovi jako aktivním aktérovi, o sobě jako o poskytovateli, a jak hodnotí celkové lékařské prostředí, které je v současné době charakterizováno jako tržní. V předchozích částech analýzy jsem se dotkla určité nejistoty a destabilizace lékařské autority. V kontextu toho vše se na závěr budu snažit vysvětlit, čím je charakteristická pozice lékařů a medicíny v současné společnosti, a jak se proměnila.

4.4 Konzumerismus v medicínském prostředí a destabilizace lékařské profese

V předchozí části analýzy jsem se pokusila porozumět tomu, jak lékaři hodnotí autonomii pacientů a jejich jednání zacílené na zdraví a prevenci. Poukázala jsem tak na určitou úlohu každého jedince ve společnosti v kontextu diskursu veřejného zdraví. V této poslední kapitole se pokusím stručně popsat systém českého zdravotnictví, jak se v něm promítávají konzumeristické principy. Na závěr se pokusím shrnout, jak se lékaři vztahují k nedůvěře a pochybnostem ze strany pacientů.

Diskurs veřejného zdraví je v současné společnosti chápán jako ekonomický a politický problém, a na jedince je kladen požadavek jednat ve jménu zdravého životního stylu a dělat vše pro to „být zdrav“. Současný diskurs se tak zaměřuje na podporu zdraví, které je vázáno na životní styl s individuálním jednáním. (Lupton 2012:35) Takto chápanému zdraví předcházela transformace medicíny v druhé polovině dvacátého století, konkrétněji v šedesátých letech. Medicína, stejně jako ostatní oblasti života, podstoupila proces postupující racionalizace. Změnily se nejen cíle, ale celkové fungování zdravotního systému. V tomto zlomovém okamžiku se v medicíně vytvořilo tržní prostředí, a skrze celý systém pronikala idea konzumerismu. Konzumerismus zapříčinil zejména proměnu vztahu lékaře s pacientem, který je založen „na představě pacienta jako aktivního aktéra, který si cíleně volí mezi nabízenými zdravotnickými službami, přičemž lékaři se stávají poskytovateli jednotlivých služeb, mezi nimiž se klient rozhoduje.“ (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:91) Dle Jacyno „medicína prochází komercializací v sedmdesátých letech“ (Jacyno 2012:126), přičemž zmiňuje stejné termíny – pacient se stává klientem a medicína se proměňuje ve služby. I Rose hovoří o změně rétoriky, kdy v medicínském diskursu stojí v pozadí ekonomické faktory, a jsou užívány ekonomizující termíny. (Rose 2001)

Konkrétně české zdravotnictví prošlo transformací v důsledku změny režimu v roce 1989. Do tohoto roku vládl socialistický režim, včele s politickou stranou KSČ. Tehdy Československá socialistická republika vznikla v roce 1960. Od té doby bylo prosazováno veřejné zdravotnictví ve smyslu, což bylo pro tento režim typické, že péče byla bezplatná a dostupná všem. Péče byla ovšem zacílena především na hygienu a boj proti infekčním chorobám. Existovala pouze jedna daň ze mzdy, z níž se přispívalo nějakou částkou na zdravotnictví. Péče byla dostupná všem, ale pacient si nemohl vybírat lékaře.

Každému pacientovi byl stanoven lékař, obvodní či závodní, a ten měl ve svých rukách pacientův zdravotní stav. Křížová popisuje „socialistický model vztahu pacienta a lékaře jako paternalistický a mocensky nevyrovnaný.“ (Křížová 2004 cit in Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:88-89) Lékaři představovali nejvyšší odbornou a morální autoritu. V té době, dá se říci, nikdo neuvažoval o aktivní roli pacienta a možnosti volby. V rámci „socialistického zdravotnictví“ náklady nebyly příliš vysoké, ale narůstaly požadavky na zvýšení mezd, investic, nových technologií a léků. Tento rostoucí požadavek vedl k postupnému zaostávání zdravotnictví v porovnání s vyspělými kapitalistickými státy.³ Tento režim byl rigidní, a systém zdravotnictví byl vysoce centralizovaný, což neumožnilo žádnou změnu či inovaci. V roce 1989 došlo v rámci Sametové revoluce k pádu komunistického režimu a změnilo se politické zřízení na demokratické. Po tomto roce se objevovala transformace ve zdravotnictví „jako součást širších politických, společenských a ekonomických změn.“ (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:88) O zdravotní péči se zvýšil zájem, a s požadavkem na vyšší technologizaci medicíny došlo ke stále rostoucím nákladům. Nemocniční péče se stala finančně náročnou, což vyžadovalo reformaci systému financování. Tržní prostředí, jako podmínka vzniku konzumerismu, v českém zdravotnictví vzniklo zejména v důsledku jiného systému financování. Péči již nezajišťoval stát „pro všechny“, ale vysoké náklady zapříčinily „privatizaci zdravotnického sektoru a větší spoluúčast pacientů.“ (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:90) Lidé platí zdravotní pojištění skrze daň ze mzdy, čímž je jim zaručena lékařská péče. V důsledku změněného režimu navíc došlo ke svobodné volbě lékaře, kdy jedinci mohou volit mezi jednotlivými lékaři, jejichž počet se zvýšil, a stejně tak se diferencovala medicína do různých specializovaných oborů. To spolu s privatizací podpořilo vznik tržního prostředí a změnu pojetí pacienta ve vztahu s lékařem. K vývoji po roce 1989 se

³ Informace použité z článku „Zdravotnictví, jak se o něm nepíše I.“. [online] Dostupné z: <<http://blisty.cz/art/57041.html>>. [Citováno 27. 3. 2014]

vztahují i mí informátoři, kteří hovořili o tom, jaké změny se udály v systému zdravotnictví.

„Otevřel se soukromý sektor, to do té doby nebylo možný, že jo. Takže se začaly objevovat ty soukromé ordinace. Svobodná volba lékaře, to předtím vlastně nebylo. Dříve byly vlastně jako by rajóny nebo oblasti, kdy lékař měl vymezený ulice, čtvrti města a po tom roce 89 byla svobodná volba lékaře, tak to je taky plus.“ (Doktorka T.)

„Před rokem 89 měl každý svého obvodního doktora, a měl do určitý míry nastaveno, kam, když má nějaký problém, tak kam půjde. Neměl žádnou velkou možnost volby. Neměl žádný velký výběr, nebo výběr metod léčby, byl vázanej. Na druhou stranu měl jistotu, že měl svého obvodáka a ten ho někam pošle. V současné době člověk má volbu všeho, defakto. Vybrat si svého obvodního doktora, ale ten ho nemusí vzít. (...) Takže lidi mají v podstatě větší volbu, ale menší jistotu. Ale jsou lidi, kteří tady to špatně snáší. Ten pocit nejistoty, sice volby, možnosti svobody, ale nejistoty blbě snáší, že jo. (...) ty možnosti, který tu jsou, jsou nesrovnatelně jiný, než co jsme měli před rokem 89. Někaký léky, které byly na Západě, a mít je, to bylo prakticky nemyslitelný...“ (Doktor S.)

Rozšíření voleb sejevilo pro lékaře jako zásadní, což bylo umožněno právě díky vývoji po roce 1989. Zároveň lékaři poukazují na povahu současné společnosti, o níž pojednává Beck (2004), která je charakteristická individualizací a narůstající mírou nejistoty. Jedinci jsou vystaveni pluralitě voleb, mezi nimiž mohou svobodně volit. Dalším důležitým rysem byl vývoj léků a technologií.

„Od toho roku se sem dostala řada léků, perfektních léků. Dostala se sem řada přístrojového vybavení a podobně. Prodloužil se věk díky tomu, že se sem dostaly kvalitní léky. Určitě se zlepšila diagnóza.“ (Doktor K.S.)

Lékaři se v rámci vývoje tedy často vztahovali k technologickému pokroku a dostupnosti kvalitních léků, což dříve, před rokem 1989 nebylo.

Dostupnost léků a zlepšení určování diagnóz zapříčinilo prodloužení věku celkové populace, což je lékaři hodnoceno jako pozitivní a vlivný přínos medicíny.

Takto lékaři hodnotili vývoj od roku 1989, kdy ve svých výpovědích zvýznamnily klíčové charakteristiky ve vývoji medicíny. Nyní se pokusím shrnout, jak je hodnocen současný systém zdravotnictví, který se transformoval do té podoby, že do něho začaly pronikat konzumeristické prvky. Rostoucí odbornost a počet zdravotních zařízení umožnil vznik konkurenčního prostředí. Právě to je podmíněno kvalitou služby (péče), kterou jednotlivá zařízení či lékaři poskytují, zejména tak zařízení privatizovaná. Na kvalitu je kladen velký důraz navíc proto, že zajišťuje ekonomický profit a udržuje své postavení na trhu. Pacient je tak jednoznačně nahlížen jako vidina zisku, a špatná péče jako možnost vzniku ztráty. (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:90-94) V současném tržním medicínském prostředí se proměnilo pojetí pacienta, a lékaři často vypovídali o tom, jak se pacienti staví k péči.

Jak jsem již zmínila, každý jedinec ve společnosti „platí“ ze své mzdy náklady na zdravotní péči zdravotním pojišťovnám. To umožňuje využívání zdravotnických služeb a péče v případě potřeby. Dle lékařů se minulý režim podílí na tom, jak se v současnosti pacienti ke zdravotní péči staví, a jak se chovají. Právě zde se vrátím k tomu typu jednání, jež způsobuje i konfliktní či špatnou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Někteří pacienti mají podle lékařů tendenci si vyžadovat léčbu, ošetření nebo předepsání léků. Lékaři užívají termín „nárok“ ve smyslu, že si nárokují péči, a že na ní mají nárok už jen z toho důvodu, že platí zdravotní pojištění. Tuto situaci dobře ilustrují následující výpovědi:

„Ty lidi pořád žijí v tom, že na to mají nárok, že to je zadarmo, ale někdo za to musí zaplatit jo. Někdy někdo nechce to vyšetření podstupovat, protože něco ...

protože je to bude stát nějaký peníze, a já si platím celý život pojištění, já na to mám nárok. (...) Takže je to o tom, že lidi si musí uvědomit, že všechno něco stojí. A když se říká, že zdravotnictví je zdarma, tak to, co je zdarma, toho si člověk neváží. Je to tak.“ (Doktor Č.)

„Já si myslím, že to je jednak hlavně tím, jak tady vždy péče byla, je a zřejmě bude, že se vždycky říká, že je péče zdarma. Takže si jí pacient vynucuje. Protože on si platí to zdravotní pojištění. A neváží si jí, protože je zadarmo. Jo? (...) že zdravotní péče je od padesátých let bezplatná, takže celá generace na tom vyrostla a považují to za humánní.“ (Doktor L.)

Dle informátorů, pacienti jsou zvyklí na dostupnost péče, a skutečnost, že odvádí navíc daň ve formě zdravotního pojištění, posiluje jejich „nárokování“ a „vyžadování“ péče. Někteří z mých informátorů navíc hovoří o tom, že toto jednání pacientů ještě více umocnilo zavedení regulačních poplatků, kdy za lékařské ošetření museli uhradit určitou částku.

„Když se zavedly poplatky, tak si dobře vybavuji, jak jsme předpokládali, že ti pacienti nebudou chodit, protože budou muset zaplatit to, co předtím neplatili. (...) Spíše právě to dospělo k tomu, že ti pacienti říkali „a já jsem si to zaplatil, tak teď chci dovnitř a ošetřit“, jo? (...) Tak tam mávají s lístečkem (*poplatkem*) a že chce být ošetřený.“ (Doktor L.)

Z toho lze vycítit jistou tendenci toho, jak se pacienti staví k péči. Na základě její úhrady ve formě zdravotního pojištění, popřípadě navíc úhrady regulačního poplatku, nabývají dojmu, že si zaplatili určitou službu (péči), která jim náleží. Lékař je pak tím, který jim má tu službu poskytnout. Tento typ jednání pacientů, kdy si vyžadují a urgentně požadují, či doslovně si nárokují, péči, lékaři zvažují spíše negativně, což ilustruje následující úryvek:

„Ty regulační poplatky, který se teďkom částečně ruší, ale ... (*přemýšlí*) ty měly jaksí upozornit na to, že to není zadarmo. To neupozornily, spíše si myslím, že pacient k tomu lékaři měl jít s tím, že si za tu péči zaplatil. Jako když pujde do

autoservisu, tak si za péči o to svý auto zaplatí a pak pujde na pojišťovnu. A ten pacient by v tu chvíli viděl, kolik to stojí. Taková péče. Musel by nejdříve sáhnout trošku do svý vlastní kapsy, než by šel do té pojišťovny, a pak si myslím, že by si toho vážil více..." (Doktor Č.)

Lékaři se často v rámci poskytování péče setkávají s tím, že pacienti si v důsledku bezplatné péče, ačkoliv hrazené skrze pojištění, nárokují péči, které si zároveň neváží. Kromě péče, lékaři se setkali i s tím, že pacienti požadují po lékaři předpis nějakého léku či léků, což většinou odmítají, neodpovídá-li diagnóze a následné léčbě pacienta. To může souviset právě se širokým spektrem léků, které medicína může poskytnout, oproti zmiňovanému předchozímu „fungování socialistického zdravotnictví“. Již jsem zmínila, že lékaři reflektují v rámci vývoje dostupnost a kvalitu léků. Co se týče současného systému zdravotnictví, například Čada poukazuje, že objem distribuovaných léčiv v České republice je stále rostoucí, a za první desetiletí po změně režimu došlo až k sedminásobnému zvýšení výdajů za léky. (Čada 2011) Vysoká spotřeba léčiv je považována jako důsledek právě příchodu nových léků. Největší nárůst byl zaznamenán u antibiotik, které před rokem 1989 nebyly tak dostupné (existoval pouze jeden druh), jejichž spotřeba měla rychlý vzestup s ohledem na široké spektrum jejich druhů. (Presová 2010) To uvedla například informátorka doktorka T.:

„Dožadujou se hlavně těch antibiotik. Přitom je všeobecně známý, že je to zbytečný je na virózu dávat, a hlavně je to spíše ke škodě než ku prospěchu.“
(Doktorka T.)

Rostoucí konzumaci léků a jejich zvýšení nákladů lze považovat za jeden z prvků konzumerismu. Například Green uvádí, že „lék se stal předmětem výrazného obchodování.“ (Green 2007 cit in Čada 2011) Dále, co se týče jednání pacientů, lze identifikovat souvztažnost mezi úhradou za péči a úctou. Informátoři se shodují na tom, že kdyby pacienti museli za zdravotní

péči a jiné služby platit přímo, více by si toho vážili. Zároveň ve svých výpovědích zmiňovali finanční náročnost poskytované péče. Dle lékařů pacienti vnímají to, že mají na péči právo, ale naopak například nedodržují některé povinnosti či nařízení týkající se léčby či kontroly.

„Spousta pacientů má prostě pocit, že oni mají na tu péči právo a nemají žádný povinnosti. Nemusí dodržovat časy, kdy mají přijít na kontrolu, přijdou si, kdy chtějí ... jako že sami žádný povinnosti nedodržují, jako tu léčbu, ale naopak jako „vy jste tady kvůli mně, tak se o mně koukejte starat.“ (Doktor L.)

Každé medicínské zařízení má svůj vnitřní řád, který je třeba dodržovat, a navíc existují Práva a povinnosti pacienta, které ustavilo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Takovými povinnostmi je například dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se vnitřním řádem zdravotnického zařízení, uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, atd. Již v řádu vydaném ministerstvem spatřujeme užité termíny „poskytovatel“ a „služba“, spjaté s konzumerismem. Co považuji za zajímavé je, jaké lékaři v souvislosti s tím užívají metafory. Často srovnávali zdravotní péči s ostatní službou, kterou byla převážně služba týkající se opravy. Například doktor Č. použil příklad s autoservisem v tom smyslu, že kdyby stejně jako v autoservisu šel pacient k lékaři s tím, že má nějaký problém, nechal by se vyšetřit a následně šel na pojišťovnu, dle něj by si té péče pak pacient více vážil. Tento informátor se spíše vztahoval ke změně systému úhrady péče. Další metafory se vztahují k tomu, jak dle nich pacienti přistupují ke zdravotní péči.

„Ano. Je to stejný, jako když dostanete auto zadarmo. Když si ho budete muset zaplatit nebo ho splácet, tak si myslím, že se budete snažit o to víc pečovat.“ (Doktor K.S.)

„Neustále vysvětlovat. (...) Protože pro ty lidi je to strašně nepochopitelný. Strašně nepochopitelný, protože si myslí, že medicína je stejná jako auto servis. Že jako když píchnu kolo, tak prostě přijdu a vyměním ho.“ (Doktor S.)

Toto dobrovolné užívání metafor lékaři svědčí o proměně zdravotnického systému obsahující konzumeristické prvky. Shrnu-li tedy důležité zmiňované rysy současné medicíny, jsou jimi velká dostupnost kvalitních léků, přístrojového vybavení, lepší diagnostiku chorob a prodloužení věku pacienta v důsledku zlepšení zdravotní péče. Vedle toho ovšem lékaři zdůrazňovali i určitá negativa, které se vztahují k nestabilitě systému, podfinancování medicínského sektoru a k nadměrné administrativě. Byrokratizace v medicíně je posílena tím, jak je nastaveno zdravotnictví v naší společnosti. Lékaři to často vysvětlují tak, že jsou „zaměstnanci“ pojišťoven a jejich „podřízení“.

„Teď to asi všechno záleží na financích, že jo. Myslím, že se všechno odvíjí od toho, že je nedostatek peněz. A teď jsou tady ty pojišťovny, který jsou nad náma, a my jsme vlastně omezeni těma limitama. Když je překročíme, tak vlastně máme nějaké sankce, nebo redukuje prostě tu platbu za ty pojištěnce. Nevim. No určitě to není ideální. Určitě to není ideální. Spousta byrokracie, papírování, to narůstá taky. Takže to vlastně .. no není to ideální. *(říká zklamaně)*“ (Doktorka T.)

„Lékař poskytuje pacientovi nějakou péči, a náleží mu za to nějaká odměna, když jí dobře vykonal. Pacient tu odměnu lékaři nedává, protože ji za něj dává ta zdravotní pojišťovna. A ta zdravotní pojišťovna platí za toho pacienta nějak paušálně. (...) Nehodnotí se, jestli se zvýšily náklady. Každá firma si hlídá to, když se zvýší náklady, tak zdraží, že jo? A tady to nefunguje takhle.“ (Doktor L.)

Lékaři vnímají negativně fungování zdravotnictví ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám, které nejen posilují byrokracii, ale omezují výkon a postavení lékařů, kteří jsou závislí na finančním vyrovnání ze strany pojišťovny. Často poukazovali na to, že zdravotní pojišťovny nastavují vlastní limity, v rámci níž proplácí poskytovanou péči. Pokud tyto limity lékaři

přesáhnou, tj. poskytnou nad rámec zdravotní péče, nebudou za ni ohodnoceni. Doktor L. užívá ve své výpovědi i ekonomické termíny, a přirovnává medicínu k firmě. Navíc zmiňuje zvyšující se náklady, které jdou ruku v ruce s vyspělou zdravotní péčí a úrovní celého zdravotnictví. V Česku jsou výdaje na zdravotnictví 7,4% k HDP. V rámci srovnání s členskými zeměmi Evropské Unie, finančních prostředků ve zdravotnictví může být nedostatečné⁴. Větší pozornost, než jsou celkové výdaje na zdravotnictví, však upínali k narůstající administrativě, která lékařům ztěžuje vykonávání profese.

„Je tu přemíra administrativy. Ta neustále narůstá. Chybí nám čas na pacienty, protože v mém případě, konkrétně u obvodáka, na toho pacienta mám tak třetinu pracovní doby. Zbytek tvoří papíry, vyúčtování jako podnikatel a tohle jo.“ (Doktor P.)

„Myslím si, že je zbytečně moc certifikátů, diplomů, všude podpisů, papírů... Z mého pohledu, ve většině případů absolutně zbytečná administrativa, která zatěžuje a odvádí od práce s pacientem, kdy místo toho by mohl lékař trávit více času s pacientem než s papírem.“ (Doktor B.)

Lékaři zároveň naráží na problém, jímž je dehumanizace vztahu s pacienty, která vyústěním právě vysoké byrokratizace medicíny. (Hřešánová, Hasmanová Marhánková 2008:88) Medicínský systém tedy podléhá veškerým rysům moderní byrokratické organizace, a právě efektivní fungování byrokracie vyplývá v dehumanizaci její činnosti. Doktor P. mimo nedostatku času na pacienty také následně hovořil o „prominentních skupinách“, které jsou orientovány na peníze, a svými slovy definoval vztah mezi lékařem a pacientem:

„Takový ty prominentní skupiny, které si myslí, že mají nárok na lepší péči, když si jí zaplatí, a ono to nejde no. (...) Jako negativní vidím i ten vztah, to jako

⁴ Údaje získány z internetového zdroje finexpert.e15.cz, který je přílohou Mladé fronty. [online] Dostupné z: http://finexpert.e15.cz/zdravotnictvi-v-eu-v-reci-cisel#utm_source=zdn&utm_medium=selfpromo&utm_campaign=rsshub_page0. [citováno 4. 4. 2014]

posun v tom vztahu mezi lékařem a pacientem. Prostě dneska je taková tendence: lékař je poskytovatel služby, a pacient není pacientem, ale klientem. Že se ztrácí takový ten vztah osobní, pacient k lékařovi, ale je to prostě objednavatel služby a dodavatel služby. To by tu jako nemělo bejt asi. Osobní přístup tam chybí.“ (Doktor P.)

Z uvedené výpovědi jasně vyplývá jistý posun v medicíně, k němuž došlo v rámci transformace k vytvoření tržního prostředí. Nejen, že se proměnil vztah lékař-pacient, ale navíc došlo ke ztrátě osobního přístupu, a nabízené služby jsou orientovány v konkurenčním prostředí za cílem zisku. Čada soudí, že proces dehumanizace medicíny je důsledkem technomedicíny, tedy technického pokroku v medicíně. (Čada 2009:2)

Charakteristická role pacienta v rámci konzumní prostředí medicíny je, jak jsem uvedla výše, spjata s aktivním aktérem, který volí mezi službami. Lékař již není chápán jako v mocensky nevyrovnaném postavení, jako tomu bylo za socialistického režimu, ale je partnerem, poskytovatel služeb, kterou si pacient jakožto klient volí. Otázkou je, zda má mezi lékařem a pacientem být hierarchie, a jakou roli tedy lékaři zastávají? Má lékař funkci poradního hlasu nebo je v pozici autority, která rozhoduje? Ačkoliv lékaři vnímají z pacientova jednání určité „nárokování si“ péče, přesto hovoří o tom, že vztah s pacienty se změnil a jeho podoba se vyznačuje plejádou voleb, které pacientům nabízí. Následující úryvky z rozhovorů ilustrují to, jak lékaři vypovídají o hierarchii a jejich roli v rámci vztahu s pacientem.

„Ano, tak aby ten pacient tomu rozuměl, a mělo by to být na té úrovni, že mu musíš být schopen vysvětlit, říct mu možnosti a prostě nějakým způsobem se dopídit k tomu, aby to byl ten výsledek, který chce ten pacient i ten doktor, že jo. Myslím, že by to mělo takhle fungovat.“ (Doktor O.)

„Na všechno má pacient nárok a on sám rozhoduje o léčbě. Může třeba říct, že se mu nějaká ta procedura nelíbí, že mu v minulosti nedělala dobře, nebo že se jí

obává. Vůbec to neřeším. Každý pacient si tu svoji léčbu může určit sám, a když něco nechce, tak mu to nevnučuju. Anebo mu řeknu, jaký jsou možnosti té léčby, a když řekne, že chce nějakou takovou a že by mu vyhovovala, tak mu vyjdu vstříc.“ (Doktor K.)

Výpověď doktora O. je odpovědí na otázku, zda si myslí, že má být vztah mezi nimi rovný, což stvrzuje. I doktor K. potvrzuje to, že vztah by měl být rovnocenný a založený na nabízených možnostech pacientovi, z nichž má právo si vybrat a dobrovolně zvolit tu, která je pro něj nejlepší. Zdůrazněno bylo i to, že by to mělo přinést „výsledek“ jak pro pacienta, tak pro doktora. Lékaři tedy nejsou toho názoru, že má být mezi nimi a pacienty mocenská asymetrie. Ba naopak, vztah s pacientem sami udržují v té rovině, kdy jsou si oba rovni. Zároveň poskytují možnosti v léčbě, které pacient volí, odmítá nebo navrhuje vlastní. Lékař je tak spíše v pozici, kdy pacientům radí, jaká léčba je pro ně nejlepší, poskytují jim informace, na základě nichž se pacient rozhoduje. Toto pojetí vztahu je charakteristické pro konzumeristické fungování medicíny. Možnost pacienta volit mezi nabízenými službami stvrzuje určitou autonomii pacienta a proměnu vztahu mezi lékařem a pacientem, než jak tomu bylo dříve, za socialistického režimu, kdy vztah byl spíše mocensky asymetrický. Doktor O. taktéž pohlíží na vztah jako rovnocenný, a pro jeho označení používá termín „konsenzus“, kdy lékař a pacient mají dojít k nějakému souladu v rámci interakce. Sebe, jakožto lékaře, nazývá „partnerem“, stejně jako i doktor P., což ilustrují následující úryvky z výpovědí:

„Co se týče mého vztahu k pacientům, tak nemám pocit, že bych byl nějakým způsobem nadřazený. Tak takhle to nikdy nechápu. Vždycky je to jako konsenzus člověka. (...) Spíš být pro něho partner v tom směru, že mu poskytnu informace, dám mu možnosti, jaký by mohl eventuelně využít.“ (Doktor O.)

„Tak teď ta tendence směřuje k tomu, a my jsme k tomu směřováni a učeni, že ten vztah už není v pořádku. Teď by měl být pacient samozřejmě, ne kolegou, ale partnerem toho lékaře. Nežli poslušný. Ale velký posun tady nespátřuju. Většinou těm

lidem, co doporučuji, tak to respektují. A pokud ne, tak se dohodneme. Myslím si, že moc se to nezměnilo, nějaký posun velký alespoň já, mezi těma svýma dvou tisícema lidma nevidím. Vždycky se mně přijdou zeptat, a vždycky se dohodneme.“ (Doktor P.)

Doktor P. zdůraznil, že ve změně vztahu nespatřuje velký posun, tedy že jeho rady a doporučení většinou pacienti respektují. Ale i přesto uznává, že pokud radu nerespektují, vzájemně se dohodnou. To, že je nevnímá „velký posun“, může být dáno tím, že tento informátor je soukromým praktickým lékařem pro dospělé v malém městečku, jehož vzorek pacientů se může lišit od pacientů, kteří navštěvují lékaře v okresních městech, kde je velké množství specializovaných lékařů. Pacienti navštěvující lékaře ve větších městech jsou poměrně více heterogenní, tedy různého věku a různého sociálního postavení, což může ovlivnit jejich informovanost, dostupnost médií a i možnost volby mezi lékaři. Přesto však informátor hovoří a „partnerském“ vztahu, který je dán vyjednáváním a aktivní spoluprací pacienta. Ovšem to není nic neobvyklého, jelikož jak jsem uvedla v předchozí části analýzy, starat se o své zdraví a být aktivní je, v kontextu současné společnosti, morální povinností pacienta, a opačné jednání je hodnoceno jako „špatné“ a nemorální. (Rose 2001)

Co se týče vztahu lékař-pacient, Lupton hovoří o tom, že dochází ke stále snižující se dominanci lékařů, zejména v důsledku rostoucího étosu konzumerismu. (Lupton 2012:122) Jacyno argumentuje, že asymetrii vztahu mezi lékařem a pacientem je potřeba demokratizovat, a to skrze posílení pozice pacienta na pozici klienta. K takovému posílení lze ale dospět pouze za pomoci určitých strategií. První strategie k posílení spočívá v tom, že je pacient vybaven vhodným poznáním získaným individuálním dovzděláním. Takového jedince nazývá „kvalifikovaným pacientem“. Druhou strategii, kterou Jacyno uvádí, je založena na představách lékařů týkající se „typu pacienta“. Zde hraje roli právě informovanost pacientů, jejich vědění a aktivní přístup ke zdraví. To souvisí s tím, zda lékaři vnímají pacienta jako „špatného“

nebo „správného“, jak jsem zmínila výše. „Správný“ pacient, který je informovaný, aktivně vyjednává s lékařem o svém zdraví a nevyvolává konflikt, se ocitá na posílené pozici, díky níž se vyrovnává asymetrie mezi ním a lékařem. (Jacyno 2012:126-127) Dostupnost zdrojů informací a média je dána socioekonomickým statusem pacientů, což může podnítit nárůst nerovností v medicínském prostředí. (Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008:94)

Shrnu-li dosavadní zjištění týkající se informovanosti pacientů, lze na ní pohlížet jak pozitivně, tak negativně. Pozitivně v tom smyslu, že informovanost dostává pacienty do pozice mocensky rovné k lékaři, a jsou tak schopní komunikovat a vyjednávat s lékařem o možnostech léčby. Negativně v tom ohledu, že informovanost nabourává autoritu lékaře, a narušuje komunikaci mezi ním a pacientem, čemuž jsem se věnovala v předchozí kapitole. Pozice pacientů se tedy díky informacím a vědění mocensky vyrovnává a vztah lékaře je spíše rovnocenný. Přesto se lékaři vztahovali ve svých výpovědích k nedůvěře a zpochybnění ze strany pacientů. V souvislosti s tím si kladu otázku, jakou roli hrají média ve vztahu k informovanosti pacientů a jejich jednání s lékařem? Mají média souvislost s tím, že lékaři pociťují nedůvěru a pochybnosti pacientů?

4.4.1 Role médií a dostupnosti informací v budování pozice současné medicíny

Nyní se pokusím vysvětlit to, jak lékaři vnímají roli médií ve vztahu k medicíně, a jak se vztahují k nedůvěře a zpochybnění medicíny. V tomto ohledu stručně představím zjištění Deborah Lupton (1997). Lupton tvrdí, že role lékaře a pacienta jsou obsaženy diskursy a praktikami medicíny, které ponechávají lékaře v pozici experta. Ovšem zpochybnění lékařské praxe redukuje vědomostní a znalostní mezeru mezi lékařem a pacientem, což ničí

předpoklad medicíny. (Lupton 2012:126) Tato autorka se v rámci vlastního výzkumu zaměřila na to, co může za zpochybnění autority lékařů. Jedním z jejích výsledků bylo, že lékaři pohlíží na pacienty skrze dva dominantní a soupeřící diskursy, které jsou dány věkem. Prvním je „konzumeristický“ diskurs odkazující k mladší populaci pacientů, kteří jsou ze střední třídy a vlastní větší vědění o medicíně a možnostech léčby. Jsou to právě ti, kteří mají tendenci ztrácet důvěru vůči medicíně, zpochybňují jí či vzdorují autoritě. Diskurs „závislého pacienta“ je druhý, jež zastupují pacienti starší věkové skupiny a z pracujících nižších tříd. Tito pacienti naopak přenechávají zodpovědnost na lékařích, souhlasí s nimi a nemají téměř žádné povědomí o možnostech medicíny. (Lupton 1997:487) Její výsledek do určité míry stvrzuje i následující úryvek z výpovědi mé informátorky:

„Většinou je to daný věkem. Starší lidi přeci jen mají určitý respekt k lékaři. A teď už se to posouvá spíše jako do pozice, ne jako vysloveně nadřazenosti nebo takhle, ale jako není, ani to není dobrý, ale spíše jako by to byla vzájemná komunikace. Ale jako část respektu si myslím, že by tam mohla být. To u těch mladších spíše. Si o vás myslí, že jste úplně ... blbý. Ta mladší generace je více informovaná, a tím pádem samozřejmě více pochybuje.“ (Doktorka M.)

Tato výpověď shrnuje dosud již zmíněné, co se týče vztahu a komunikace, a navíc potvrzuje určitý rozdíl mezi mladší a starší generací s ohledem na jejich vědění. Právě mladší generace je považována za ty jedince, kteří více využívají médií a cíleně se zaměřují na získání informací a většího vědění, které mohou následně uplatnit ve vztahu s lékařem.

Jak lékaři vnímají roli masových médií ve vztahu k medicíně, a s ohledem na chování pacientů? Reprezentace medicíny je rutinním rysem masových médií. Od padesátých let se stalo běžným fikční zobrazování lékařů, ostatního personálu a pacientů v televizních dramatech, seriálech a soap operách. Tato reprezentace byla ale spíše pozitivní, kdy lékař vystupoval

jako „hrdina“ v bílém plášti, představující autoritu a moc, který úspěšně zachraňoval pacienty. (Lupton 2012:56-57) To je zobrazení ovšem optimistické, jelikož konfrontace s realitou je jiná. Tento optimismus se ale může podílet na formování názoru lidí.

„Myslím, že tu veřejnost ovlivní příliš v tom smyslu, že ty jejich názory jsou moc optimistický. Samozřejmě se většinou prezentuje ten úspěch, anebo potom ten totální neúspěch, který skončí u soudu, že jo. (...) Na jedné straně to v těch pacientech vzbudí optimismus, téma úspěchama, který deklarují. A na druhý straně vzbuzují averzi vůči nám, jako lékařům, nebo obecně vůči zdravotnictví, když prezentují kolikrát třeba neúspěch, nebo to ani není neúspěch, ale pomoc prostě nepřinesl.“ (Doktor P.)

Lékař poukazuje na rozpornou reprezentaci medicíny v médiích – buď je zobrazován úspěch, který vzbuzuje optimismus, nebo neúspěch vyvolávající averzi. Častěji však lékaři hodnotí vliv médií negativně právě v tom ohledu, že reprezentují neúspěchy v medicíně. Dle Lupton (2012) negativní reprezentace a zobrazování medicíny jako chybné začala růst v posledních dekadách dvacátého a jednadvacátého století. Častěji je tak prezentována nedbalost, špatná praxe, selhání medicíny a jiné skandály. Masová média zprostředkovávají hodnoty, názory a postoje takové, aby je publikum mohlo snadno přijmout. Jako poukazuje McQuail (2002), mediální produkce může reagovat na požadavky společnosti či předpokládané individuální preference publika, a právě zdraví je hodnotou každého jedince.

„Myslím, že medicína je výbornej terč pro bulvární tisk. Protože zdraví všichni rozumí. (...) Takže ty média v tom velice snadno si najdou něco, co je pro lidi zajímavý, to, co ty noviny bude prodávat. (...) Takže s médiama nikdo nemluví, tím se nikdo nevyjadřuje. Myslím, že je to někdy ne úmyslně, ale s chutí jakoby podkopovaný, nějaká autorita, nebo nějaký stav lékařský.“ (Doktor S.)

Tento úryvek jasně dokladuje to, jak lékaři vnímají média. Dle nich konstruují zprávy a informace, které jsou nepravdivé, a tím tak zpochybňují, doslovně „podkopávají“, autoritu lékařů. Doktor S. to zároveň popsal na příkladné situaci, s níž se sám setkal, a kdy média vykonstruovala nepravdivou informaci o zdravotním zařízení, v němž působí. Role médií ve vztahu k medicíně je tedy převážně hodnocena jako negativní z toho důvodu, že buď uvádí v senzace neúspěchy medicíny, nebo konstruuje nepravdivé informace, které „devalvují“ lékaře. Jiní zhodnotili média jako „povrchní prezentace“ obsahující převážně skandály neodpovídající realitě. Následující úryvek se vztahuje i k dopadu na pacienty:

„Je to zoufalý. Jednak samozřejmě televizní seriály, jako nekvalitní televizní seriály strašně dezinformují z medicínského prostředí. (...) Takže média tu pověst zdravotníků strašně zhoršují, právě těma necitlivýma nesmyslnýma reportážema nebo seriálama a tak. Spousta lidí nepřemejšlí, nedělá si vlastní názor, nezískává si informace samostatně, ale jenom přeberu to, co si přečtou v novinách nebo vidí na Nově, a protože tam říkali, že tamhle něco zvorali, tak jsou automaticky všichni špatní. To je taková ta povrchní práce s informacema. A protože je to špatný, je to skandální, a budí to pozornost, a tak si to budu myslet taky.“ (Doktorka L)

Doktorka L. uvádí, že právě povrchní a skandální prezentace výrazně zhoršují pověst medicíny jako takové, a soudí, že lidé si neumí utvořit vlastní názor a informace pasivně přijímají, a poté vztahují na osobní zkušenost. Jedna z informátorek (doktorka T.) shledává zejména negativní vliv médií v tom, že dává vznik nedůvěře pacientů. Negativní vliv médií spatřuje i v jejich přehnaných reakcích, přečtou-li si nějakou „nepravdivou“ informaci či senzaci. Zároveň dodává, že pokud média vyzývají k očkování či nějaké prevenci, může to mít pozitivní vliv. Přesto usuzuje, že informace jsou často zkreslené a lidé jim věří:

„Ty lidé, kteří si vše vyhledávají na internetu, a to bych pak řekla, že ti nedůvěřují. (...) Určitě je to daný tím, jak je ta zpráva napsaná, komu je to

směřovaný a kdo to napíše. Každý to napíše určitě jinak, někdo to hodnotí kladně, někdo záporně. Někdo si na tom najde ty negativa. Takže záleží, jak si to ti lidé přeberou. Kolikrát nejsou ty informace pravdivé. Třeba takový nějaký ty časopisy neodborný, tak když si někdy čteme ty články, třeba konkrétně o tom očkování, tak to taky vůbec neodpovídá. Jsou tam zkreslené ty informace. Ale přečte si to mnoho lidí a věří tomu.“ (Doktorka T.)

Dá se říci, že medicínské znalosti, informovanost a dostupnost médií se může jevit jako příčina nedůvěry a zpochybnění medicíny. Z výpovědí mých informátorů jasně vyplývá, že média hrají důležitou roli v tom, jak pacienti přistupují k lékařům, k medicíně, a jak se rozhodují. Právě povrchní prezentace medicíny a reportáže, které lékaři označují za skandální a nepravdivé, podřívají autoritu a důvěru v medicínu jako expertní vědu. Pacienti pasivně přejímají tyto mylné a zkreslené informace, a považují je za pravdivé, což se podílí na jejich nedůvěře v medicínu a jednání s lékaři. Informovanost pacientů se zároveň podílí na tom, do jaké míry souhlasí očekávání pacienta s realitou, tj. jak souhlasí s nabízenými možnostmi léčby samotným lékařem. Na základě toho se objevuje narůstající počet stížností. V důsledku současné právní regulace vztahu mezi lékařem a pacientem (Doležal 2011) přibývá žalob pacientů a jejich rodinných příslušníků na lékaře a zdravotnická zařízení⁵. Tento posun k právní rovině ve vztahu k medializaci ilustruje například výpověď doktora F.:

„Teďkom v poslední době, co narůstá, tak tím, jak je to všechno medializovaný, jak ten svět je propojenej, a jak se každéj všechno... hodně se hlídá. Tak teď je více v poslední době to, že jak lékař, tak pacient se soustředí na to, aby po právní stránce bylo všechno v pořádku. Je více stížností, i od pacientů. To si myslím, že je změna. To dříve nebývalo. A lékař je na místě, že se jakoby brání. (...) Pacienti

⁵ Zdrojem informace je Infoservis VZP č. 23/2012, který vyšel jako příloha Zdravotnických novin v pondělí 5. listopadu, přináší text společné tiskové zprávy Svazu zdravotních pojišťoven a VZP, včetně upozornění na webových stránkách se zveřejněným seznamem nemocnic, s nimiž bude uzavřena dlouhodobá smlouva, případně jiný typ smlouvy. [online]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-akcent/infoservis/infoservis-23-2012>>. [Citováno 4. 4. 2014]

jsou často právě nespokojeni, protože asi očekávají od té medicíny více, než ta medicína dokáže.“ (Doktor F.)

Z výpovědi vyplývá, že v rozporu mezi selháním medicíny a vlivem medializace (informovanosti), narůstá počet stížností ze strany pacientů, kteří od medicíny očekávají více. Neustále je tak propojována nedůvěra a zpochybnění lékařské autority, které je podpořeno nejen podobou současné medicíny, jak jsem vysvětlovala výše, ale i vlivem masových médií, která se podílejí na utváření názorů a vědění pacientů.

4.4.2 Vnímání důvěry pacientů a úloha alternativní medicíny

Z dosud zmíněných poznatků lze položit otázku, zda dochází v současné medicíně k odklonu od autority biomedicíny? Odvracejí se pacienti od takové vědy, která má za úkol léčit a chránit zdraví celé populace? Zde je na místě zopakovat, s jakými rysy je spjata současná medicína: vysoká technologizace, byrokratizace, nedostatek osobního přístupu, komercializace a tržní prostředí medicíny, navíc i role médií, které zviditelňují nedostatky a selhání medicíny. To vše se může stát zárodkem pro skutečnost, že se pacienti odvrací od biomedicíny, ale soudit, že současná medicína se v důsledku zmíněných rysů ocitá v krizi. Právě vysoká technologizace a dehumanizace vztahu přivádí jedince k odklonu od medicíny jako vědy, a přiklání se k alternativám, které mohou v pluralismu možností a životních voleb zvolit.

Autorita klasické medicíny začala být zpochybňována na konci dvacátého století, kdy se dostala do pozice pouze jedné z možných nabízených variant léčebných přístupů. Deborah Lupton rozvinula v sociologii medicíny nový proud, zvaný *politická ekonomie medicíny*, který se staví kriticky vůči klasické medicíně. Politická ekonomie medicíny reaguje na její

narůstající technologizaci, byrokratizaci a tržní mechanismy, které se staly její součástí. Jmenuje několik procesů, jako je étos konzumerismu, omezená autonomie lékařů, byrokratická organizace medicíny, eroze lékařské profese, či lepší vzdělání laické populace, které zapříčinily rostoucí cynismus vůči medicínské vědě, kdy dochází ke ztrátě důvěry a ke zpochybnění lékařské profese. (Lupton 1997:480) Celá řada autorů (např. Čada 2009; Jacyno 2012; Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012; Lupton 2012) uvádí, že následkem rysů současné medicíny vznikají nová společenská hnutí a skupiny uchylující se k alternativním terapiím a formám léčby. Vzniklé nové skupiny a hnutí pacientů jsou kritické vůči klasické ortodoxní medicíně zejména kvůli její vysoké technologizaci, neosobnímu přístupu, či kvůli selhávání v medicínském diskursu. Například Čada spatřuje problém v odlidštění medicíny (Čada 2009:2), Jacyno v přílišné racionalizaci (Jacyno 2012:86-87), Beck zase reaguje na technický pokrok v medicíně a narůstající počet diagnóz. Tvrdí, že „nemoc je *generalizována* jako produkt diagnostického „pokroku“. Vše tak činí člověka nemocným, nezávisle na tom, jak se cítí“. (Beck 2004:331) Proto alternativní medicína představuje řešení pro dominující technologie a neosobnost v medicíně (Lupton 2012:136), a poskytuje jedincům ve společnosti tak nový prostor pro svobodnou volbu. Tito lidé jsou se více vědomi tržních mechanismů ukotvených ve zdravotnických zařízeních, které ovlivňují fungování medicíny, a pravděpodobněji vyhledávají nedostatky a selhání, které kritizují a posilují jejich příslušnost k alternativám. Pacienti patřící do těchto skupin oceňují více přirozené a méně invazivní způsoby podpory zdraví a léčby nemocí. Alternativy volí zejména kvůli osobnímu kontaktu s léčitelem a citlivějšímu průběhu léčby (Lupton 2012:135), a její popularita je navíc posílena novou stylizací medicíny. Tato nová stylizace medicíny je spjatá s individuálním stylem života, kdy jedinci upřednostňují příjemné, estetické prostředí před klasickými „studenými“ zdravotnickými zařízeními. Důraz se tak zvyšuje ve spojení s psychosomatikou člověka, což dává popularitu nově vznikajícím terapiím a formám alternativní medicíny.

(Jacyno 2012:130; Slepíčková, Šlesingerová, Šmídová 2012:91; Čada 2009:9-11) Uspokojení duše a příjemné pocity, které pacienti získávají alternativní formou, mohou mít úzkou vazbu s úspěchem léčby. V souvislosti s tím mne zajímalo, jaké jsou názory lékařů na tyto alternativní terapie a formy léčby, a zda zaznamenávají příklon k jiným praktikám, než je klasická medicína. Lékaři na alternativní medicínu pohlíželi spíše pozitivně v tom smyslu, že záleží na pacientech, jakou formu léčby si zvolí, a která jim vyhovuje. Pokud se jedná o tu alternativní, a sami pacienti mají pocit, že jim pomáhá, považují to za vhodnou volbu daného pacienta. To ilustruje například následující úryvek:

„Já si myslím, že každý má potřebu léčit se nějakým způsobem, a někomu ta tradiční medicína nevyhovuje, a někomu nevyhovuje třeba jen proto, že tam není čas, prostor pro tu komunikaci, a ten mnohdy neosobní přístup, nebo zjednodušený přístup, mu nevyhovuje, tak hledá alternativy, včetně vysloveně alternativní medicíny. Ale to je každého věc. Jako máme možnost volby, tak volme no.“ (Doktorka L.)

Úryvek dokladuje to, že lidé jsou vystaveni širokému spektru voleb v rámci jednání se svým zdravím. To vnímají i lékaři, kteří jsou si vědomi neosobního přístupu ve zdravotnictví, kdy schází čas pro komunikaci s pacienty a pro péči o ně. Z jejich výpovědí vyplývá jisté pochopení pro to, když pacient je nespokojen a tento nedostatek osobního přístupu řeší volbou alternativní medicíny. Stejně tak souhlasí s tím, že lidé mohou volit alternativní medicínu právě tehdy, selže-li klasická medicína, či se objevují těžce řešitelná léčba nějaké nemoci.

„Pokud pacientovi s tradiční medicínou nejsme schopni pomoci, tak samozřejmě se uchyluje k jakékoliv naději, a nelze se tomu divit, jo? (...) Takže někdy při selhání naší moderní medicíny není divu, že pacienti se často s pokročilými nemocemi uchylují k alternativní léčbě.“ (Doktor B.)

„Je to jejich svobodné rozhodnutí a já to respektuji. Protože medicína nemá řešení na všechno, nemá odpověď a řešení na všechny zdravotní problémy. Tak asi

potom je na lidech, jestli to vyzkouší. Když moderní medicína selže, tak zkusí něco jiného.“ (Doktor F.)

Lékaři usuzují, že medicína není všemocná a připouští, že dochází k možnému selhání a k situacím, kdy nejsou schopni pacientům pomoci. Takové selhání či nemožnost léčit pacienta může prohloubit pacientovu nedůvěru v klasickou medicínu, a zapříčinit následně příklon k alternativní medicíně. Z výpovědí mých informátorů vyplývá, že pokud pacient zvolí alternativu, plně to akceptují, ovšem jsou zastánci medicíny klasické, která je založena na vědeckých důkazech. Lékaři připouštějí i to, že zásadní roli může mít psychosomatika pacienta, kdy například pacienti vyhledávají léčbu nemoci, která je ale spjata s problémy individuálního života, což ilustruje následující výpověď:

„Je pravda, že řadě pacientů ta klasická medicína pomoci nemůže. Nemůže jim pomoci i z příčin toho, že řada pacientů ty problémy má psychosomatické. To znamená, že buď jsou nespokojeni v práci, v rodině, nemají zaměstnání. Nemají peníze, mají dluhy. A to se všechno projevuje do různých bolestí. Takže tím, že člověk napíše nějaké léky, tak tím jen tu bolest utlumí, ale nemůže pomoci. (...) Tady ta medicína má smůlu v tom, že se v ní točí strašný prachy. Takže dneska, když vám doktor napíše nějaké léky, tak nevíte, jestli vám to pomůže, nebo jestli z toho má nějaké peníze od nějakého dealera.“ (Doktor K.)

Informátoři tedy neopomněli zdůraznit psychiku člověka, která může mít v důsledku nějakých problémů vliv i na to, proč je léčba klasickou medicínou neúspěšná. Doktor K. ve své výpovědi zmínil i finanční stránku odkazující na farmakologii, jejímž hlavním zájmem je léčba léky (farmakoterapie). Tak dává do souvislosti psychosomatiku a účinnost léků. Některé léky mohou být v rámci léčby poskytnuty, aniž by efektivně léčily. Farmakologie hraje klíčovou roli v uvažování o léčbě, jelikož právě ta poskytuje léky, které nám lékaři předepisují a podávají. Zájmy farmaceutických společností kritizuje i *politická ekonomie medicíny*, jelikož právě léky určují počet diagnóz, co lze za nemoc

považovat, a podílí se tak na konstrukci identit. (Čada 2011) Ačkoliv lze vnímat určitou akceptaci lékařů, co se týče volby pacientů pro alternativy, může být alternativní medicína vnímaná jako konkurenční. Ortodoxní klasická medicína je vystavena na vědeckém základu a úspěšných výsledcích v léčbě, kdežto alternativní pracuje se spiritualitou člověka bez vědeckých poznatků. (Lupton 2012:136) Zvolí-li pacienti alternativní léčbu, dochází ke zpochybnění lékaře a ke ztrátě pacienta. Tato ztráta pak může představovat odraz lékařovy kvality, profesionality, autority či dokonce i ztrátu případného zisku z poskytnuté služby. Přesto se mí informátoři shodovali spíše v tom, že by se tyto dvě konkurenční medicíny měly spojit.

„Hodně často to pomůže. Já to vidím jako partnera, že by alternativní medicína měla být partnerem s klasickou. Že by se měly doplňovat. Ale zatím to nefunguje.“
(Doktorka M.)

„Existuje spousta chorob, které mají i psychosomatický základ, že jo. A tam ta možnost, prostě ta alternativní medicína, má svoje určité místo, a myslím, že by bylo ideální, kdyby se spolu domluvily ty dvě věci. Ale to by muselo být, aby měli i ti léčitelé zodpovědnost, jo...“ (Doktor O.)

Zpochybnění medicíny jako vědy, a nedůvěra vůči ní, může být pojímána jako příčina volby alternativní medicíny. Jacyno navíc říká, že díky zvolení alternativního způsobu léčby může jedinec dojít k sebenaplnění a k seberealizaci. Lidé tak mohou za účelem své seberealizace svobodně volit mezi způsoby léčby, které jim přináší nové možnosti a pocit uspokojení, jelikož alternativní medicína nezvažuje nemoc, věk či stárnutí jako známku „horšího zdraví“, kdežto klasická ano. Naopak, celý život jedince je brán jako život „dobré kvality“. (Jacyno 2012:138-139) Pacienti tak mohou volit alternativní způsoby léčby a terapie nejen kvůli jejich pochybnostem vůči medicíně a lékařům, ale i kvůli jejich touze po seberealizaci.

Tento rostoucí odklon pacientů od expertní vědy, jako je medicína, můžeme hodnotit jako proces destabilizace a deprofesionalizace medicíny. Někteří informátoři se vyjádřili způsobem, že pacienti nedůvěřují v lékaře, ale chtějí věřit, a proto hledají toho lékaře, jemuž budou důvěřovat. Sami tedy pociťují jistý odklon a nedůvěru. Závěrem dodávají, že důvěra pacienta je dána komunikační úrovní mezi ním a lékařem, a tudíž je i na samotném lékaři a jeho charakteru, do jaké míry mu bude pacient důvěřovat. Důvěra se jeví jako zásadní pro vztah s pacienty. Pokud pacienti nedůvěřují, právě velký počet lékařů a odborných pracovišť, které se stále více diferencují, jim umožňuje vyhledávat a volit lékaře, kterému by potenciálně mohli důvěřovat. Důležitou roli tak má způsob komunikace mezi nimi. Právě s tím je spojována profesionalita lékaře. (1997) Ačkoliv lékaři oproti laikům vlastní specifické znalosti a výbavu, čímž si udržují své výsadní autoritativní postavení, je zároveň důležité i to, jak jednají a komunikují s pacienty, což se může podílet na rostoucí míře nedůvěry a zpochybnění medicíny jako takové.

V této kapitole jsem stručně popsala vývoj českého zdravotnictví po roce 1989, a jak se k němu vztahují samotní lékaři. Dále jsem věnovala prostor tomu, jak lékaři hodnotí současný systém zdravotnictví, a jakým způsobem dochází k pronikání konzumeristických prvků. V tomto ohledu se vyjadřovali zejména k tomu, jak se pacienti staví k péči jako ke službě, a k byrokratizaci, která jim stěžuje jejich postavení, a zapříčiňuje nedostatek času na pacienty. Na závěr jsem se pokusila shrnout, jak lékaři chápají vztah s pacienty, zda v něm spatřují hierarchii, a jaká je jejich role ve vztahu k pacientům. Kapitulu jsem uzavřela pojednáním o roli médií, které ovlivňují názory a rozhodování pacientů, a zároveň jsem se pokusila zodpovědět na otázku, zda se odvracejí pacienti od biomedicíny a přiklánějí k jiným praktikám.

5. Závěr

Tato práce se zabývala tím, jak lékaři chápají svoji profesi a roli v současné společnosti. Na základě toho jsem se pokusila pochopit, jak lékaři konceptualizují komunikaci a jednání s pacienty, a jaká je podoba vztahu mezi lékařem a pacientem, který je v současné době problematizován právě v důsledku aktuálních politik státu. V souvislosti s tím jsem se věnovala současné podobě zdravotnictví a zajímalo mne tak, zda i v českém prostředí lékaři vnímají pronikání tržních a konzumeristických prvků, a zda pociťují odklon od medicíny. V rámci vlastního výzkumu jsem zjišťovala názory a postoje lékařů. Metodu sběru dat jsem pro získání zjištění zvolila polostrukturované rozhovory, a provedeno bylo celkem 12 osobních rozhovorů s komunikačními partnery.

Lékařská profese je zvažována jako prestižní, a samotní lékaři představují autoritu a odborné experty ve společnosti. (Křížová 2006) Lékaři však často ve výpovědích odkazovali na konfrontaci s realitou, obzvláště co se týče přechodu ze studií (teorie) do praxe. V momentě, kdy začínali vykonávat svoji profesi, pociťovali nedostatek praktických znalostí a zkušeností. Jsou si vědomi, že vlastní odborné medicínské vědění, které nabývali po dlouhou dobu, ovšem při přechodu do reálné praxe se setkávali s nedostatečnou praktickou přípravou. Zdůrazňovali tak jejich očekávání od lékařské profese, která byla převážně romantizovaná, a lékaři v sobě pociťovali altruismus, tj. touhu pomáhat druhým a léčit lidi. Zároveň vyzdvihovali opět konfrontující skutečnost, že v realitě ne každý pacient potřebuje pomoc, a ne každý potřebuje být léčen.

Institucionalizovaná medicína funguje na principech byrokratické organizace, tudíž má předem daná pravidla, struktury a hierarchii. (Křížová 2006; Keller 2007) Lékaři jsou tak zasazeni do těchto předem ustanovených

struktur, a podléhají všem pravidlům a nařízením této instituce. Nejen, že lékaři poskytují zdravotní péči a léčí pacienty, ale poukazovali na to, že musí stále častěji vykonávat celou řadu administrativních úkolů a požadavků. Jejich očekávání jsou tak zcela mylná, jelikož pacienti vyhledávají lékaře například proto, že jen potřebují vystavit nějaký formulář či potvrzení. Z tohoto pohledu lze identifikovat konflikt zájmu, v rámci něhož se lékaři střetávají s pacienty v každodenní praxi. Mí informátoři svoji profesi řadí k prestižním povoláním, ale zároveň vnímají finanční podhodnocení a morální nedocnění ze strany veřejnosti. Tato konfrontace očekávání s realitou má za následek posun v lékařské profesi, a to z úlohy léčit k úloze být i jakýmsi „administrativním pracovníkem“. Lékaři tak představují experty s odbornými znalostmi, kteří jako jediní mají kompetenci k vykonávání určitých požadavků.

Vnímání role lékařů bylo ve výpovědích problematizováno komunikační úrovní mezi nimi a pacienty. Stupeň informovanosti pacientů se jevil jako zásadní pro správný či nesprávný způsob komunikace, což ovlivňuje vztah mezi nimi. V reálné praxi se setkávají s odlišným způsobem komunikace, než s kterým se seznamovali v rámci studií. Komunikace s pacienty je ovlivněna informovaností a věděním pacienta týkající se medicíny, čímž vyrovnávají mocenskou asymetrii mezi sebou. (srov. Lupton 2012) Jacyno tyto vzdělané pacienty, kteří posilují jejich pozici ve vztahu s lékařem, označuje za „kvalifikované pacienty“. (Jacyno 2012) Postavení lékařů s ohledem na jejich autoritu a odborné vědění je tak problematizováno.

Závěry z mého výzkumu vypovídají o problémové komunikaci, a pociťují zpochybnění ze strany pacientů. Systematicky poukazují na to, že informace, které laici mají, jsou neúplné a zavádějící, a proto se snaží pacienty „vyvést z omylu“. Lékaři tak stále zůstávají jedinými možnými držiteli pravdy. Jako jediní jsou schopni správně interpretovat informace týkající se medicíny, což jim umožňuje udržet jejich výsadní postavení v konfrontaci s pacienty. Ulrich

Beck (2004) hovoří o tom, že v důsledku modernizace dochází k demonopolizaci vědy, kdy je věda zbavena auroou její neomylnosti a nároku na platnost. Následkem toho dochází ke konfliktu mezi vědeckými experty a laiky, jako je tomu v případě lékařů a pacientů. Pacienti mají na základě svých informací tendenci vzdorovat lékařské autoritě a zpochybňovat rady a názory lékařů. Toto zjištění neodpovídá teoretickým východiskům zvažující roli pacienta jako pasivního aktéra ve vztahu s lékařem, který je asymetrický. Lékaři naopak pociťují autonomii pacientů v interakci s nimi, což zároveň problematizuje způsob komunikace. Jejich úlohou není jen poskytovat informace o léčbě, ale i radit a vysvětlovat mylná přesvědčení pacientů.

Lékaři vypovídali o průběhu „špatného“ způsobu komunikace, v rámci něhož dochází ke střetu v interakci s pacientem, a porovnávali se „správným“ způsobem komunikace, kdy popisují, jak by měla ideálně probíhat. Z výpovědí vyplynulo zásadní zjištění: dilema, v jaké situaci je autonomie pacientů akceptována a žádoucí, a v jaké situaci problematizuje komunikaci a zpochybňuje autoritu lékaře. V názorech a postojích lékař se neustále objevuje problém, jak na svobodné rozhodování pacienta, jeho autonomii a aktivní účast nahlížet.

Autonomie pacientů a jejich rostoucí emancipace je problematizována v rámci fungování současných technik biopolitiky. Pacienti mají právo svobodně volit a rozhodovat se. Mají právo s léčbou souhlasit i ji odmítnout, a to díky právní regulaci (srov. Doležal 2001), což lékaři akceptují. Ovšem takové odmítnutí je v rozporu zájmy biopolitiky, které jsou zacíleny na zdraví populace. V současné společnosti je zdraví významnou hodnotou, a jako populace jsme směřováni k pěstování zdravého životního stylu. (Parusniková 2000:131) Každý jedinec ve společnosti je zodpovědný za své zdraví, což stvrzují i lékaři ve svých výpovědích. Činí tak nejčastěji skrze tvrzení, že je na každém člověku, zda léčbu přijme nebo odmítne, a je na každém jedinci, jak

se o sebe stará, aby byl zdravý. To zároveň konfrontují se skutečností, že lidé ve společnosti jsou nezodpovědní a nemotivovaní ke zdravému životnímu stylu, a v případě rizikového chování by měli být sankcionováni. (srov. Foucault 2005; Rose 2001) Diskurs veřejného zdraví se často objevoval ve výpovědích jako zásadní. Zdůrazňována byla ekonomická perspektiva, jelikož udržet populaci zdravou a předcházet nemocím se pro lékaře jevílo jako nejlevnější a finančně výhodné „řešení“ pro systém zdravotnictví. Stejně tak zdravý jedinec může být ekonomicky aktivní, a tudíž předcházet nemoci je i v jeho zájmu. Jeden z informátorů například užil frázi „*moje zdraví je moje devize; vaše zdraví je vaše devize*“ (doktor K.S.). Z tohoto krátkého výroku lze vidět i mimo jiné, jak se zdraví stává formou kapitálu. (viz. Parusniková 2000; Rose 2001) Důraz byl tedy kladen na individuální zodpovědnost a ekonomickou produktivitu. To souhlasí s argumentací Nikolase Rose (2001), který poukázal na přítomnost ekonomické rétoriky, co se týče diskursu veřejného zdraví. Zjištění z výpovědí mých informátorů také odkazují k morálnímu etickému rámci, na základě něho je hodnoceno, jaké jednání je správné a morální, či špatné a nemorální s ohledem na pěstování zdravého životního stylu. Z toho důvodu selhání ve zdraví se může být vnímané jako individuální selhání v péči o zdraví. (srov. Rose 2001)

System prevencí, důraz na zdravý životní styl či eticky morální zodpovědnost představují disciplinační mechanismy a mocenské praktiky biopolitiky, která je zaměřena na regulaci a kontrolu života jedinců ve společnosti. (Foucault 2005) Na základě závěrů z výzkumu by se dalo říci, že mechanismy a praktiky biopolitik fungují i v kontextu české společnosti. Lékaři se jednoznačně shodovali v tom, že lidé by měli být zodpovědní, chránit své vlastní zdraví a vyhýbat se rizikovému chování. To navíc vztahovali k ekonomické rovině státu a individuální produktivitě, což souhlasí s předpokladem, že jedinci jsou disciplinováni ke zdravému životnímu stylu a ke zdraví s ohledem na zdraví veřejné. (Hasmanová Marhánková 2014) I v

České republice můžeme označit zdraví za politický a ekonomický problém, a potvrdit přítomnost disciplinačních praktik zacílených za zdravý životní styl. Lze tak tvrdit, že autonomie každého jedince je vykoupena větší zodpovědností, sebekontrolou a sebeřízením, což Jacyno (2012) označuje termínem „péče o sebe“.

Názory a postoje lékařů vztahující se k pacientům a k současnému diskursu medicíny nelze vnímat odděleně od celospolečenských událostí, které se podílely na destabilizaci biomedicínského vědění. V tomto ohledu je to především transformace medicíny, díky níž došlo ke zpochybňování medicínské vědy a její autority. Přítomnost ekonomické rétoriky v medicínském diskursu je dána proniknutím konzumeristických prvků, které byly systematicky ve výpovědích zmiňovány. Právě přítomnost konzumerismu v medicíně ovlivnila vztah mezi lékařem a pacientem, který můžeme s ohledem na výpovědi informátorů označit za rovnocenný. Proměnila se i role lékaře, který je v pozici spíše „poradního hlasu“, nežli ten, kdo má rozhodující slovo, a naopak pacient je v roli aktivního pacienta či klienta. (srov. Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008) Racionalizace medicíny spolu s její byrokratizací ovšem neustále podněcuje nedůvěru veřejnosti a pochybnosti, což je u některých pacientů posíleno vlivem masových médií. Takové pochybování zmenšuje vědomostní mezeru mezi lékařem jako expertem a pacientem jako laikem. (Lupton 2012) Lékaři často odkazovali na vliv médií, která dle nich „podkopávají“ lékařskou autoritu a prezentují medicínu pouze v negativním obrazu. (srov. Lupton 2012) Z mého výzkumu vyplývá to, že se média podílejí na přístupu pacientů k lékařům, na formování názorů a očekávání od medicíny. To opět výrazně destabilizuje biomedicínské vědění a autoritu, což výrazně pociťují lékaři v rámci interakce s pacienty.

Je možné tvrdit, že „podkopávání“ a nedůvěra v biomedicínu navíc vede k tomu, že se pacienti odvrací od této klasické medicíny. V postmoderní, či

reflexivní společnosti, jak pojednává Beck (2004), jsme vystaveni pluralitě voleb, svobodě, a zároveň rostoucí míře nejistoty a rizik. I samotná klasická medicína, tak jak ji chápeme, se stala jednou z možných voleb v rámci pěstování zdravého životního stylu. Alternativní medicína je kritická ke klasické ortodoxní medicíně a jejím charakteristickým rysům, a zdá se být „vhodným řešením“ pro útěk z racionalizovaného dehumanizovaného medicínského prostředí (srov. Čada 2009; Lupton 2012; Jacyno 2012), což potvrdili i mí informátoři. Ve svých výpovědích se shodli, že pacienti často vyhledávají alternativy kvůli nespokojenosti s neosobním přístupem v klasické medicíně, či v důsledku jejího selhání. Zdůraznili, že se lidé více setkávají s životními problémy, které ovlivňují jejich zdraví, a to je jeden z důvodů, proč tíhnou k alternativám, s čímž souhlasí i například Jacyno (2012). Ačkoliv může být medicína laiky chápána jako všemocná, tento argument vyvrací a připouští řadu možných selhání a neúčinnost léků právě v rámci léčby nemoci psychosomatického původu, kde může pomoci alternativní medicína. Biomedicínské vědění se tak v současné neoliberální společnosti ocitá v krizi. Charakteristiky medicíny dané konzumerismem a její racionalizací posilují rostoucí zpochybňování laickou veřejností a její destabilizaci, což vnímají i lékaři, jejichž sebeidentifikace v rámci výpovědí odpovídá procesům deprofesionalizace.

6. Použitá literatura a zdroje

- Binkley, S., College, E. 2009. „The work of Neoliberal Governmentality: Temporality and Ethical Substance in the Tale of Two Dads.“ In *Foucault Studies*, No. 6, pp. 60-78.
- Beck, U. 2004. *Riziková společnost. Na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Becker, H. S. 1961. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- Conrad, P. 1992. „Medicalization and Social Control.“ In *Annual Reviews of Sociology* 18, pp. 209-32.
- Čada, K. 2009. „Medikalizace společnosti a socializace medicíny.“ [online]. Příspěvek přednesený na Doktorandské konferenci sociologie a příbuzných oborů. Praha, 21. 5. 2009. Dostupné z: <<http://tarantula.ruk.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc>>. [Citováno 17. 1. 2013]
- Čada, K. 2011. „Dopady farmaceutických inovací na lidskou identitu a způsob života.“ [online] Příspěvek přednesený na konferenci Změny způsobu života a jejich sociokulturní souvislosti pořádané katedrou sociologie a andragogiky Univerzity Palackého - Olomouc, 3. a 4. listopadu 2011. Dostupné z: <https://www.academia.edu/3097066/Cada_K._2011_Dopady_farmaceutickych_inovaci_na_lidskou_identitu_a_zpusob_zivota_Prispevek_predneseny_na_konferenci_Zmeny_zpusobu_zivota_a_jejich_sociokulturni_souvislosti_poradane_katedrou_sociologie_a_andragogiky_Univerzity_Palackeho_-_Olomouc_3._a_4._listopadu_2011_>. [Citováno 21. 3. 2014]
- Doležal, T. 2011. „Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu.“ In *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 1(1), pp. 25-35.

- Foucault, M. 1996. „Subjekt a moc.“ Pp. 195-227 in *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann a synové.
- Foucault, M. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění*. Praha: Hermann & synové.
- Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofia.
- Foucault, M. 2007. *Slova a věci*. Praha: Computer Press.
- Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky. Kurz na Collège de France (1978–1979)*. Brno: CDK.
- Foucault, M. 2010. *Zrození kliniky*. Praha: Kosmas.
- Freidson, E. 1989. „Theory and the Professions.“ In *Indiana Law Journal*, 64, pp. 423-432.
- Goold, S. D., Lipkin, M. 1999. „The Doctor–Patient Relationship.“ In *Journal of General Internal Medicine*, 14(S1), pp. 26-33.
- Ghosh, A. K. 2004. "Understanding medical uncertainty: a primer for physicians." In *JAPI* 52, pp. 739-742.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hasmanová Marhánková, J. 2014. „Všechno je to jen naše zodpovědnost – postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí jako případová studie krize důvěry v biomedicínské vědění.“ In *Sociologický časopis*, Vol. 50, No. 2.
- Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ In *Sociologický časopis*, Vol. 44, No. 1, pp. 87-111.
- Illich, I. 1976. *Limits to Medicine; Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars Publishers.
- Jacyno, M. 2012. *Kultura individualismu*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- James, A., Hockey, J. 2007. *Embodying Health Identities*. Palgrave Macmillan.
- Jordan, B. 1992a. „Authoritative Knowledge and Its Construction.“ Introductory Remarks to *Symposium on Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of*

- Brigitte Jordan. Annual Meetings of the American Anthropological Association. San Francisco, 3. 12. 1992.*
- Jordan, B. 1992b. „Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge in Complex Settings.“ [online]. In *IRL Rep. IRL92-0027*. Palo Alto, CA: Institute for Research on Learning. Dostupné z: <<http://www.lifescapes.org/Papers/AK.ms.IRL27.pdf>>. [Citováno 4. 4. 2014]
- Kapr, J., Linhart, J., Fišerová, V., Vodáková, A. 1991. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: SLON.
- Keller, J. 2007. *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: SLON.
- Keller, J. 2011. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. Praha: SLON.
- Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON.
- Lupton, Deborah. 1997. „Doctors on the medical profession“. In *Sociology of Health & Illness*, Vol. 19, No. 4, pp. 480-497.
- Lupton, D. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Lupton, D. 2013. *Risk*. New York: Routledge.
- McQuail, D. 2002. *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál.
- Merton, R. K. 1957. *The Student-Physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Commonwealth Fund by Harvard University Press.
- Parusníková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví.“ In *Sociologický časopis*, 2000, Vol. 36: pp. 131-142.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- Porter, R. 2001. *Největší dobrodiní lidstva. Historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor.
- Presová, E. 2010. „Spotřeba léčiv v ČR v posledním desetiletí.“ [online]. In *Zdravotnické noviny*, Vol. 59, No. 20, pp. 17-19. Dostupné z:

- <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/spotreba-leciv-v-cr-v-poslednim-desetileti-451773>>. [Citováno 28. 3. 2014].
- Rabinow, P., Rose, N. 2003. „Foucault today.“ In *The Essential Foucault: Selections From The Essential Works of Foucault, 1954-1984*. New York: New Press.
- Rose, N. 2001. „The Politics of Life Itself.“ In *Theory, Culture & Society* 18, pp. 1-30.
- Roter, D. L., Hall, J. A. 2006. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport: Greenwood Publishing Group, pp. 40-76.
- Slepičková, L., Šlesingerová, E., Šmídová, I. 2012. „Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ In *Sociologický časopis*, Vol. 48, No. 1.
- Tinková, D. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo.
- Vávra, M. 2007. „Sociologické aspekty díla Michela Foucaulta.“ Pp. 338-359 In Šubrt, Jiří (ed.). *Historická sociologie. Teorie dlouhodobých vývojových procesů*. Plzeň: Aleš Čeněk.

7. Resumé

The aim of this paper is to make sense of how physicians perceive and look at their profession and their role in contemporary society. I have tried to understand how physicians conceptualize communication and negotiation with their patients, and what is the form of the relationship between the doctor and the patient which is currently problematic issue because of actual state policies. In this context I have focused on current functioning of health care through the eyes of physicians, and I have interested in whether physicians perceive market and consumerism elements in the Czech health care system, and whether they experience departure of patients from biomedicine. I examined the opinions and the attitudes of physicians through my research. Data were collected through semi-structured questionnaire and I realized twelve personal interviews with communication partners.

Findings from my research reveal the problem in communication between physicians and patients, influenced by patient's knowledge relating to medicine. The medicine has gone through a transformation after 1989, which results in challenging medicine as science and its authority. Components of consumerism have penetrated the medicine system, and it has affected the relationship between physician and patient, and it has changed the role of a physician, who has been in a position of „advisor“ since that. Rationalization of medicine with the bureaucratization constantly supports mistrust and challenge of medicine, and this fact is strenghtening by mass media in some patients. All of this strongly destabilizes biomedical knowledge and authority, and physicians in my research have felt this fact strongly within the interaction with patients.

8. Přílohy

8.1 Charakteristiky informátorů a informátorek

Pseudonym	Pohlaví	Věk	Vykonávání profese (v letech)	Obor	Lékařské zařízení
Doktor B.	Muž	33	8,5	Chirurg	Nemocnice
Doktor F.	Muž	40	14	Chirurg	Nemocnice
Doktor L.	Muž	35	12	Chirurg	Nemocnice
Doktor K. S.	Muž	55	29	Všeobecný praktický lékař	Soukromá ordinace
Doktor S.	Muž	45	21	Chirurg	Nemocnice
Doktorka T.	Žena	56	30	Pediatr	Soukromá ordinace
Doktorka L.	Žena	36	8	Chirurg	Nemocnice
Doktorka M.	Žena	37	14	Chirurg	Nemocnice
Doktor O.	Muž	47	22	Chirurg	Soukromá ordinace
Doktor P.	Muž	61	35	Všeobecný praktický lékař	Soukromá ordinace
Doktor K.	Muž	52	28	Rehabilitační lékař	Soukromá ordinace
Doktor Č.	Muž	49	25	Chirurg	Soukromá ordinace

8.2 Práva a povinnosti pacienta (etický kodex vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR)

Právo pacienta:

1. Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.
2. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni.
3. Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo:
 1. na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
 2. zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,
 3. vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,
 4. být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“),
 5. na
 - nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,
 - nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, je-li osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, nebo osobou s omezenou způsobilostí k

právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí,

- přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,
6. být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,
 7. znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,
 8. odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,
 9. přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak,
 10. přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech

ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

11. na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
4. zvolit si poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické zařízení.

Povinnost pacienta:

1. dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,
2. řídit se vnitřním řádem zdravotnického zařízení,
3. uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,
4. pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,
5. nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

8.3 Statistické údaje o zdravotnictví v zemích EU

Země	výdaje (v \$)	výdaje (v % k HDP)	naděje dožití v letech		počet lékařů na 10 000 obyvatel	počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel
			ženy	muži		
Lucembursko	8 798	7,7	83,6	78,5	28	56
Dánsko	6 648	11,2	81,9	77,8	34	35
Nizozemí	5 995	12	83,1	79,4	29	47
Švédsko	5 331	9,4	83,8	79,9	38	28
Rakousko	5 280	10,6	83,9	78,3	49	77
Belgie	4 962	10,6	83,2	77,9	30	65
Francie	4 952	11,6	85,1	78,4	35	69
Německo	4 875	11,1	83,2	78,4	36	82
Irsko	4 542	9,4	82,8	78,3	32	49
Finsko	4 325	8,9	83,8	77,3	29	62
Velká Británie	3 609	9,3	82,7	78,9	27	33
Itálie	3 436	9,5	84,7	79,6	35	36
Španělsko	3 027	9,4	85,4	79,4	40	32
Řecko	2 864	10,8	83,1	78,5	62	48
Portugalsko	2 311	10,4	84	77,6	39	33
Slovinsko	2 219	9,1	83,3	76,8	25	46
Kypr	2 123	7,4	81,8	77,4	26	38
Malta	1 897	8,7	83,9	80,2	31	45

Slovensko	1 534	8,7	79,8	72,3	30	65
Česko	1 507	7,4	81,1	74,8	37	71
Chorvatsko	1 138	7,8	80	73,9	26	54
Maďarsko	1 085	7,8	78,7	71,2	30	71
Estonsko	987	6	81,3	71,2	33	54
Polsko	899	6,7	81,1	72,6	22	67
Litva	875	6,6	79,3	68,1	36	68
Lotyšsko	841	6,2	78,8	68,6	30	64
Bulharsko	522	7,3	77,8	70,7	37	66
Rumunsko	500	5,8	78,2	71	23	66

Zdroj:

Údaje získány z článku „Zdravotnictví v EU v řeči čísel“. [online] Dostupné z: http://finexpert.e15.cz/zdravotnictvi-v-eu-v-reci-cisel#utm_source=zdn&utm_medium=selfpromo&utm_campaign=rsshub_page0. [citováno 4. 4. 2014]

8.4 Topic guide

I. Téma: Vnímání lékařské role

1. Jak dlouho vykonáváte tuto profesi? V jakém zaměření medicíny působíte?
2. Když jste dostudoval medicínu a začal ordinovat, pamatujete si, jaké to bylo? Například co Vám dělalo největší problémy, či jak probíhalo začlenění do zdravotního systému?
3. Měl jste nějaké představy, s nimiž jste začal vykonávat svoji profesi? Naplnily se či naopak?
4. Jak vnímáte svoji roli lékaře a lékařskou profesi obecně?

2. Téma: Vztah lékař-pacient

1. Pamatujete si, kdy jste přišel do kontaktu s pacientem poprvé? Jak toto setkání a komunikace s ním probíhala?
2. Od tohoto prvního setkání s pacientem, dokážete říct, jaké změny jste zaznamenal? Co se týče podoby vztahu mezi ním a Vámi, v komunikaci s ním či v jeho jednání?
3. Zažil jste, popřípadě zažíváte častěji, už nějaký konflikt s pacientem? Čeho se týká?
4. Jak myslíte, že by se měl chovat „správně“ pacient?
5. Když pacienti vyhledávají lékařskou pomoc, jak k Vám jako k lékaři přistupují?
6. Pokud pacient odmítne léčbu či vyšetření, jaký je na to Váš názor?

3. Téma: Medicína a společnost

1. Jaký je Váš názor na systém prevencí v současnosti?
2. Jaké je podle Vás povědomí lidí ve společnosti o prevenci a zdravému životnímu stylu?

3. Jak hodnotíte kampaně zacílené na zdravý životní styl a chránit zdraví veřejnosti?
4. Jak se podle Vás proměnila medicína od roku 1989? Spatřujete v tomto vývoji nějaká negativa či naopak pozitiva?
5. V čem je dle Vašeho názoru specifická současná medicína?
6. Vnímáte, že by docházelo k nedůvěře vůči zdravotnictví a lékařům ze strany pacientů? Proč myslíte, že tomu tak je? V čem spatřujete příčinu?
7. Existuje tvrzení, že pacienti v důsledku nedůvěry v medicínu volí různé formy alternativní medicíny. Co si o tom myslíte Vy? Jaký je Váš názor na alternativní formy léčby?