Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny*

Lenka Slepíčková a Iva Šmídová**

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita v Brně

Attitudes of Czech Physicians to the Medicine and to Challenges in Reproductive Medicine

Abstract: *Recent trends in health care provision, targeted by social science researchers employing concepts such as deprofessionalization, routinisation, proletarianisation or commercialisation, also provide insight into the current situation in the Czech healthcare system. This article contributes to debates in, and about, Czech medicine. This paper presents results from a survey of physicians conducted in late 2012. Within this survey, medical doctors expressed their opinions about the general situation in Czech medicine. Czech doctors were also asked about their opinions about the introduction of potential changes in reproductive medicine practice relating to childbirth outside hospitals, accessibility to assisted reproduction for single women, performing caesarean sections upon request. Doctors' attitudes towards medical manipulation of DNA and embryos were also examined. The survey results presented in this study suggest that there are deep gaps in the attitudes of Czech doctors depending on their working environment. The empirical results do not support an image of homogeneity in doctors' medical opinions. Czech physicians' attitudes are shown to correlate with some socio-demographic characteristics such as sex category, age or religion. The attitudes of some doctors toward assisted reproduction techniques or changes in obstetric practices are supportive of demands for change made by some patients. Physician support for change of the practices under question is more evident in medical specialisations such as gynaecology and obstetrics than in other areas of Czech medicine. Answers to open-ended questions that examined perception of the most serious problems in modern medicine were dominated by specific issues arising from experience with patients and broader concerns regarding the Czech healthcare system.*

Key words: *medical sociology, changes and problems of Czech medicine, attitudes to new technologies, profession of medical doctors.*

Data a výzkum - SDA Info 2014, Vol. 8, No. 1: 63-93.

DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2014.8.1.110>

(c) Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2014.

* Tento text vznikl v rámci projektu podpořeného Grantovou agenturou České republiky „Porody, asistovaná reprodukce a zacházení s embryi. Sociologická analýza současné reprodukční medicíny v ČR“ (GAP404/11/0621).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D., Ústav populačních studií, e-mail: lenka.slepickova@gmail.com, a PhDr. Iva Šmídová, Ph.D., Katedra sociologie, e-mail: krizala@fss.muni.cz; FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Sociologickým popisům současného vývoje lékařské profese dominují pojmy jako deprofesionalizace, rutinizace či proletarizace, které zdůrazňují oslabení či zpochybnění medicíny coby profese elitní, poskytující svým vykonavatelům specifickou autoritu a autonomii [Freidson 1988]. Lékaři ztrácejí svou tradiční moc a jejich pozice je ohrožena nárůstem počtu lékařských specializací, byrokratizací medicíny, stejně jako stoupajícím vlivem jiných subjektů (pojišťoven, farmaceutických organizací či patientských hnutí), který omezuje lékařské pravomoci [McKinlay, Stoeckle 1988]. Roste kritika každodenní lékařské praxe a také počet soudních sporů v důsledku nespokojenosti pacientů s péčí.

Dalším trendem, který se podílí na oslabení lékařských pravomocí, je komercializace medicíny. Komercializace předpokládá, že jednotlivá zařízení navzájem soupeří o přízeň klientek a klientů a že toto soutěžení vede ke zvyšování kvality služeb [Lupton 1997]. Zdravotní péče se komodifikuje, podléhá tržním mechanismům a její využívání se stále více podobá nákupu jiného zboží a služeb. Lékař tak ve svém rozhodování často balancuje mezi zájmem pacienta a zájmem zařízení, v němž pracuje [Křížová 2006].

Kromě výše popsaných změn vstupuje na scénu medicínského vyjednávání nový aktér, a to informovaný pacient či pacient v roli konzumenta, za nímž mnohdy stojí patientské organizace a také, v případě střetu, právní zastoupení. Pacienti jsou více než v minulosti připraveni hodnotit kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, racionálně se o jejich využívání rozhodovat a nést za svá rozhodnutí také více odpovědnosti [Cockerham 2009; Conrad 2007]. Díky internetu se dnes pacienti mohou snadněji dostat k informacím dříve dostupným jen lékařům, mohou také sdílet s ostatními své zkušenosti s nemocí i léčbou, včetně léčby prostřednictvím alternativní medicíny [Cockerham 2009].

Výše popsaný vývoj však nepředstavuje jednosměrný přesun moci z rukou lékařů do rukou pacientů či jiných subjektů. Řada studií dokládá, že trendy, které jsou označovány termíny jako proletarizace či deprofesionalizace medicíny¹, se dotýkají různých lékařů v různé míře, a to v závislosti na jejich věku, genderu či specializaci [Lupton 1997]. I v prostředí vysoce komercializované a byrokratizované medicíny se od lékařů očekává, že budou za všech okolností na straně pacienta [Křížová 2006] a že mezi lékařem a pacientem panuje vztah naprosté důvěry, s níž se spojuje také úspěšnost léčby a profesionalita lékaře [Evetts 2007]. Může tak docházet k paradoxní situaci, kdy poskytování zdravotní péče stále častěji sleduje tržní principy, zatímco pacienti od lékařů očekávají rozhodování založené na altruistických motivech [Lupton 2003].

Zároveň neplatí, že všichni pacienti si přejí rozhodovat o své léčbě či diskutovat s lékařem o jejích variantách. Je to především povaha diagnózy, vzdělání

1 Různé pojmy, používané k pojmenování současných změn v pozici lékaře, akcentují jejich různé dimenze: deprofesionalizace zdůrazňuje posílení konzumenské role pacienta a širší kulturní změny související s medicínou; proletarizace více reflektuje pozici lékařů coby článků v kapitalistickém systému produkce a korporatizace se týká především zmenšující se profesionality lékařů [Light, Levin 1988: 11].

či věk pacienta, které ovlivňují jeho interakci s lékařem. Řada pacientů vnímá svou pasivní pozici v komunikaci s lékařem nejen jako normální, ale i výhodnou [Lupton 1997].

Trendy zaznamenané v mezinárodním kontextu se v různé míře týkají systému zdravotní péče poskytované v českém prostředí. Situace se zde vyvíjí jinak než v západních zemích, také s ohledem na socialistickou tradici, která medicíně nastolila specifický status i podmínky. Zásadními změnami v českém zdravotnictví byly po roce 1989 privatizace ambulantní sféry, která ambulantní lékaře přiblížila podnikatelskému stavu, a nástup zdravotních pojišťoven coby hlavních protějšků poskytovatelů zdravotní péče [Křížová, 2006]. Decentralizace zdravotní péče bylo dosaženo také skrze transformaci řady nemocnic v akciové společnosti [Hřešanová, Hasmanová Marhánková 2008], což je proces, který zesílil důraz na ekonomickou efektivitu péče, téma, které se zdálo být ve spojitosti s medicínou tématem tabuizovaným [Křížová 2006]. Na druhou stranu se do popředí zájmu dostávají i práva pacientů a roste počet a vliv zájmových patientských organizací, i když v nesrovnatelně nižší míře v porovnání se západními zeměmi.

Privatizace v medicíně má na lékařskou profesi nejednoznačný dopad: „Na jedné straně představovala ohromnou výzvu a novou stimulaci pro rozvoj kvality a lékařské péče, na straně druhé vyvolala nová rizika, soutěživost a existenční znejistění“ [Křížová 2006: 115]. Roste různorodost uvnitř lékařské profese a v různých kontextech se zviditelňuje napětí mezi zákonným požadavkem bezplatné zdravotní léčby pro všechny, vázané na zdravotní pojištění, a tematizováním faktu, že lékařské služby jsou vysoce nákladné a na jejich financování by se měli podílet samotní pacienti – to odráží diskuse nad placenými nadstandardsy v medicíně nebo nad úlohou regulačních poplatků, které jejich zastánci spojují s omezením zneužívání bezplatné zdravotní péče. Snaha zajistit si přístup ke kvalitnější péči, která někdy vede k ustavení neformálních postupů (například legitimizace nadstandardní péče skrze poplatky za určité služby či „sponzorské dary“), je výrazem zájmů lékařů, ale také zájmů pacientů.

Určitá lékařská odvětví se díky možnosti komerčně využít své služby, které přesahují rámec standardní péče, dostávají do ekonomicky výhodnější pozice, a jsou proto také místem podnikatelských snah v medicíně, někdy zaměřených na zahraniční klienty. Příkladem je vedle plastické chirurgie či stomatology i reprodukční medicína, které se, mimo jiné, věnuje tento text.

Změna systému financování i organizace medicíny a zdravotní péče v českém prostředí ovlivňuje i postoje samotných lékařů a dalších aktérů. Lékařská profese se vytrvale umísťuje v čele žebříčku prestiže povolání². Respekt k lékařům se odráží i v tom, že jsou svou profesí čteně zastoupeni mezi zvolenými

2 Ve výzkumech prestiže vybraných profesí, které realizuje CVVM, zaujímá lékař opakovaně první pozici, a to s velkým odstupem před ostatními profesemi. V posledním šetření z roku 2013 mu respondenti v průměru udělili 91,5 bodů z 99 možných, profesi vědce, která se umístila na druhém místě, dali v průměru 76,3 bodů [CVVM, 2013].

poslanci, senátoři či zastupitelé v orgánech státní správy. I v médiích jsou nejviditelnější profesní skupinou, oslovanou s požadavkem expertního stanoviska k otázkám někdy zcela mimo jejich odbornost [Křížová, 2006: 123]. Příslušnost k lékařskému cechu je prestižním statusem s odkazem na délku přípravy (studium medicíny je delší než většina univerzitních programů), systém atestací, profesní organizace a v neposlední řadě i na etické nároky s výkonem lékařské profese spojenými – lékaři zacházejí se životem, zdravím a smrtí, bytím a nebytím.

Náročný výkon profese s sebou přináší jednak limity v lidské kapacitě vykonávat časově i odborně nesmírně vyčerpávající práci (a systém organizace nemocnic, služeb a kariérního postupu to v českém prostředí rozhodně neulehčuje), omezení v možnostech sladit práci s osobním (tedy i rodinným) životem, jednak nutnost vyrovnat se s nerealistickými očekáváními kladenými na současnou medicínu. To je důvod k potenciálním problémům i osobním frustracím či nepřiměřenému sebehodnocení konkrétních aktérů. Ty mohou najít svůj výraz v protestních akcích, jako byla iniciativa „Děkujeme, odcházíme“, kdy v letech 2010–2011 čeští lékaři hrozili hromadným podáním výpovědí s cílem dosáhnout zlepšení pracovních podmínek, především z hlediska financování zdravotnictví, systému pojištění, vzdělávání lékařů a také každodenní praxe v medicíně, kdy je řada zařízení udržována v chodu jen díky porušování zákoníku práce a závislosti na přesčasových hodinách lékařů. Nespokojenost a frustraci lékařských profesionálů dokládají také závěry rozsáhlého a medializovaného, byť ve vztahu k lékařské populaci nereprezentativního výzkumu Stres a syndrom vyhoření u lékařů v České republice, který proběhl ve spolupráci České lékařské komory a Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze v polovině roku 2013 a o němž samotní autoři referují pod výmluvným titulkem „Dohořívání lékařů v Čechách“ (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2013).

Téma krize, stresu a selhávání systému se objevuje v profesních periodických opakovaně. Časopis České lékařské komory Tempus Medicorum se v čísle 5 z roku 2013 obsáhle věnuje „aktuální krizi ve zdravotnictví“, a to v návaznosti na stejnojmenný parlamentní seminář. Odkazuje zejména ke krizi ekonomické, která vyvolává krizi „morální a etickou“, a tematizuje především nedostatek financí v medicíně, stárnutí lékařů, pokles kvality a dostupnosti zdravotní péče a systém financování [Kubek 2013].

Jednou z oblastí zdravotnictví, která prošla v uplynulých letech v České republice výraznými proměnami a na niž se mimo zmapování obecných trendů týkajících se všech lékařských specializací zaměřuje tato stať, je reprodukční medicína. Právě v této oblasti zdravotní péče můžeme dobře zmapovat trend komercializace zdravotnictví a roli pacienta jako zdroje zisku pro poskytovatele zdravotní péče [Hřešanová, Hasmanová Marhánková 2008]. V opozici k tradici silně medikalizovaného porodnictví socialistického Československa se, především v této oblasti reprodukční medicíny, stále více prosazuje hlas patientských hnutí a otvírá prostor pro volby samotných rodiček [Hřešanová,

Hasmanová Marhánková 2008]. Také ekonomická existence některých zařízení je podmíněna jejich úspěchem v soutěži o přízeň rodiček³, který je ovlivněn širokou škálou nabízených služeb a respektem k přáním klientek. Konzumentský přístup se výrazně prosazuje také v oblasti asistované reprodukce, která je přijímána jako stále méně stigmatizující či experimentální a riskantní cesta k početí dítěte [Slepičková, Fučík 2009]. V oblasti asistované reprodukce vznikla řada soukromých subjektů, které se snaží přilákat pacienty a konkurovat především vysokou úspěšností, osobním přístupem či výhodným ceníkem, který vyčísluje patientské platby za procedury či léky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Řada zařízení cílí na zahraniční klientelu, především díky nabídce asistované reprodukce s využitím dárcovských buněk, což je postup, který je v některých zemích zakázán.

Reprodukční medicína je příkladem oboru, který do každodenní lékařské praxe vnáší obecná etická dilemata týkající se sporných postupů a zodpovědnosti za zúčastněné subjekty (rodičku, embryo, plod, dárce zárodečných buněk, náhradní matku). Lékařům i pacientům se v této oblasti nabízí mnohem širší škála postupů, než je považováno za žádoucí, morální nebo ekonomicky efektivní. Široké možnosti reprodukční medicíny, které teoreticky značně rozšiřují reprodukční volbu, jsou omezovány jak ze strany státu, zdravotních pojišťoven, etických komisí jednotlivých zařízení, tak i neformálně – příkladem je odlišný přístup lékařů k léčbě párů s různým sociálním zázemím [Malin 2003], prekérní pozice žen odmítajících prenatální screeningy [Hasmanová Marhánková 2008] či rodiček s konkrétními představami o vlastním porodu [Hřešanová 2008] včetně postojů k účasti otců a doprovázejících osob u porodu [Šmídová 2008]. Přístup k reprodukčním technologiím a jeho širší sociální souvislosti a hodnotové pozadí je tak jedním z hlavních témat, které sociologové v této oblasti studují [Bryld 2001; Zamykalová 2003; Storow 2007; Bell 2010]. Různá pravidla pro poskytování péče v oblasti reprodukční medicíny v různých zemích jsou podnětem pro rozvoj reprodukční turistiky a zároveň ukázkou sociálně-kulturní podmíněnosti medicínské praxe.

Lékaři se v oboru reprodukční medicíny setkávají s pacienty (přesněji pacientkami), kteří k nim obvykle nepřicházejí s akutními symptomy nebo s život ohrožujícími nemocemi, zároveň však s nimi řeší situace související s radikální a nevratnou změnou v jejich životě – s rodičovstvím. Setkávají se s pacienty a pacientkami, kteří mají často jasnou představu o tom, jak má jejich porod či cesta k početí vypadat, a jsou asertivními aktéry jak v jednání s lékařem, tak ve vyhledávání informací a pracoviště, které nejlépe naplní jejich požadavky.

3 Nerovná konkurence je nastolena i mezi velkými výzkumnými pracovišti a menšími oblastními nemocnicemi. Mocenská elita v porodnictví je z řady legitimních důvodů rekrutována právě z univerzitních pracovišť a hájí své zájmy. Ve Sdružení nemocničních gynekologů a porodníků i na celostátní konferenci České gynekologicko-porodnické společnosti v Brně se roku 2012 řešilo, že by měla být zavřena všechna porodní oddělení, kde je za rok méně než 800 porodů. Mělo však jít o jediný indikátor, jak měřit kvalitu (odbornost) poskytované péče.

V oblasti asistované reprodukce se navíc jedná o pacienty, kteří za řadu zákroků sami platí, což značně ovlivňuje jejich přístup k ní [Slepičková 2009].

Reprodukční medicína je ale specifickým odvětvím medicíny nejen pro prudké proměny institucí, v jejichž rámci je prováděna. Jedná se o oblast medicíny, která se dotýká každého bez rozdílu, a diskuse nad jejími podobami, financováním a vnější regulací se vedou nejen na lékařských konferencích, na půdě parlamentu, ale také v médiích. Jsou to diskuse, které se netýkají jen práv, povinností či možností samotných pacientů či klientů (rodiček či neplodných párů, kteří podstupují asistovanou reprodukci), ale také (a především) zodpovědnosti za život a zdraví dětí, dětí počatých i těch, které mohou být díky léčbě počaty. Reprodukční medicína je tedy dynamickým polem, na němž se střetávají různé úrovně regulace a omezení přístupu k některým procedurám (oficiálním i neoficiálním), názory laiků a profesionálů, zájmy jedinců a zájmy celé populace, tradice a statisticky měřitelné úspěchy s hodnotami, jako je nezávislost či respekt k lidským právům.⁴

Následující stať je příspěvkem k debatě o situaci v současné české medicíně, založeným na dotazníkovém šetření mezi lékaři, které proběhlo na sklonku roku 2012. Kromě odpovědí na otevřenou otázku zjišťující názor na situaci v české medicíně obecně představíme analýzu týkající se názorů lékařů na problémy, které zasahují do jejich práce, a také na zavedení možných změn v praxi reprodukční medicíny. Ty byly vybrány s ohledem na aktuálně diskutované či kontroverzní praktiky, jako je porod mimo nemocnici, dostupnost asistované reprodukce pro svobodné ženy nebo možnosti manipulace s DNA embryí. Analýza uvádí do souvislostí témata medializovaná v souvislosti s lékařskou profesí, výkony lékařů a proměnami systému zdravotní péče. Ukazuje, jak jsou jednotlivé postoje lékařů strukturovány podle klíčových sociodemografických i profesních charakteristik, a jak tedy postoje a názory lékařů souvisejí s charakteristikami jich samotných nebo s charakteristikou místa, kde pracují.

Ve veřejných debatách zaznívají hlasy některých lékařů, ať už jako obhájců statu quo, nebo jeho kritiků. V českém prostředí však doposud nebylo zcela zřejmé, které z názorů reprezentují většinové postoje lékařů k tomu, co ze stávající praxe je třeba změnit či zachovat. Jakkoliv panuje obecná shoda na špatném financování zdravotnictví coby hlavním zdroji problémů, nevíme zatím mnoho ani o každodennosti lékařského života ani o postojích lékařů k aktuálním výzvám medicíny. Čeští lékaři v reprezentativním výzkumu představeném níže dostali příležitost vyjádřit se jak ke své každodennosti, tak ke stavu české medicíny, zdravotnictví a k trendům v oblasti reprodukce.

4 Pokud se jedná o lidská práva, je příznačné, že se některé spory v této oblasti dostávají k mezinárodním lidskoprávním soudům, jako například k Evropskému soudu pro lidská práva ve Štrasburku. Ten v září 2013 projednával spor dvou českých rodiček žalujících Českou republiku za nedostatečnou právní úpravu zdravotní péče u domácích porodů a neochotu českých úřadů hájit svobodnou volbu místa porodu.

V analýze vycházíme z předpokladu, že názory lékařů se liší v závislosti na věku, pohlaví, specializaci a prostředí, v němž respondenti působí (malá nebo velká nemocnice, ambulance), nebo zda působí ve státním či soukromém sektoru. S ohledem na tematické zaměření stati nás zajímala také možná specifika specializace gynekologie-porodnictví a její srovnání s ostatními lékařskými obory.

Lékaři jako objekt výzkumu

Na rozdíl od České republiky je zahraniční sociálněvědní pozornost věnovaná medicíně velmi intenzivní, dlouhodobá a systematická. V českém prostředí na- bylo téma aktuálnosti i v souvislosti s transformačními procesy po roce 1989, ale pozornost sociologie teprve otevírá dané pole širším analýzám. Zahraniční sociologický výzkum lékařů se dlouhodobě koncentruje kolem několika témat. Výzkumníci kladou důraz na socializační proces, během něž se z adeptů medicíny stávají lékaři, osvojují si jak vědomosti, tak žádoucí hodnoty, konformitu, stavovskou identitu [Lupton 2003; Shapiro 1978]. Dnes již klasickou prací zabývající se socializací lékařů je *Boys in white* [Becker et al. 1961], z níž však lze doposud čerpat inspiraci, jak to činí ve výzkumu například Brenda Beagan [2000]. Ta poukazuje na očekávání, že lékaři mají být statusově neutrální ve vztahu k pacientům a že jejich status a charakteristiky nijak neovlivní interakci s pacienty. Medicína je tedy na jednu stranu sociálně kontrolní institucí, na druhou stranu je ale založena na představě neutrálního lékaře, který se řídí jen poznatky vědy a činí vše v zájmu pacienta [Beagan 2000].

Kromě socializace lékařů je velkým tématem výzkumů interakce mezi lékařem a pacientem a zejména způsoby, jakými do této interakce vstupují sociální charakteristiky pacientů [Epstein 1996; Heritage, Maynard 2006]. Živá je také související diskuse nad nevhodnějšími metodami záznamu a analýzy komunikace mezi lékařem a pacientem [Waitzkin 1990]. Navzdory funkcionalistické představě o lékařské profesi coby objektivní a neutrální, udržující sociální a emocionální odstup od pacientů, výsledky takových studií ukazují, že sociální třída pacientů významně vstupuje do interakce s lékařem i v průběhu léčby – zatímco pacienti s vyšším statusem jsou zvyklí s lékaři více diskutovat, méně vzdělaní či znevýhodnění pacienti častěji přijímají pasivní roli v kontaktu s lékařem, nevyužívají svého konzumentského statusu a lékaři s nimi zacházejí hůře a méně osobně [Hayes, Bautista 1976]. Do lékařských rozhodnutí často vstupují morální a hodnotové soudy o pacientovi a o tom, do jaké míry je pacientem péči zasluhujícím, či ne [Stein, Stein 1990; Lupton 1997; Malin 2003]. To je ještě křiklavěji patrné v případě reprodukční medicíny, ať už jde o volbu průběhu porodu nebo zákroků u porodu, nebo typů vyšetření v průběhu těhotenství, nemluvě o technologiích spojených s asistovanou reprodukcí [Davis–Floyd, Sargent 1997; Lupton 1997; Wijma B. et al 2003; Teijlingen 2005; Malin 2003; Bell 2013].

Zkoumání lékařů je rutinní součástí sociologické praxe a sociálně vědní časopisy nabízejí výsledky výzkumů týkajících se postojů lékařů k nejrůznějším

tématům, ať už jde o alternativní medicínu, time-management, každodenní lékařskou rutinu, genderový rozměr lékařské profese atd. V mezinárodním kontextu je celkem běžné, že jsou lékaři nejen nositeli vědění, jež uplatňují na pacienty, ale sami se stávají objektem poznání, které o nich a jejich profesi přinášejí sociální a humanitní vědy. Tyto poznatky se stávají součástí systémů vzdělávání lékařů, supervize, organizace pracovišť i kariérních příležitostí.

Česká sociologie disponuje několika empirickými studiemi, tematizujícími moc medicíny a její proměny, lékařskou profesi či vyjednávání lékařů a pacientů či klientů zdravotnických služeb. Proměnám lékařské profese v České republice se věnovala Eva Křížová, která provedla kvalitativní i kvantitativní výzkum lékařů i studentů lékařských fakult, v němž se zaměřila na jejich socializaci a identifikaci s rolí, spokojenost s prací, konflikty mezi prací a soukromým životem atd. [2006]. Z výpovědi lékařů jako ze základního empirického materiálu vycházela Lenka Zamykalová, která se zabývala definováním hranic normality v prostředí asistované reprodukce [Zamykalová 2003]. Jaroslava Hasmanová Marhánková se věnovala ženám odmítajícím rutinní screeningová vyšetření v těhotenství a souvisejícím konfliktům a konstruováním rizik [Hasmanová Marhánková 2008]. Iva Šmídová analyzovala roli aktérů v institucionalizaci porodu [Šmídová 2008], Lenka Slepíčková se věnovala tématu léčby neplodnosti a přístupům lékařů i příjemkyní a příjemců péče k ní [2009]. Radka Dudová zkoumala diskurzní proměny přístupu k interrupcím a princip governmentality v českém systému lékařské a zdravotnické péče [Dudová 2012]. Karel Čada zaměřil svou pozornost na lékovou politiku v kontextu dvou procesů, které charakterizují dvousměrný vztah mezi společností a medicínou – medikalizaci společnosti a socializaci medicíny [Čada 2009]. V oblasti reprodukční medicíny se na lékařskou profesi a interakci mezi lékaři a klientkami zdravotnických služeb zaměřila i Ema Hřešanová v rámci etnografického výzkumu kultury porodnic [2008]. Přehled dalších tematických výzkumů z českého prostředí i možné teoretické rámce k sociologickému uchopení transformace medicíny jako profese, a té reprodukční zvláště, pak nabízí přehledová stať autorek Slepíčkové, Šlesingerové a Šmídové [2012]. K těmto zatím v českém kontextu stále spíše ojedinělým výzkumným sondám nabízíme další příspěvek, zabývající se lékařskou profesí i praxí, jejíž proměny i podoba si rozhodně zaslouží důkladnější badatelskou pozornost.

Pokusem o reflexi aktuálních trendů v medicíně, která vychází zevnitř lékařské profese samotné, je již zmíněný výzkum Stres a syndrom vyhoření u lékařů v České republice (Česká lékařská komora a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2013). Ač pro způsob výběru vzorku může být nejpřesněji nazván anketou, a výsledky tak nejsou reprezentativní (dá se předpokládat vyšší účast nespokojených lékařů), na výzvu k účasti reagovalo více než sedm tisíc českých lékařů (ČLK má zhruba 49,5 tisíc členů), a závěry tak mají určitou vypovídací schopnost o situaci v české medicíně. Zúčastnění lékaři kritizovali zejména pracovní podmínky (přetížení administrativou, ale i šikanu atd.) a tematizovali stresující povahu své profese a vlastní vyhoření [Ptáček, Raboch 2013].

Metodologie

V analýze byla použita data získaná v rámci pravidelného omnibusového šetření společnosti Inres - Sones, v.o.s., zaměřeného na výzkum názorů a postojů lékařů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví. Toto šetření obsahuje vždy dva typy otázek – otázky týkající se obecně problematiky zdravotnictví v České republice, názorů na vývoj a současný stav zdravotnictví a otázky týkající se konkrétních aspektů výkonu lékařské profese. Otázky v dotazníku, jimž se věnuje tento text, byly formulovány samotnými autorkami a do omnibusového šetření zařazeny jednorázově. Nástrojem sběru dat byl dotazník, který byl administrován technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Dotazník obsahoval celkem 53 otázek a řadu filtrů, respondenti tedy obvykle odpovídali na menší počet otázek.

Do výběrového souboru bylo zařazeno celkem 1200 lékařů z celé České republiky vybraných kvótním výběrem. Jeho složení z hlediska jednotlivých sociodemografických znaků bylo voleno tak, aby odpovídalo struktuře základního souboru lékařů České republiky. Parametry výběrového souboru byly konstruovány na základě údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky při Ministerstvu zdravotnictví ČR platných k 31. prosinci 2010. Výběrový soubor je pro lékaře České republiky reprezentativní z hlediska pohlaví, věku, způsobu výkonu profese (lékaři – zaměstnanci a soukromí lékaři) a regionu⁵. Není však reprezentativní z hlediska oborové specializace, takže analytické zaměření na oblast reprodukční medicíny může v tomto smyslu nabídnout spíše jen tušené souvislosti a formulaci výzev a otázek pro budoucí výzkumy. Výběrový soubor byl tvořen třemi základními skupinami lékařů z hlediska oboru – praktickými lékaři pro dospělé, kteří tvořili 28,4 % lékařů ve vzorku, praktickými lékaři pro děti a dorost, kteří tvořili 17,5 % lékařů ve vzorku, a lékaři ostatních oborů (lékaři specialisty), kteří měli ve vzorku 54,1% zastoupení.⁶ Pro specifičnost své specializace nebyli dotazováni zubní lékaři.⁷

5 Odchyłka od základního souboru u kategorie pohlaví byla rovna 0, u věku měla hodnotu nižší než 0,2 roku; u způsobu výkonu lékařské profese byla nižší než 1 % a u rozložení respondentů podle krajů byla odchyłka od základního souboru nižší než 0,2.

6 Pro naši analýzu je užitečné znát poměr zastoupených gynekologů a porodníků. Ti tvořili (159 z 1200) 13,25 % vzorku, přitom podle údajů ÚZIS (www.uzis.cz) jich je mezi lékařskými specializacemi asi 6,3 %.

7 Výzkum proběhl v listopadu a prosinci roku 2012. V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 1528 náhodně vybraných lékařů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví, podmínkám výkonu lékařské profese, k otázkám léků a lékové politiky a zdravého způsobu života pacientů. Rozhovor odmítlo poskytnout 328 lékařů, tj. 21,5 % všech oslovených. Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska proměnné pohlaví signalizuje větší ochotu lékařek – žen zapojit se do výzkumu. Podíl jednotlivých kategorií dle pohlaví i věku napovídá, že ochotněji se do výzkumu zapojila věková skupina 30–39 let a nejstarší věkové kategorie (z hlediska porovnání s jejím podílem ve výběrovém souboru). Z hlediska důvodů byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (uvedlo 52,2 % respondentů). Druhou nejčastější příčinou byl nezáměr o účast či lhostejnost k výzkumu, nedůvěra k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu (25,7 %), 11,4 % re-

Předložená analýza se zaměřuje na tři tematické oblasti – na to, s jakými problémy se lékaři profesionálové ve své každodenní praxi setkávají (ve vztahu k předem vymezeným oblastem), jak hodnotí stav současné medicíny (zde mohli neuralgické body své každodenní praxe či systému poskytování zdravotních služeb pojmenovávat respondenti samotní) a jaký mají názor na určité postupy v oblasti reprodukční medicíny. Jedná se o postupy, které představují debatované (nové či nepovolené) praktiky v reprodukční medicíně jako jedné ze specializací, v níž probíhají turbulentní změny zasahující nejen do biomedicínské praxe (nové technologie), ale i do našich představ o příbuzenství nebo vymezení etických hranic možností medicíny a výzev pro formování státní zdravotní politiky. V analýze jsme vycházely ze tří rozsáhlých otázek, které dotazník na základě našeho zadání (zakázky) obsahoval: jedná se o otázku zjišťující míru vlivu nabídnutých faktorů na každodenní praxi respondentů, baterii vybraných postupů v oblasti reprodukční medicíny, u níž se měli respondenti vyjádřit, zda by podle nich měly být oficiálně nabízeny, a z otevřené otázky dotazující se na to, co respondenti považují za největší problém současné medicíny.

Tyto tři okruhy témat byly zvoleny se zřetelem k absenci strukturovaných dat vypovídajících o postojích lékařů k možnostem výkonu své profese s ohledem na základní sociodemografické charakteristiky, ale i místo výkonu práce. Tuto povahou především deskriptivní analýzu tedy nabízíme širšímu odbornému publiku jako odrazový můstek, který pojmenovává klíčová témata a postihuje základní souvislosti týkající se vztahu současných českých lékařů ke své profesi jako takové i k jejím velmi konkrétním aspektům.

Problémy zasahující do výkonu lékařské profese

V rámci dotazníkového šetření byl lékařům předložen soubor jedenácti vybraných problémů, u kterých měli uvést, zda zasahují do jejich každodenní práce (na třibodové škále ano, jak kdy, ne). Výsledky jsou zobrazeny v následujícím grafu 1.

Dle rozložení varianty „ano“ vidíme, že lékaře trápí především byrokracie, stále větší přímá zodpovědnost a bezmoc vůči utrpení a nemocem. Za další relativně palčivé problémy, ve srovnání s ostatními nabídnutými, považují nedostatek důvěry ze strany pacientů nebo jejich přílišná očekávání (varianta „jak kdy“ v obou případech problémovost těchto jevů v očích lékařů zvyšuje). Šikanu na pracovišti či omezování nadřízenými a špatné vztahy v kolektivu označili lékaři ve srovnání s ostatními problémy jako jev, který nejméně zasahuje do výkonu jejich profese, přesto se však ukazuje, že se jedná pro 5 % lékařů o zásadní a pro celkových 15 % minimálně občasný jev, o kterém otevřeně přiznávají, že jim práci komplikuje.

spodně uvedlo jako příčinu odmítnutí skutečnost, že dotazník je příliš dlouhý, 4,3 % oslovených se výzkumů zásadně neúčastní, 2,9 % respondentů požadovalo za rozhovor finanční odměnu, zbývajících 3,5 % uvedlo jiné důvody (obavy ze zneužití, přílišná administrativa, nedostatek zkušeností s výzkumy), nebo příčinu odmítnutí neuvedlo.

Graf 1. Zasahují následující problémy výrazně do výkonu vaší práce? (v procentech, seřazeno podle součtu odpovědí „ano“ a „jak kdy“)

Poznámka: Plné varianty odpovědí byly nabízeny v následujícím znění: mnoho byrokracie; přepracovanost a únava; přílišná očekávání pacientů; stále větší přímá zodpovědnost a riziko soudních konfliktů; bezmoc vůči některým nemocem, bolesti, utrpení a smrti; nedostatek času na komunikaci s pacienty; nedostatek času na profesní rozvoj; nedostatek důvěry ze strany pacientů; omezení nadřizenými; špatné vztahy v kolektivu; šikana na pracovišti.

V analýze jsme zjišťovaly vliv kategorií pohlaví, věk, obor, sektor působení a způsob výkonu profese na postoje lékařů k problémům české medicíny. Pro přehlednost jsou základní orientační výsledky rozděleny do čtyř následujících tabulek. První ukazuje rozložení faktorů (postojů k problémům) podle způsobu výkonu lékařské profese (soukromá praxe nebo ambulantní zařízení, malé či větší nemocnice⁸), druhá dále podle oboru profese (pro účely našeho vymezení zaměřením pro gynekologu a ostatní zastoupené profesní specializace, jde však o nereprezentativní ukazatele). Třetí a čtvrtá tabulka ukazují rozložení podle kategorií pohlaví a věku. Statisticky významné rozdíly jsou označeny zabarvením daného pole.

Jak vidíme v tabulce 1, významnou diferencující proměnnou v názorech lékařů na problémy ovlivňující jejich každodenní praxi je především způsob výkonu lékařské profese (tedy to, zda je lékař soukromým lékařem, zaměstnancem ambulance či různě velké nemocnice). Většinu problémů vnímají jako více zasahujících do každodenní práce zaměstnanci velkých nebo fakultních nemocnic. Ti si ve srovnání se svými kolegy v ambulancích či menších nemocnicích stěžují statisticky významně častěji na přepracovanost a únavu, nedostatek času na komunikaci s pacienty, na přímou zodpovědnost, mnoho byrokracie, omezení nadřízenými či bezmoc vůči bolesti, utrpení a smrti. Soukromí lékaři naopak řadu položek označili za jevy, které do jejich každodenní práce nezasahují. Tyto výsledky jsou očekávatelné a ukazují na rozdílnost uvnitř lékařské profese, kterou posílily privatizační změny v české medicíně po roce 1989 [Křížová, 2006]. Rozdíly však mohou být dány i povahou náplně práce, která se do postojů nakonec též promítá. Typicky pak lze faktor vyšší míry bezmoci vůči nemocem u nemocničních lékařů pochopit tak, že se častěji než ambulantní lékaři setkávají se závažnějšími zdravotními stavy, stejně jako nižší míru omezení nadřízenými u soukromých lékařů prostým faktem, že nadřížené nemají.

Při oborovém srovnání (viz tabulku 2) vidíme, že lékaři pracující v gynekologii a porodnictví negují častěji než jejich kolegové z jiných oborů vliv přepracovanosti a únavy, nedostatku času na komunikaci s pacienty či přemíry byrokracie na svou práci.

Pokud se podíváme na výsledky s pomocí třídění dalších stupňů a podle sektoru působení (soukromá praxe, zaměstnanecký status a velikost nemocnice), nabízí se barvitější perspektiva.⁹ Stále platí, že soukromí gynekologové deklarují menší přetíženosť než ostatní specializace v soukromé praxi ve výzkumném vzorku. Překvapivě to ovšem možná platí i pro gynekology (a po-

8 Kategorie způsobu výkonu lékařské profese používáme v podobě, jak byly nastaveny v omnibusu společnosti Inres - Sones.

9 Připomínáme však, že výzkumný vzorek není reprezentativní podle lékařských specializací, navíc třídění vyšších stupňů rozměňuje představené kategorie do segmentů s opravdu malým sycením. Dále v textu tohoto oddílu pracujeme pouze s výsledky, kde byly hodnoty adjustovaného rezidua vyšší než 2.

Tabulka 1. Zasahují následující problémy výrazně do výkonu vaší práce? Srovnání lékařů podle způsobu výkonu lékařské profese

		Soukromý lékař	Zaměstnanec ambulantního zařízení	Zaměstnanec malé nebo střední nemocnice	Zaměstnanec velké nebo fakultní nemocnice
Přepracovanost a únava	ano	26,7**	26,3	37,2*	39,5**
	jak kdy	55,5	53,1	48,6	51,4
	ne	17,8*	20,6	14,2	9,1**
Nedostatek času na komunikaci s pacienty	ano	22,2***	31,3	29,4	37,7***
	jak kdy	46,7	41,9	44,5	42,8
	ne	31,1*	26,9	26,1	19,6**
Nedostatek důvěry ze strany pacientů	ano	7,9*	15*	11,5	10,5
	jak kdy	39,9	48,8	41,7	45,3
	ne	52,2**	36,3**	46,8	44,2
Nedostatek času na vlastní profesní rozvoj	ano	18,7*	21,9	21,1	30,8**
	jak kdy	44,9	47,5	45,9	48,2
	ne	36,4**	30,6	33	21***
Mnoho byrokracie	ano	52,7	46,9	49,5	56,5
	jak kdy	31,5	34,4	30,3	34,8
	ne	15,8	18,8	20,2*	8,7**
Přílišná očekávání pacientů	ano	23,4	27,5	22	30,1*
	jak kdy	56,2	44,4*	59,2	50,7
	ne	20,3	28,1*	18,8	19,2
Omezení nadřízenými	ano	7,3***	25***	17,4	17,8*
	jak kdy	23,1***	34,4	37,6	53,6***
	ne	69,6***	40,6*	45*	28,6***
Šikana na pracovišti	ano	3,7	5	3,7	6,5
	jak kdy	7***	18,8*	12,8	17,8**
	ne	89,4***	76,3*	83,5	75,7**
Stále větší přímá zodpovědnost a riziko	ano	39,4	35,6	39	45,7*
	jak kdy	34,6	39,4	37,6	40,2
	ne	26*	25	23,4	14,1**
Špatné vztahy v kolektivu	ano	5,1*	8,8	4,1	11,6**
	jak kdy	14,3***	28,1*	24,8	31,5***
	ne	80,6***	63,1*	71,1	56,9***
Bezmoc vůči některým nemocem, bolestí, utrpení, smrti	ano	30,8	36,9	27,5	38*
	jak kdy	45,4	45	43,1	44,2
	ne	23,8	18,1	29,4*	17,8*

Poznámka: Počet hvězdiček značí hodnotu adjustovaného rezidua: * hodnotu 2–2,9, ** hodnotu 3–3,9, *** hodnotu 4 a více.

Tabulka 2. Zasahují následující problémy výrazně do výkonu vaší práce? Srovnání gynekologů a porodníků a ostatních specializací

		Gynekologové, porodníci	Ostatní
Přepřacovanost a únava	ano	21,4	33
	jak kdy	52,8	53
	ne	25,8*	13,9*
Nedostatek času na komunikaci s pacienty	ano	23,9	28,9
	jak kdy	38,4	45,7
	ne	37,7**	25,4**
Nedostatek důvěry ze strany pacientů	ano	9,4	10,2
	jak kdy	38,4	43,3
	ne	52,2	46,5
Nedostatek času na vlastní profesní rozvoj	ano	20,1	22,7
	jak kdy	43,4	46,6
	ne	36,5	30,7
Mnoho byrokracie	ano	45,3	53,3
	jak kdy	31,4	32,6
	ne	23,3**	14,1**
Přílišná očekávání pacientů	ano	23,3	25,6
	jak kdy	50,9	54,4
	ne	25,8	20,1
Omezení nadřízenými	ano	11,3	14,3
	jak kdy	26,4	35,4
	ne	62,3	50,2
Šikana na pracovišti	ano	3,1	4,7
	jak kdy	6,9	12,9
	ne	89,9	82,4
Stále větší přímá zodpovědnost a riziko	ano	40,3	40,2
	jak kdy	29,6	38,2
	ne	30,2	21,5
Špatné vztahy v kolektivu	ano	6,9	6,9
	jak kdy	21,4	22,1
	ne	71,7	71
Bezmoc vůči některým nemocem, bolesti, utrpení, smrti	ano	34,6	32,4
	jak kdy	40,9	45,2
	ne	24,5	22,4

Poznámka: počet hvězdiček značí hodnotu adjustovaného rezidua: * hodnotu 2–2,9, ** hodnotu 3–3,9, *** hodnotu 4 a více.

rodníky) v menších nemocnicích ve srovnání s ostatními obory (3,2 adj. rez.). Nečekaně proto, jak často se setkáváme s mediálními obrazy lékařů porodníků jako účastníků soudních sporů za pochybení při porodu, z nichž se nejznámější kauzy odehrály právě v oblastních nemocnicích.

Lépe jsou na tom v malých nemocnicích i s množstvím času na komunikaci s pacienty, zatímco ve velkých nemocnicích se poměr obrací pro kategorii odpovědi „jak kdy“ – gynekologové a porodníci ve vzorku výrazně častěji než jiné specializace deklarují občasně situace, kdy na komunikaci s pacienty dostatek času nemají. Zároveň soukromí gynekologové a porodníci výrazně méně než ostatní specializace zastoupené ve vzorku trpí přemírou byrokracie, což platí i pro oborové zaměstnance v ambulantních zařízeních. Výsledky naznačují, že je obor gynekologie a porodnictví asi také méně často než jiné specializace v menších nemocnicích zatížen šikanou, ale i dolehnutím vyšší přímé zodpovědnosti a rizikem soudních sporů. Tyto náznaky je však třeba ještě lépe ukotvit v nových výzkumech a datových vzorcích reprezentativních i pro oborové specializace.

Analýza ukázala překvapivě málo statisticky významných rozdílů v pohledu mužů a žen na každodenní práci (viz tabulku 3). Ženy si o něco méně často než muži stěžují na byrokracii a omezení nadřízenými (ale rozdíly nejsou velké). Může se jednat spíše o akceptaci dané zátěže než reálně menší zátěž v každodenním pracovním životě žen-lékařek. V případě omezení ze strany nadřízených je třeba věnovat pozornost systematickému znevýhodnění žen na trhu práce. A zároveň fakt, že muži se častěji nacházejí v postech s formální zodpovědností, mohl ovlivnit jejich postoj k zásahům do svobody svých lékařských rozhodování.

Při podrobnějším pohledu se ukazuje, že lékařky zaměstnané ve velkých nemocnicích ve výzkumu uvedly, častěji než jejich kolegové, že se jich týká přetížení a únava. Muži-lékaři v malých nemocnicích rezolutněji než lékařky odmítají jako problém zasahující do každodenního výkonu jejich profese nedostatek důvěry ze strany pacientů, zato se častěji než jejich kolegyně setkávají s přílišným očekáváním pacientů, alespoň to tak reflektují ve svých odpovědích. A jsou to soukromí lékaři muži, kdo častěji než soukromé lékařky deklarují přetížení byrokracií a méně často negují omezení nadřízenými (soukromé lékařky častěji než jejich kolegové uváděly, že omezení nadřízenými nezasahují výrazně do výkonu jejich práce). Za další významný rozdíl lze považovat rozdíl v postojích k bezmoci vůči některým nemocem, bolesti a utrpení u lékařů a lékařek. Jak mezi zaměstnanci středních, tak fakultních nemocnic platí, že tento faktor lékařky vnímají jako výraznější zásah do výkonu lékařské praxe než jejich kolegové.

Pokud se podíváme na odpovědi lékařek a lékařů navíc se zohledněním jejich věku (viz tabulku 4), možná překvapí, že nejvýrazněji odmítá přepracovanost a únavu zřejmě nejmladší kategorie žen (do 34 let hodnota adjustovaného rezidua přes 2). Ženy však častěji než muži deklarují problém s časem na osobní rozvoj, a to zejména v kategorii mladšího středního věku (35–49 let). Nabízí se interpretace vyšším zatížením žen v soukromé sféře života v tomto věkovém období života.

Nejstarší kohorta mužů nejčastěji odmítá, že by přílišná očekávání pacientů výrazně zasahovala do každodenního výkonu jejich profese. Množství byro-

Tabulka 3. Zasahují následující problémy výrazně do výkonu vaší práce? Srovnání lékařů podle pohlaví

		Muži	Ženy
Přepracovanost a únava	ano	33,2	30
	jak kdy	50,3	55,4
	ne	16,6	14,6
Nedostatek času na komunikaci s pacienty	ano	26,6	29,7
	jak kdy	44	45,4
	ne	29,4	24,9
Nedostatek důvěry ze strany pacientů	ano	10	10,2
	jak kdy	43	42,4
	ne	47,1	47,4
Nedostatek času na vlastní profesní rozvoj	ano	23,5	21,3
	jak kdy	46,5	45,9
	ne	29,9	32,9
Mnoho byrokracie	ano	55,8*	49,1*
	jak kdy	30,7	34
	ne	13,5	16,9
Přílišná očekávání pacientů	ano	25,3	25,2
	jak kdy	55,4	52,6
	ne	19,3	22,2
Omezení nadřízenými	ano	15,5	12,5
	jak kdy	37,1	31,8
	ne	47,4*	55,7*
Šikana na pracovišti	ano	5,2	3,9
	jak kdy	12,7	11,6
	ne	82,2	84,5
Stále větší přímá zodpovědnost a riziko	ano	41	39,6
	jak kdy	36,7	37,4
	ne	22,3	23
Špatné vztahy v kolektivu	ano	8	5,9
	jak kdy	21,6	22,4
	ne	70,4	71,7
Bezmoc vůči některým nemocem, bolesti, utrpení, smrti	ano	30,1	34,9
	jak kdy	45,3	44,1
	ne	24,6	21

Poznámka: počet hvězdiček značí hodnotu adjustovaného rezidua: * hodnotu 2–2,9, ** hodnotu 3–3,9, *** hodnotu 4 a více.

kracie vnímané jako problém nesleduje žádný vzorec v závislosti na pohlavní kategorii v souvislosti s věkem, zatímco omezení nadřízenými lze z dat číst jako záležitost, kterou nepopírá nejmladší kohorta respondentů, a to jak lékařek, tak lékařů. Tento postoj se obrací u žen v kategorii 50–59, které, častěji než by se dalo očekávat, deklarují, že omezení nadřízenými nevnímají jako zásadní problém.

Tabulka 4. Zasahují následující problémy výrazně do výkonu vaší práce? Srovnání lékařů podle věku

		Věk			
		25–34	35–49	50–59	60+
Přepřacovanost a únava	Ano	27,7	29,5	35*	33,8
	jak kdy	52,5	55,9	52,9	47,3
	Ne	19,8	14,6	12,1	18,9
Nedostatek času na komunikaci s pacienty	Ano	31,2	29	26,9	25,9
	jak kdy	39,1	46,8	47,7	40,8
	ne	29,7	24,2	25,4	33,3
Nedostatek důvěry ze strany pacientů	ano	10,4	10,6	8,7	10,9
	jak kdy	45,5	41,9	41	44,3
	ne	44,1	47,5	50,3	44,8
Nedostatek času na vlastní profesní rozvoj	ano	26,2	23,1	20,5	19,9
	jak kdy	41,6	49,9*	46	42,8
	ne	32,2	27,1*	33,5	37,3
Mnoho byrokracie	ano	54	52,5	54	46,8
	jak kdy	31,2	31,3	32,1	36,8
	ne	14,9	16,2	13,9	16,4
Přílišná očekávání pacientů	ano	28,7	24,8	23,7	25,4
	jak kdy	52,5	56,5	52,6	51,7
	ne	18,8	18,6	23,7	22,9
Omezení nadřízenými	ano	17,8*	13,7	14,2	10
	jak kdy	40,6*	35,9	31,5	28,9
	ne	41,6**	50,3	54,3	61,2*
Šikana na pracovišti	ano	2,5	4,4	6,1	4
	jak kdy	14,9	10,4	14,5	9
	ne	82,7	85,1	79,5	87,1
Stále větší přímá zodpovědnost a riziko	ano	43,1	41,7	37,9	38,3
	jak kdy	38,1	35,5	38,4	37,3
	ne	18,8	22,8	23,7	24,4
Špatné vztahy v kolektivu	ano	4,5	8	8,4	4,5
	jak kdy	32,2**	19,3	20,8	19,9
	ne	63,4*	72,7	70,8	75,6
Bezmoc vůči některým nemocem, bolesti, utrpení, smrti	ano	32,7	32,8	31,8	33,8
	jak kdy	43,6	44,1	46,5	43,8
	ne	23,8	23,1	21,7	22,4

Poznámka: počet hvězdiček značí hodnotu adjustovaného rezidua: * hodnotu 2–2,9, ** hodnotu 3–3,9, *** hodnotu 4 a více.

Genderové rozdíly jsou patrné také u lékařů pracujících ve stejných sektorech. Ženy zaměstnané ve velkých a fakultních nemocnicích častěji než muži pracující tamtéž připouštějí, že přepřacovanost a únava občas komplikuje jejich práci. Rozdíl podle pohlavní kategorie se projevuje i v postojích k důvěře ze strany pacientů, a to v prostředí malých a středních nemocnic – zatímco lékaři

se zde potýkají s problémem přílišných očekávání pacientů a také jejich malou důvěrou vnímají jako problém, lékařky tyto faktory pro svůj výkon profese nevnímají jako zásadní.

Na mnoho byrokracie více poukazují soukromí lékaři muži než ženy, ve stejném sektoru muži také méně negují omezení nadřízenými ve srovnání s lékařkami. Vzhledem k tomu, že soukromí lékaři nadřízené spíše nemají, je možné, že výpovědi lékařů-mužů zde odrážejí jejich kritický postoj k vnějším omezením a celkovému nastavení systému lékařské péče nebo obecně menší spokojenost s podmínkami v profesi. Ve všech typech nemocnic naopak lékařky ve srovnání s lékaři uvádějí jako zásadní profesní problém situace bezmoci vůči nemoci, bolesti a utrpení.

Jak lze z tabulky vyčíst, znevýhodnění se může dotýkat i lékařů mladších věkových kategorií. Při srovnání lékařů podle věkových skupin vidíme, že se od ostatních odlišuje především skupina nejmladších lékařů, kteří za problém pro svou každodenní práci vnímají podstatně častěji než jejich starší kolegové nedostatek času na profesní rozvoj, omezení nadřízenými i špatné vztahy v kolektivu, což je patrně následkem fáze v profesní dráze (nutnost získávání atestací, nižší posty v lékařské hierarchii), ale také střetem očekávání a reality lékařské praxe, ke které dochází po studiu. Statisticky významné rozdíly, které by sledovaly nějaký vzorec ve vztahu k věku lékařů (například výraznou odlišnost názorů nejstarších lékařů na problémy v medicíně), však v datech nalezeny nebyly.

Při detailnějším pohledu na zásadní problémy pro výkon lékařské profese z hlediska věku a podle sektoru působení (soukromý lékař, zaměstnanec ambulantního zařízení, zaměstnanec menší a velké nemocnice) lze odkrýt i další spojitosti.¹⁰ Zaměříme se na ty kategorie problémů, které výše v tabulce vyšly dle hodnoty adjustovaného rezidua jako hodny pozornosti. Pokud se jedná o přepracovanost a únavu, pak ji nejméně jako problém pociťuje nejmladší věková kategorie lékařů (do 34 let) v malé nebo střední nemocnici a také lékaři nad 60 let tamtéž. Jako problém ji, podle hodnoty adjustovaného rezidua, prezentují statisticky významně častěji zaměstnanci ambulantních praxí ve věkové kategorii 50–59 let. Nedostatek času na vlastní profesní rozvoj pociťuje zejména mladší střední generace soukromých lékařů (35–49 let), zatímco respondenti o věkovou kohortu výše (50–59 let) naopak silněji tuto bariéru odmítají. Ambivalentní postoj („jak kdy“) prezentovali nejmladší soukromí lékaři. Pokud bychom měly tato data interpretovat, zdá se, že časová souběžnost soukromého podnikání s etapou životní dráhy, která je věnována také rodin-

10 Znovu pracujeme s hodnotami adjustovaného rezidua. Četnosti při takto rozdrobeném třídění v některých kategoriích však již byly opravdu malé. Je tedy žádoucí zvážit uvedené údaje spíše pro jejich informativní hodnotu než jako důkaz jasné příčinné souvislosti. Detailní pohled odhalil relativně vysoké hodnoty adjustovaného rezidua i u proměnných (variant odpovědí), kde se v agregovaném pohledu (třídění nižšího stupně uvedené v tabulce 4) vztah neobjevil. Interpretace výskytu těchto souvislostí by však byla příliš málo podložená, proto se do ní v tomto textu nepouštíme.

nému životu (nejčastěji) s malými dětmi, je stresující. Ambivalentní postoj k tématu možnosti profesního rozvoje zastávají, zdá se, nejstarší zaměstnanci velkých nemocnic. Ve věku 60+ jsou buď zcela na vrcholu, nebo naopak už sklonku profesní dráhy a vlastní profesní rozvoj tak už některé tolik netíží.

Co se týče struktury proměnné omezení nadřízenými, ani detailnější pohled neodhalil koncentraci podle sektoru působení. A nakonec, pokud se jedná o špatné vztahy v kolektivu, na ty podle výpovědí nejčastěji narážejí nejmladší lékaři malých, středních i velkých nemocnic.

Profesní seniorita a relativně dlouhý socializační proces do lékařské profese popisovaný v zahraničních výzkumech však nacházejí svůj odraz i v českých datech. A také tato oblast výkonu lékařské profese si zasluhuje důkladnější badatelskou pozornost v budoucnu.

Největší problém současné medicíny očima lékařů

Nyní se budeme věnovat otázce, u níž jsme lékařkám a lékařům ponechali prostor k vlastním odpovědím. Ptali jsme se lékařů, co je podle nich, kromě nedostatku financí, hlavním problémem současné medicíny. Odpovědi na tuto otázku tak tvoří komplementární obraz k výsledkům předchozí analýzy, v níž se respondenti vyjadřovali k sadě předem vymezených témat.¹¹ Vzorek lékařů (1200) formuloval ve svých odpovědích 1458 různých oblastí, které jsme roztrídili do 40 kategorií. Nejčetněji zastoupené kategorie jsou zobrazeny v grafu 2 na následující straně.¹² Jak je z něj patrné, lékaři spatřují hlavní problém medicíny jak ve své každodenní praxi (komunikaci s pacienty, administrativní zátěží), tak na rovině systémové (chaos, korupce, nekonceptnost ve vedení zdravotnictví, nedostatek lékařů, špatný systém vzdělávání). Vysoko na žebříčku problematických aspektů své profese řadí lékaři pacienti. Do nich projektují profesní nesnáze, které však mohou být různého původu.

Lékaři dále často zmiňovali systémové problémy medicíny, především chaotické a nekonceptní řízení, fluktuaci ministrů, nedostatek vize či překotně zaváděné změny. Podobně jako ve výše představené otázce dále vyzdvihovali zátěž související s administrativou a byrokracií a s vlastním přetížením („málo odpočinku“, „pracovní doba“). Stěžovali si také na problémy a překážky na straně zdravotních pojišťoven. Přímo korupce či tunelování byly zmíněny jen 3,9 % respondentů, navzdory laické představě, že se jedná o jeden z hlavních problémů v medicíně.

11 Tato otevřená otázka v posloupnosti dotazníku předcházela otázce, v níž byly možnosti předem vymezeny, a odpovědi respondentů tak jimi nebyly předem ovlivněny.

12 Pořadí jednotlivých kategorií problémů současné medicíny vyjadřuje arbitrární volby výzkumníků ohledně kategorizování jednotlivých výpovědí. Nejedná se tedy o jednoznačně dané a kvantifikovatelné pořadí, ale o souhrn hlavních témat, na která lékaři kladli ve svých odpovědích důraz. Při rozhodnutí strukturovat kategorie jinak by se jejich pořadí proměnilo, ale obsahově by k zásadní změně nedošlo.

Graf 2. Odpovědi na otevřenou otázku „Co, kromě nedostatku financí, považujete za největší problém současné medicíny?“ (procento respondentů volících daný typ odpovědi)

Graf 3. Struktura odpovědí týkajících se pacientů (otázka „Co, kromě nedostatku financí, považujete za největší problém současné medicíny?“; N = 158)

Odpovědi na tuto otázku se zdráháme kategorizovat podle dalších znaků, jako je lékařská specializace nebo i sektor působení. Jednak by to byla metodologicky nesnadná práce, jednak lékaři často odpovídali obsáhleji a při kategorizaci tak jejich varianta odpovědi figuruje ve více položkách, které v rámci analýzy tvoří ony shluky (kategorie) jmenovaných problémů. Podívejme se nyní podrobněji alespoň na strukturu odpovědí týkajících se zmíněné položky problémů na straně pacienta. Její grafický přehled je znázorněn v grafu č. 3. Vidíme, že lékařům na jejich pacientech vadí především chování, které označují jako nekázeň a nespolupráci („lidé nechťejí převzít zodpovědnost za své zdraví“, „neochota pacientů změnit životní styl“) a neinformovanost či zkreslené informace („špatná informovanost mezi lidmi“), za jejichž hlavní zdroje lékaři označují internet („názory pacientů, které čerpají z internetu“) a také televizní pořady („zkreslený pohled na lékaře ze seriálů“). Vadí jim nedůvěra pacientů, ale zároveň i přílišná očekávání („občané chtějí po lékařích více a více“). Dá se předpokládat, že všechny tyto problémy spolu souvisejí a jsou odrazem proměn ve vztahu mezi lékařem a pacientem v současné společnosti. Na jedné straně přestávají být lékaři přijímáni jako bezvýhradná autorita a jediný zdroj informací o nemoci, což může vyústit v konflikty vnímané jako problém nezodpovědných pacientů, kteří „se neřídí radami lékaře“, případně jsou „zhýčkaní“. Vstup informovaného pacienta, který se spíše než závislým klientem cítí být asertivním konzumentem zdravotní péče, na scénu vyjednávání o nemoci a léčbě také může vést k různým typům konfliktů. Lékaři si stěžují i na takové chování pacientů, které vnímají jako agresivní a bezohledné, a na zneužívání péče. Kategorie „stížnosti pacientů“ jsou však v odpovědích zastoupeny v menší míře, než by se mohlo zdát vzhledem k důrazu na riziko soudních konfliktů a velkou přímou zodpovědnost doloženou ve výše představené otázce nebo opakovaně přítomnou v medializovaných kauzách.

Frekventovaným tématem v lékařských výpovědích je téma pojmenované jako „čas věnovaný pacientům a přístup k nim“ (viz graf 2). Otevřené odpovědi nabízejí možnost zachytit nuance v odpovědích lékařů k problému, který zahrnuje problémy týkající se omezené možnosti lékařů věnovat dostatečný čas pacientům („pacient není na prvním místě“, „mnoho pacientů, málo lékařů“), problémy ve vztahu mezi lékařem a pacientem a také nedostatek komplexního přístupu k pacientům („dokumentace je na prvním místě a neřeší se důležité problémy atd.“). Toto téma je ze strany lékařů reflexivnějším podáním „problémů s pacienty“, které pacienta nevidí jako viníka, ale často spíše jako oběť systémových problémů, především přetížení lékařů a špatné organizace zdravotní péče. V rámci těchto odpovědí lékaři také popisují problém v komunikaci mezi lékařem a pacientem jako problém vzájemný, nikoli jako důsledek „neschopnosti“ pacientů. Tyto odpovědi poukazují na to, že stávající systém zdravotní péče vytváří situaci, kdy nespokojené jsou obě strany poskytované péče – poskytovatelé i příjemci. Ti vnímají, že pacientům nenabízejí tolik, kolik by chtěli, mohli, nebo kolik je očekáváno, a to jak ve smyslu materiálním („šetří se na materiálu“, „nedostatek léků“, „rušení lůžek“), tak ve smyslu

vztahovém („odosobnění vztahu“, „chybí celostní přístup“). Je to situace, vůči které jsou pacienti bezmocní stejně jako lékaři („apatie lékařů, protože nic se nezmění“). Souvisí s obecnějšími společenskými posuny, které mění roli medicíny a směřují ji ke komerčnímu fungování („medicína se stala konzumní“, „neskromnost společnosti“, „konzumní systém organizace zdravotní péče“), limitují autonomii a rozhodování lékaře, který je nucen dodržovat celou řadu vnějších omezení a předpisů.

Názory na zpřístupnění určitých procedur v reprodukční medicíně

V tomto šetření jsme zjišťovaly postoj lékařské veřejnosti k několika sporným postupům specificky v oblasti reprodukční medicíny. Zajímalo nás, jak se lékařské názory na kontroverzní postupy v oblasti asistované reprodukce a porodnictví strukturují podle kategorií jejich věku, odbornosti, pohlaví a zda je ovlivňuje náboženské vyznání. Lékaři svým jednáním nereprezentují jen objektivní, na čistě vědeckých poznatcích postavenou medicínu, ale do jejich rozhodování proniká osobní zkušenost a preference, stejně jako role strážců širších společenských norem a institucí [Zola 1972]. Reprodukční medicína byla zvolena jako jedna ze specializací, na níž jsme chtěly ukázat pestrost postojů a názorů lékařských profesionálů a tak pomoci rámovat či orientovat začínající širší debatu v sociálních vědách o změnách v českém zdravotnictví, systému lékařské péče a relevantních politikách. Cílem tohoto textu je tedy představit reflexi a dilemata, před kterými lékaři stojí, jako odraz potenciálních zájmů, s nimiž se setkávají.

Respondentů – lékařů a lékařek – jsme se ptaly, které z osmi vybraných možností reprodukční medicíny by měly být dle jejich názoru pacientům v České republice oficiálně nabízeny, ač doposud nejsou. V oblasti asistované reprodukce nás zajímalo její zpřístupnění pro ženy bez partnera či pro ženy vyššího věku a s tímto tématem také související náhradní mateřství. V oblasti porodnictví jsme se ptaly na postoje lékařů a lékařek k možnosti porodu v nemocnici pod vedením porodních asistentek nebo porodu mimo nemocnici (za předpokladu systémového řešení péče o rodičku a novorozeně) a také na možnost císařského řezu na vyžádání. V oblasti zacházení s embryi nás zajímal názor lékařů na toleranci výběru pohlaví budoucího potomka při asistované reprodukci (z jiných než zdravotních důvodů) a možnost preimplantačních zásahů do embrya z jiných než zdravotních důvodů.

Ve všech případech se jedná o zákroky či procedury, které v současnosti nemohou být pacientům a pacientkám oficiálně nabízeny – v případě dostupnosti asistované reprodukce pro ženy bez partnera nebo ženy vyššího věku kvůli tomu, že spadají mimo rozsah reprodukční medicíny stanovený legislativou, v případě náhradního mateřství proto, že je zákon nijak neupravuje. Jak náhradního mateřství, tak asistované reprodukce bez partnera však v praxi lze dosáhnout. Pravidla lze obejít přivedením osoby, která se za partnera vydává,

Graf 4. Které z následujících možností by měly být dle Vašeho názoru pacientům v České republice oficiálně nabízeny? (procento respondentů volících danou možnost, srovnání gynecologů a ostatních lékařů)

a tak mohou podstoupit asistovanou reprodukci i ženy bez partnera. Skrze sled právních a medicínských úkonů jde také realizovat náhradní mateřství, které však v této nekodifikované podobě obsahuje značná rizika pro náhradní matku i budoucí rodiče.

V oblasti porodnictví nás zajímaly postoje lékařek a lékařů k možné změně dosavadní praxe, kdy v českých nemocnicích i fyziologické porody formálně vedou pouze lékaři (ne porodní asistentky jako v řadě jiných zemí) a u porodů mimo stávající nemocniční zařízení v podstatě není legálně dostupná odpovídající zdravotní péče. Dále nás zajímala odpověď na otázku, co si lékaři myslí o invazivním řešení porodu (císařským řezem) na přání těhotné ženy. A nakonec, jak se staví lékaři k procedurám v prenatální fázi, jež vyvolávají řadu etických otázek a jsou zatíženy silnými morálními stanovisky (například církve).

U gynekologů překračuje míra souhlasu i padesátiprocentní hranici, a to u asistované reprodukce pro ženy bez partnera. Dá se předpokládat, že větší vstřícnost gynekologů a porodníků k této možnosti reflektuje jejich větší kontakt s takovými ženami a jejich poptávkou po mateřství za pomoci asistované reprodukce. Podobně lze vysvětlit větší toleranci možnosti úhrady asistované reprodukce do vyššího věku ženy u gynekologů a porodníků ve srovnání s lékaři zastupujícími ostatní specializace.

Pořadí voleb je u gynekologů a ostatních lékařů stejné. Císařský řez na vyžádání a za poplatek byl zpřístupnilo 18,9 % porodníků a gynekologů a jistě by si tento postoj zasloužil důkladnější analytickou pozornost. Tato tolerance vysoce invazivní metody/techniky je paradoxní vzhledem k rizikovosti operativních zákroků ve srovnání s vaginálním porodem, ovšem ve světle silícího požadavku na výsledek porodu jako „zdravé dítě za každou cenu“ se jeví jako pochopitelná snaha některých profesionálů „eliminovat riziko“ s využitím legitimních možností současné medicíny. Může jít také o reakci na přání rodiček či jejich předjímané fyzické možnosti, které jsou lékaři někdy označovány především s poukazem na jejich zvyšující se věk za problematické ve vztahu k vaginálnímu porodu. Nebo snad jde o míru tolerance k zákroku, který může být vnímán jako efektivnější (časově i finančně) pro instituci, která jej nabízí. Na druhou stranu může být prvek zpoplatnění císařského řezu interpretován jako bariéra pro jeho častou volbu, ale ještě z jiné perspektivy i jako legitimizace dosavadní praxe.

Srovnání lékařů mužů a žen a také lékařů podle věkových skupin nepřineslo významné rozdíly či jasný vzorec. Nicméně lékaři v kategorii 50–59 let – tedy starší střední generace, zároveň však také často právě lékaři na vrcholu strukturní profesní hierarchie (vedoucí lékaři, přednostové, primáři) – se od ostatních věkových kategorií ve svých názorech statisticky významně liší – jsou věkovou kategorií, která je nejčastěji pro možnost porodu v nemocnici pod vedením porodních asistentek (se kterou by souhlasilo 39 % ze všech lékařů ve věku 50–59 let), ale zároveň pro císařský řez na vyžádání (se kterým by souhlasilo 23,7 % lékařů ve věku 50–59 let).

Tabulka 5. Vliv věku, pohlaví, místa a oboru působení či víry na přijatelnost procedur v reprodukční medicíně (výsledky binární logistické regrese)

	Asistovaná reprodukce pro ženy bez partnera	Náhradní mateřství	Úhrada asistované reprodukce pojišťovnami do vyššího věku ženy	Porod v nemocnici pod vedením porodních asistentek	Porod mimo nemocnici	Císařský řez na vyžádání	Výběr pohlaví budoucího potomka při asistované reprodukci	Preimplantační zásahy do embrya
	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)	Sig. Exp (B)
Věk	0,87 1,00	0,11 0,99	0,68 1,00	0,14 1,01	0,29 0,99	0,47 1,00	0,50 1,01	0,51 0,99
Muž	0,97 1,00	0,42 0,91	0,96 1,01	0,49 0,92	0,47 0,88	0,99 1,00	0,59 1,15	0,69 1,13
Ambulance	0,20 1,17	0,30 0,88	0,62 1,07	0,34 0,89	0,28 0,82	0,49 1,11	0,47 1,22	0,10 1,77
Gynekologové	0,00 1,71	0,10 1,32	0,34 1,20	0,12 1,32	0,46 1,20	0,02 1,59	0,32 1,41	0,02 2,28
Věřící	0,00 0,68	0,14 1,20	0,05 0,75	0,08 1,25	0,83 1,04	0,18 0,81	0,49 0,83	0,28 0,68
Konstanta	,721 ,911	,331 1,287	,001 ,386	,000 ,341	,000 ,231	,000 ,187	,000 ,032	,000 ,037

Poznámka: Pro bližší popis parametrů modelu udáváme u každé možnosti hodnotu Nagelkerkova R Square a % správně predikovaných odpovědí (v závorce za každou možností, odděleny středníkem): asistovaná reprodukce pro ženy bez partnera (0,24; 56 %), náhradní mateřství (0,11; 54 %), úhrada asistované reprodukce pojišťovnami do vyššího věku ženy (0,15; 75 %), porod v nemocnici pod vedením porodních asistentek (0,18; 66 %), porod mimo nemocnici (0,16; 88 %), císařský řez na vyžádání (0,19; 80 %), výběr pohlaví budoucího potomka při asistované reprodukci (0,22; 81 %), preimplantační zásahy do embrya (0,15; 57 %).

Názor na různé postupy či úpravu v oblasti reprodukční medicíny statisticky významně a očekávatelně ovlivňuje také vyznání, týká se to postoje k asistované reprodukci. S asistovanou reprodukcí pro ženy bez partnera nebo asistovanou reprodukcí pro ženy ve vyšším věku by souhlasilo méně věřících lékařů (41,1 % je pro první volbu a 21,5 % pro druhou volbu) ve srovnání s kolegy, kteří uvedli, že věřící nejsou (50,8 % je jich pro první volbu a 26,9 % pro druhou volbu).

Vliv námi studovaných proměnných (věk, pohlaví, místo a obor působení či víra) na postoj k nabídnutým možnostem reprodukční medicíny ukážeme pomocí logistické regrese, kde jsme pracovaly s uvedenými proměnnými jako s nezávislými (viz tabulku 5). Její výsledek naznačuje, s jak velkou pravděpodobností přispívá variace jednotlivých proměnných označených pro model za nezávislé k variaci závisle proměnných. V našem případě se jedná o jednoduchou binární logistickou regresi, náš model obsahuje vždy jen jednu nezávislou proměnnou, vlivem ostatních proměnných se nezabýváme.

Vidíme, že logistická regrese potvrdila výsledky předchozí analýzy – právě porodníci a gynekologové, tak jak byli zastoupeni ve výzkumném vzorku, jsou tou kategorií lékařů, která se ve svých postojích statisticky významně liší od ostatních oborů – více než jejich kolegové z jiných oborů se staví pro zpřístupnění asistované reprodukce pro ženy bez partnera, pro císařský řez na vyžádání a také pro preimplantační zásahy do embrya. Věřící lékaři jsou naopak oproti ostatním zdrženlivější v otázce úhrady asistované reprodukce do vyššího věku ženy a asistované reprodukce pro ženy bez partnera.

Závěr

Cílem této stati bylo nahlédnout na současnou lékařskou praxi očima lékařů. V textu jsme analyzovaly tři okruhy témat. Zajímaly nás postoje lékařů k nabídnutému seznamu problémů současné medicíny v českém prostředí a to, jak jsou jejich názory rozloženy v populaci lékařů podle řady kritérií. Dále se výzkum zaměřil na konfrontaci postojů k předem výzkumně vymezeným problémům medicíny s těmi problémy, které respondenti spontánně uváděli (v otevřené otázce), když byli vyzváni k tomu je formulovat. Nakonec nás zajímala specifická oblast medicíny, opakovaně debatovaná ve veřejné sféře, a sice reprodukční medicína a postoje lékařů ke zpřístupnění některých nových či zatím nepovolených procedur.

Předložená analýza poukazuje na skutečnost, že homogenní obraz nespokojenosti lékařů se současným nastavením jejich profesních podmínek má, očekávatelně, při detailnějším pohledu složitější strukturu. Data z dotazníkového šetření ukázala, že lékaře nelze spatřovat jako homogenní skupinu, neboť pracují v radikálně odlišných podmínkách, které jsou spojeny s jinými problémy. Výrazněji spokojenější skupinou (alespoň v oblastech, na něž jsme se ptali), jsou lékaři pracující jako soukromí. Prostředí státních (obecních) institucí, které poskytují zdravotnické služby, se ukázalo být jako častější zdroj

stresu a nepříjemných restrikcí ve výkonu lékařské profese. Logika výzkumu neumožňuje zjistit, zda se na výsledcích podílí například to, že práci v nemocnicích nebo naopak v soukromé praxi vyhledávají jiné typy lékařských osobností, což by se následně mohlo promítnout do zjištěných postojů.

Výzkum tedy ukazuje na hlubokou propast, která v českém prostředí panuje v názorech lékařů z různých prostředí. Zároveň také popírá představu o naprosté jednotě lékařských názorů, neboť ty jsou často, navzdory náročnému systému selekce do lékařského povolání a tlaku na homogenitu a loajalitu během socializace do lékařské role (Beagan 2000; Cahill 2001; Becker et al 1961], ovlivněny charakteristikami lékaře, jako je pohlaví, víra či věk. Dá se předpokládat, že ovlivňují-li tyto charakteristiky postoje, ovlivňují také jednání s pacienty. Image lékaře coby objektivního profesionála jednajícího výhradně na základě lékařských kritérií není udržitelná.

Část analýzy jsme věnovaly také postojům českých lékařů k procedurám v reprodukční medicíně. Toto zacílení sloužilo jako ukázka a příležitost detailněji nahlédnout do aktuální problematiky a výzev, kterým dnes čelí řada lékařských specializací. Vybraly jsme frekventovaná a kontroverzní témata s cílem doložit, v jaké míře by je zpřístupnili lékaři (jakkoli se jedná často spíše o rozhodnutí politické či ekonomické, tedy rozhodnutí, které lékařům nepřísluší), kteří se nejčastěji dostávají do situace vyjednávání s pacientem o konkrétní podobě léčby. Znalost míry podpory samotných lékařů vybraným procedurám může přispět v orientaci další debaty o vývoji české zdravotní politiky i legislativy v této oblasti. Jak se ukázalo na otázkách spojených s přístupem k asistované reprodukci či proměnou péče v porodnictví, sami lékaři by se změnám, o které má zájem určitá část patientské populace, často nebránili. Větší proporce lékařů porodníků a gynekologů, kteří by souhlasili se zpřístupněním vybraných procedur, ukazuje na jejich větší snahu vyhovět pacientům (či ustoupit jejich tlaku), bez ohledu na to, jak je motivována.

Odpovědím v otevřené otázce na největší problém současné medicíny vědovily jevy spojené s pacientem (vztahy) a širší systémové otázky organizace zdravotnictví. Pacient v lékařských výpovědích vystupuje jednak jako zdroj frustrace v podobě nezodpovědného, o své zdraví nedbalého jedince, který přichází do ordinace vybaven zkresenými informacemi a nadměrným očekáváním založeným na image medicíny reprezentované populárními seriály. Na druhé straně je popisován jako oběť systému, které se nedostává adekvátní zdravotnické péče ani pozornosti a komunikace ze strany lékařů. Ať už v té či oné podobě, takový pacient představuje hrozbu pro autoritu lékaře, který v rámci tradiční definice své profese vlastní svrchované vědění a maximum prostředků k tomu, aby mu pomohl. Lékaři tak vykreslují obraz medicíny, z níž nikdo nezískává to, co by mohl. Příčiny přitom spatřují v trendech, jako je fungování řady medicínských služeb na komerční bázi, a také v překážkách daných vlivem zdravotních pojištění či politiky na fungování zdravotnictví. Tyto prvky, vnímané jako neefektivně fungující, nekoncepční či dokonce zkorumpované, nedokážou vytvořit prostředí, v němž by lékaři mohli uplatnit

své znalosti ve prospěch pacienta a zároveň si zachovali důstojné prostředí a podmínky pro svou práci. To, co se soukromým lékařům podařilo částečně vybudovat, je pro lékaře pracující ve státních zařízeních (především ve velkých nemocnicích) velmi vzdálenou realitou.

Analýza tedy ukázala konkrétní podobu toho, jak lékaři reflektují stav a proměny, které zasahují jejich profesi. V první oblasti jde o deprofesionalizaci a komercializaci, která z lékařů činí svědky změn, nad kterými mají jen malou kontrolu a které se týkají systémové i personální roviny poskytování zdravotní péče. Lékař je v každodenním výkonu své praxe svázán administrativou a byrokracií. Podobně limitujícím faktorem je také nekoncepčnost vedení zdravotnictví a systematické přetížení lékařských profesionálů. Druhá oblast proměn se týká jak vztahu mezi lékařem a pacientem, konkrétně oslabení důvěry v lékaře jako jediného zdroje informací a výsadní autority nad nemocným tělem, tak vztahů mezi lékaři samotnými. Tradiční atributy lékařské socializace se střetávají s podmínkami pro výkon práce, což se odráží v rozdílech mezi věkově mladšími a staršími lékaři. Zdá se, že s rozpory obsaženými v každodennosti fungování systému, který je mixem tržních a paternalistických prvků a který počítá s lékařem, fungujícím jako empatický profesionál, a pacientem, který za léčbu platí a zároveň ji bezvýhradně přijímá, se dokážou lépe vyrovnat lékaři či instituce fungující v prostředí méně svázaném rutinou, vnějšími regulacemi a rigidně nastavenými hierarchickými vztahy v rámci profese. Různorodost pracovních podmínek pro výkon lékařské profese předurčuje také různorodost pohledů lékařů samotných, což by mělo být bráno v potaz v debatách o reformě současného zdravotnictví v České republice. Validizace těchto zjištění, stejně jako pojmenování procesů vedoucích k zachování statu quo nebo naopak k zásadním změnám v lékařské péči, jsou výzvou pro další výzkumnou práci.

MGR. LENKA SLEPIČKOVÁ PH.D., pracuje jako výzkumná pracovníce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Výzkumně se věnuje zejména sociologii medicíny. V této oblasti se zaměřuje na medikalizaci neplodnosti a nedobrovolné bezdětnosti prostřednictvím reprodukčních technologií v kontextu české medicínské praxe a na pohled pacientů i profesionálů na asistovanou reprodukci. Byla členkou výzkumných týmů zabývajících se sociologií dětství (pohledem dětských aktérů na rodinu) nebo inkluzivního vzdělávání (a jeho akceptace českou veřejností). Přednáší kurzy zaměřené na metodologii výzkumu v sociálních vědách a na sociologii rodiny a medicíny.

PHDR. IVA ŠMÍDOVÁ PH.D., je odborná asistentka oboru genderová studia, působí na katedře sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno. Přednáší kurzy s tematikou genderové struktury společnosti a kritická mužská studia. Realizovala výzkumy na témata rovných příležitostí žen a mužů v českých podnicích (2000-2); vlivu vzdělání na očekávané uplatnění na trhu práce z hlediska genderu (2006-2008); alternativních životních drah mužů v ČR (1997-2003); rodin, kde pečují otcové (2004); představ a náplně

rodičovství před a po narození prvního dítěte (2005-11). V posledních letech zkoumá českou reprodukční medicínu, zejména oblast porodnictví a porodů (2011-2014).

Literatura

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. 2013. „Dohořívání lékařů v Čechách.“ [online]. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: <<http://www.lfi.cuni.cz/dohorivani-lekaru-v-cechach>>.
- Beagan, B. L. 2000. „Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients.“ *Social Science & Medicine* 51 (8): 1253–1265. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00043-5.
- Becker, H. S., Greer, B., Hughes, E. C., Strauss, A. 1961. *Boys in white: Student culture in medical school*. Transaction Books.
- Bell, A. V. 2010. „Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility.“ *Sociology of health & illness* 32(4): 631–646. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01235.x.
- Bell, A. V. 2013. „Diagnostic diversity: The role of social class in diagnostic experiences of infertility.“ *Sociology of health & illness*. DOI: 10.1111/1467-9566.12083.
- Bryld, M. 2001. „The Infertility Clinic and the Birth of the Lesbian The Political Debate on Assisted Reproduction in Denmark.“ *European Journal of Women's Studies*, 8(3), 299–312. DOI: 10.1177/135050680100800303.
- Cahill, Heather A. 2001. „Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis“. *Journal of Advanced Nursing* 33(3): 334–42. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x.
- Cockerham, W. C. 2009. *Medical Sociology*. Upper Saddle River, N. J.: PrenticeHall.
- Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- CVVM 2013. „Prestiž povolání – červen 2013.“ [online]. [cit. 29. 9. 2013]. Dostupné z <<http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013>>.
- Čada, K. 2009. „Medikalizace společnosti a socializace medicíny.“ [online]. [cit. 6. 4. 2010]. 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>>.
- Davis-Floyd, R. a Sargent. C. F. 1997. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Dudová, Radka. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Epstein, S. 1996. *Impure science [electronic resource]: AIDS, activism, and the politics of knowledge* (Vol. 7). University of California Press.
- Evetts, J. 2007. „Professionalism and managerialism: Organizational control ‘from a distance’.“ *In 8th Conference of the European Sociological Association, Glasgow* (Vol. 3, No. 7).
- Freidson, E. 1988. *Profession of Medicine*. Chicago and London: University of Chicago Press.

- Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů“. *Biograf* 47: 56.
- Hayes-Bautista, D. E. 1976. „Modifying the treatment: Patient compliance, patient control, and medical care.“ *Social Science and Medicine* 10: 233–238. DOI: 10.1016/0037-7856(76)90005-6.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.). 2006. *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (No. 20). Cambridge University Press.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti.“ *Sociologický časopis* 44 (1): 87–112.
- Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Slon.
- Kubek, M. 2013. „Reforma, nebo ‚reforma‘?“ *Tempus medicorum* 22 (5): 4–8.
- Light, D., Levine, S. 1987. „The changing character of the medical profession: a theoretical overview.“ *The Milbank Quarterly* 66: 10–32.
- Lupton, D. 1997. „Consumerism, reflexivity and the medical encounter.“ *Social Science & Medicine*, 45(3): 373–381. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00353-X.
- Lupton, D. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Malin, M. 2003. „Good, Bad and Troublesome. Infertility Physicians' Perceptions of Women Patiens“. *European Journal of Women's Studies* 10/3: 301–319. DOI: 10.1177/1350506803010003004
- McKinlay, J. B., and Stoeckle, J. D. 1988. „Corporatization and the social transformation of doctoring.“ *International Journal of Health Services* 18/2: 191–205. DOI: 10.2190/YEVW-6C44-ICYE-CGEU.
- Ptáček, R., Raboch, J. 2013. „Diagnóza českého zdravotnictví: Z73.0?“ *Tempus medicorum* 22/9: 3–7.
- Shapiro, M. F. 1978. *Getting doctored: Critical reflections on becoming a physician*. Toronto: Between the lines.
- Slepičková, L. 2009. „Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 45/1: 177–203.
- Slepičková, L., P. Fučík. 2009. „Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti.“ *Sociologický časopis* 45 (2): 9–29.
- Slepičková, L., Šlesingerová, E. & Šmídová, I. 2012. Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 48 (1): 85–106.
- Stein, H. F., & Stein, M. A. 1990. *American medicine as culture*. Boulder, CO: Westview Press.
- Storror, R. F. 2006. „Bioethics of Prospective Parenthood: In Pursuit of the Proper Standard for Gatekeeping in Infertility Clinics“. *The Cardozo L. Rev.* 28: 2283.
- Šmídová, I. 2008. „Otcovství u porodu: rekonstrukce genderových vztahů v rodině.“ *Sociální studia* 5(1): 11–34.
- Teijlingen, E van. 2005. „A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth.“ *Sociological Research Online* 10 (2): 15p.

- Waitzkin, H. 1990. „On studying the discourse of medical encounters: a critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise.“ *Medical care* 28(6): 473–488.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K. et al. 2003. „Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study.“ *Lancet* 361 (9375): 2107–2113. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13719-1.
- Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci.“ *Biograf* 31: 26–50.
- Zola, I. K. 1972. „Medicine as an Institution of Social Control.“ *The Sociological Review* 20(4): 487–504. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x.