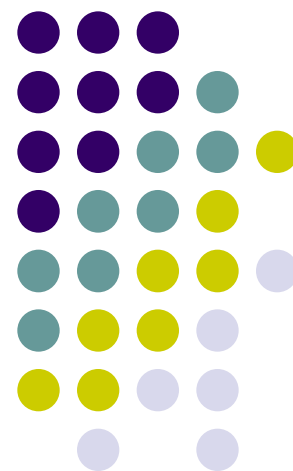


# Sociologie pro speciální pedagogy: Medicína

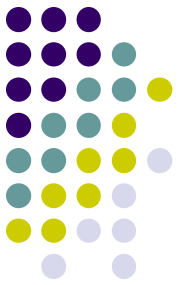
Lenka Slepíčková



# Otázka k zamyšlení: Co je sociologii po medicíně?



- Př. Disman



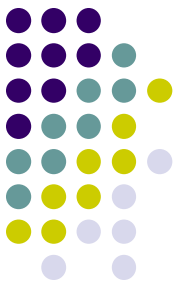
- InSTITUTE a vývoj medicíny a lékařské profese
- Definice zdraví, nemoci

„... *Definice zdraví a nemoci, normality a nenormality, zdravého rozumu a šílenství se v závislosti na společnosti, kultuře a historickém období velmi mění. Lékařské diagnostické kategorie, jako „nemocný“, „abnormální“ a „duševně chorý“ nejsou podle něho univerzální, objektivní a nutně spolehlivé. Jsou dané kulturou, třídou a dobou (...).*“

R. C. Fox 197

- Význam zdraví a nemoci
- Sociální podmíněnost zdraví a nemoci
- Sociálně kontrolní funkce medicíny a její vztah ke společenským normám
- Spjatost medicíny s jinými oblastmi lidské činnosti (s vědou, ekonomikou, politikou, právem, etikou)

# „Podhozenec“



„K široce rozšířeným představám patřila záměna narozeného dítěte nějakou démonickou bytostí, která je sebere z kolébky, kam podstrčí vlastní, škaredé a neduživé dítě, podhozenec. V některých místech byli přesvědčeni, že se tak děje jen nepokřtěným dětem nebo těm, jejichž matky nebyly u církevního úvodu. (...) Podvržené dítě se obvykle vyznačovalo velkou hlavou a příliš velkýma očima, tenkými údý a zakrslým růstem, nemluvalo, bylo neklidné, divoké a zlé, nenasytné, plačtivé a stále chorobné, trápilo celé okolí a bylo třeba se ho co nejdříve zbavit.“

## KULTURNĚ SPECIFICKÉ SYNDROMY

(převzato z Miller, Wood 2006: 387)

SYNDROM	KULTURNÍ/ GEOGRAFICKÁ LOKACE	SYMPTOMY
<b>aiyiperi</b>	Yoruba (Nigérie)	Hysterické křečovitě poruchy, tiky a psychomotorické záchvaty
<b>nemoc duchů</b> ( <i>ghostsickness</i> )	Navaho (Jihozápad USA)	Slabost, špatné sny, pocity nebezpečí, zmatení, pocity marnosti, ztráta chuti k jídlu, pocity dušení, mdloby, malátnost, halucinace, ztráta vědomí
<b>latah</b>	Malajsie, Indonésie	Postižená osoba znervózní a může říci nebo udělat něco, co vypadá zábavně, například může imitovat řeč či pohyby jiných lidí
<b>Pibloktoq</b> ( <i>arktická hysterie</i> )	Arktičtí Inuité, sibiřské skupiny	Hluboká zamyšlenost, depresivní ztichlost, ztráta vědomí nebo jeho narušení záchvaty, válení se ve sněhu, extatické výkřiky, slyšení hlasů
<b>windigo</b>	Kmen Vrány, Ojibwa a příbuzné skupiny severoamerických indiánů (oblast centrální a severovýchodní Kanady)	Deprese, zvracení, nechuť k obvyklým jídlům, postižený má pocity, že je posedlý kanibalem, vražedné či sebevražedné impulsy
<b>shinkeishitsu</b>	Japonsko	Strach ze setkávání s lidmi, pocity úzkosti, neadekvátnosti, obsesivně-kompulsivní symptomy, hypochondrie



# Vývoj medicíny

- **Medicína u lůžka (Bedside medicine)**

primární vztah mezi lékařem a pacientem, komunikace tváří v tvář, zdrojem informací je pacientova výpověď o nemoci, domov jako místo nemoci

- **Nemocniční medicína (Hospital medicine)**

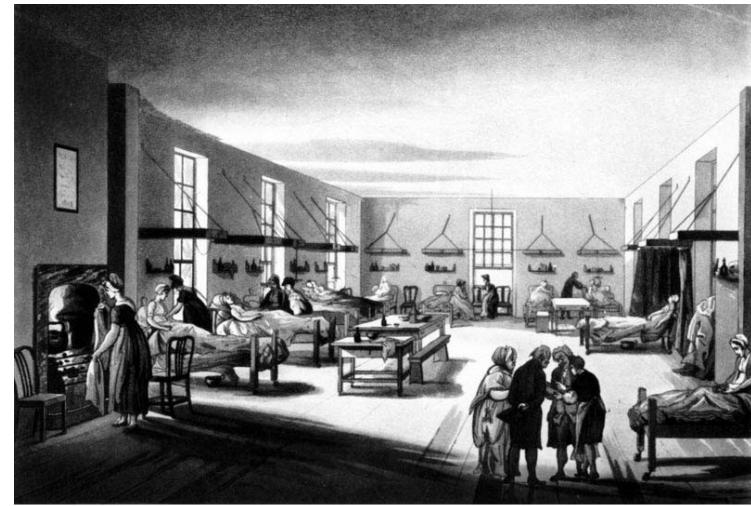
30. – 40. léta 19. století, nové vyšetřovací techniky, možnosti nahlédnout dovnitř těla, primární je vztah mezi lékaři (hierarchie), zdrojem informací o nemoci jsou pozorovatelné změny v tkáních nebo orgánech, nemocnice jako místo nemoci

- **Laboratorní medicína (Laboratory medicine)**

příčiny nemoci se hledají na úrovni buněk, klíčovým pracovníkem je odborník v laboratoři, pacient se vytrácí

- **Medicína dohledu (Surveillance medicine)**

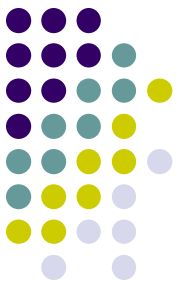
příčiny nemoci se hledají na úrovni genů, zájem o životní styl, o rizikové faktory nemocí, medicína dohlíží na všechny a monitoruje normalitu všech



Ward at the Middlesex Hospital, London, early 19th century.



# „Klasická“ role lékaře (Parsons)



- funkční specifita, afektivní neutralita, univerzalizmus a kolektivní orientace
- mocenské rozdíly jsou klíčové pro ustavení autority lékaře a poslušnosti pacienta, lékaři musí udržovat sociální odstup od pacientů aby byli objektivními profesionály
- lékař projevuje svou moc nad pacientem třemi technikami:
  - a) profesionální prestiží
  - b) situační autoritou – lékař má, co pacient chce a potřebuje
  - c) situační závislostí pacienta – nemá dostatečnou expertizu k tomu, pomoci si sám
- určité mystérium obklopující lékaře, důvěra v jeho schopnost pacienta „zachránit“, možné vyvinutí emocionálního pouta
- analogie mezi vztahem lékař-pacient a rodič-dítě, nemoc jako „disturbed maturity“ (Wilson 1970), rodič i lékař „odměňují“
- lékaři rozhodují, kdo je a kdo není nemocný, skrze lékařské „posvěcení“ proudí k pacientům léčba a místa v nemocnicích
- medical decision rule (Scheff, 1966) – lékaři raději „přiznají“ pacientovi nemoc než by ji odmítli a riskovali tak nějaké přehlédnutí nebo pochybení
- Freidson 1970:258: „While the physician’s job is to make decisions, including the decision not to do anything, the fact seems to be that the **everyday practitioner feels impelled to do something when patients are in distress.**“

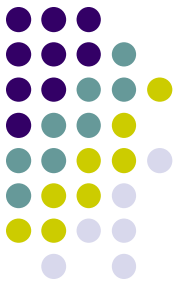


*Pacient chce být léčen, lékaři ho chtějí léčit.  
Vzniká-li zde nějaký konflikt nebo  
nespokojenost, je to důsledek nedorozumění  
nebo špatné techniky, nic víc.*

(Strong, 1979:5)



# Lékařská socializace



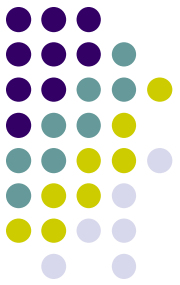
- trénink je založen na pozitivistických vědeckých metodách a soustředí se na rychlou akumulaci informací
- Studenti se učí, že pro každý stav existuje diagnóza a léčebná strategie; že během nemocniční práce není čas na nejistotu, nebo komunikaci s pacientem
- Očekává se, že jako lékař bude člověk schopen dělat rychlá rozhodnutí a zásahy, naučí se vidět pacienty jako choroby, jednoduše kategorizovatelné
- Citlivé, zahabující situace, intimní doteky nebo emocionálně silné události se stávají rutinou a je třeba je brát fakticky a neutrálně, klíčové je vypořádat se s urgencí, časovým tlakem
- Sdílení intuitivní klinické kompetence



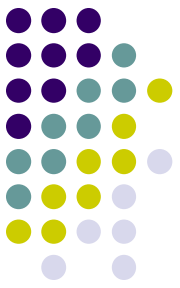
**Tabulka 1: Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2013**

Profese	11/2004		6/2007		6/2011		6/2013	
	průměr	pořadí	průměr	pořadí	průměr	pořadí	průměr	pořadí
Lékař	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1.	91,5	1.
Vědec	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2.	76,3	2.
Zdravotní sestra					73,9	3.	74,8	3.
Učitel na vysoké škole	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4.	74,6	4.
Učitel na základní škole	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5.	71,1	5.

# Medikalizace a její kritika



# Příklad smrti – od medikalizace k demedikalizaci



Smrt v předmoderní době



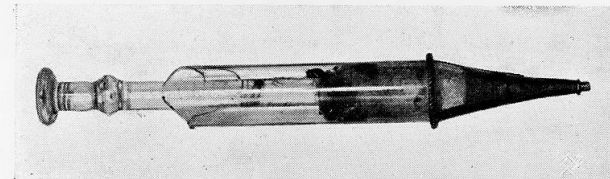
# Medikalizace smrti



1) Sekularizace – regulací smrti se začíná zabývat medicína, etika a zákony

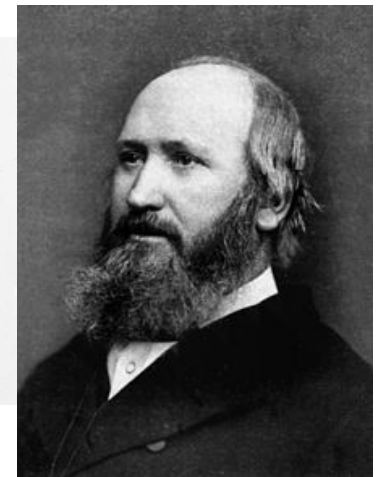
2) Medicínské inovace

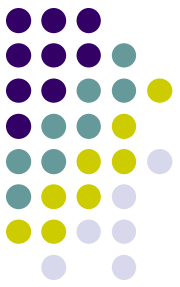
3) Demografické změny – prodlužování života, změna v příčinách smrti a v místě smrti, prodlužování trajektorie umírání – nový typ zkušenosti  
Zkušenost s terminální nemocí, stárnutí populace a zmenšování rodin



ORIGINAL HYPODERMIC SYRINGE OF  
DR. ALEXANDER WOOD

THE FIRST USED IN GREAT BRITAIN





# Demedikalizace smrti

- Kritika moderního a vědeckého konceptu smrti, kritika dehumanizujícího důrazu na shanu léčit na úkor kvality života nemocných, důraz na individuální práva a autonomii pacienta, 50. – 60. léta 20. století
- Zrod hospicového hnutí (Seale 2000)
- Pacient v centru péče
- Princip „dobré smrti“

# Principy dobré smrti



- To know when death is coming, and to understand what can be expected
- To be able to retain control of what happens
- To be afforded dignity and privacy
- To have control over pain relief and other symptom control
- To have choice and control over where death occurs (at home or elsewhere)
- To have access to information and expertise of whatever kind is necessary
- To have access to any spiritual or emotional support required
- To have access to hospice care in any location, not only in hospital
- To have control over who is present and who shares the end
- To be able to issue advance directives which ensure wishes are respected
- To have time to say goodbye, and control over other aspects of timing
- To be able to leave when it is time to go, and not to have life prolonged pointlessly

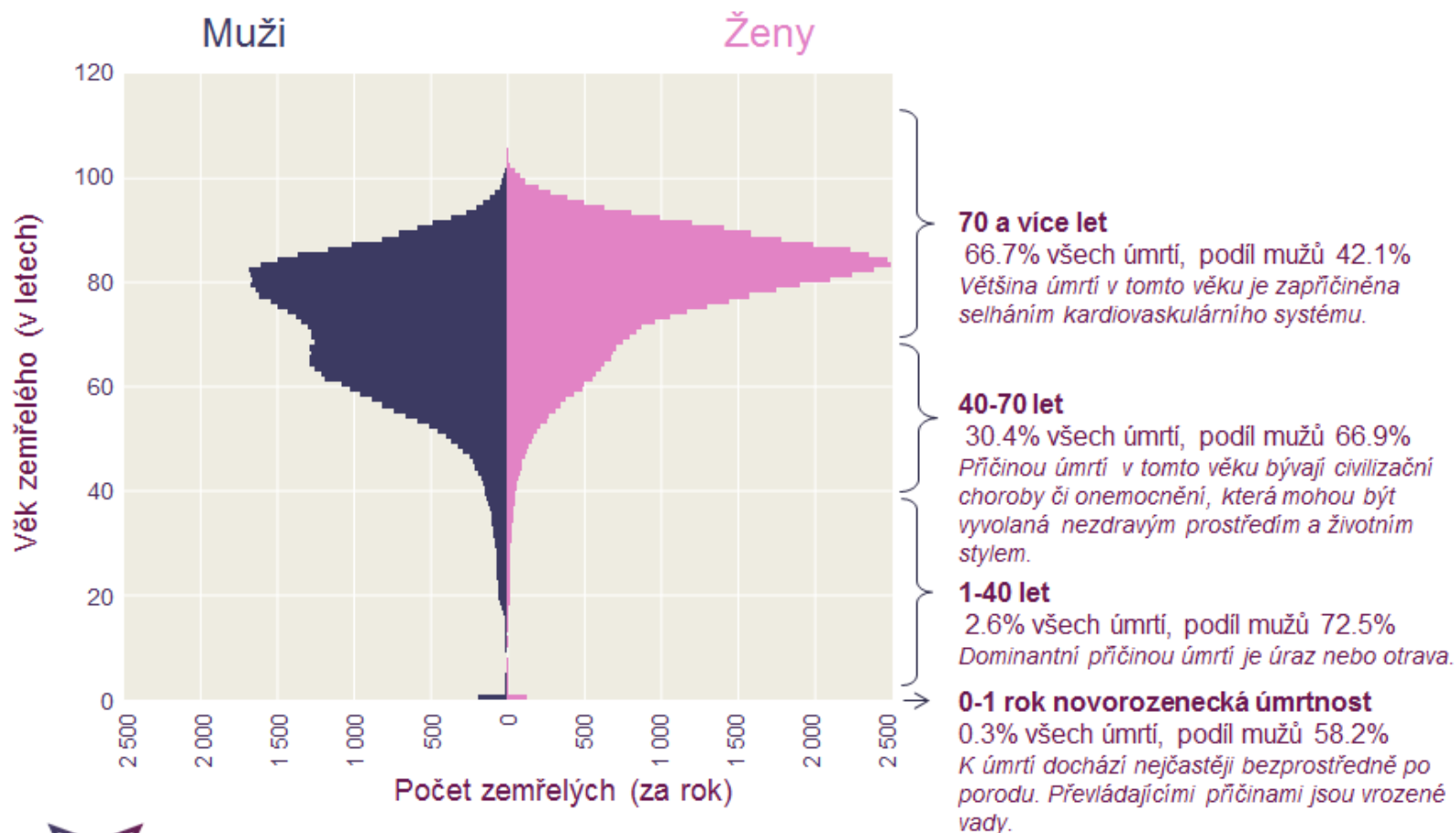
Debate of the Age Health and Care Study Group. The future of health and care of older people: the best is yet to come. London: Age Concern; 1999.



# Věk úmrtí

Příčiny úmrtí se mění s věkem, stejně jako podíl zemřelých mužů a žen.

Dle věku lze zemřelé klasifikovat do 4 obecných věkových skupin. Tyto skupiny se od sebe liší nejen věkem, ale i převažujícími příčinami úmrtí.

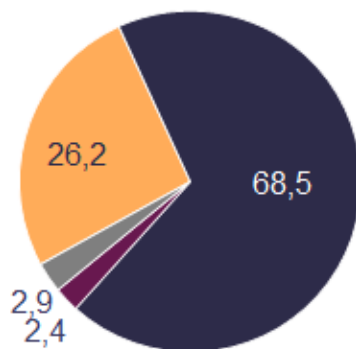




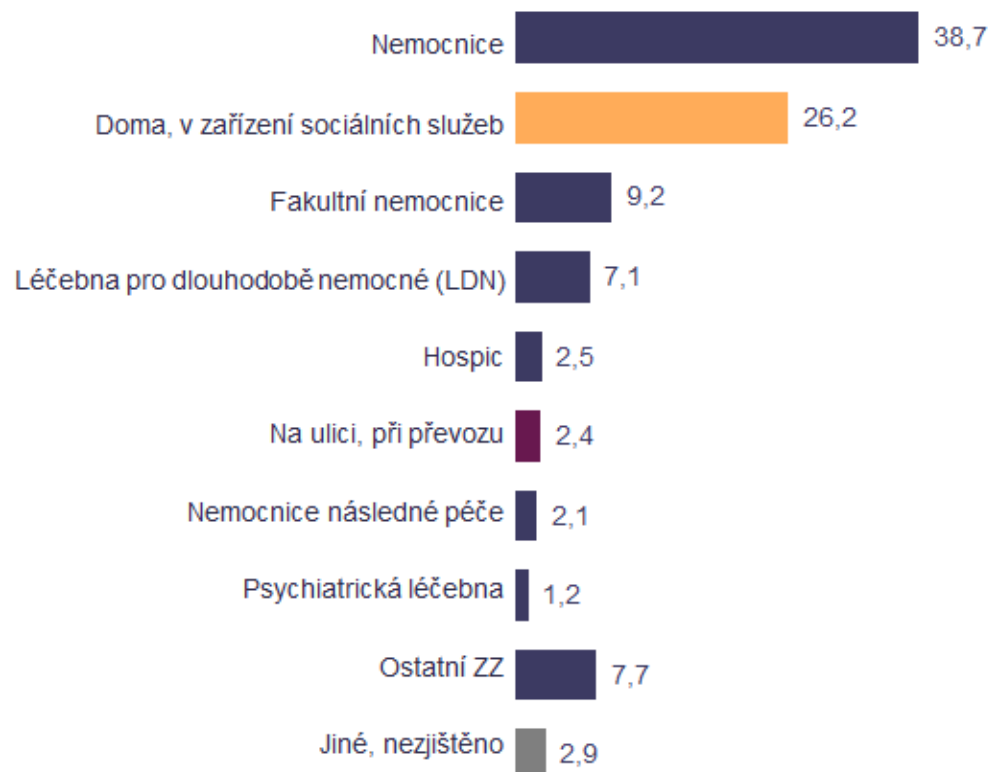


# Místo úmrtí - detailně

V lůžkových hospicích umírá 2.5 % všech zemřelých.



- Ve zdravotnickém zařízení
- Doma, v zařízení sociálních služeb
- Na ulici, při převozu
- Jinde, nezjištěno

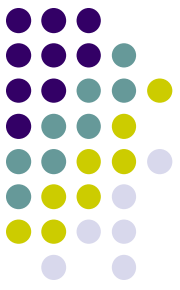


# Současné trendy v medicíně



## *Biomedikalizace (od pol. 80. let 20. století)*

- rozvoj technologií a možností medicíny (např. genová terapie, reprodukční medicína atd.)
- medicína už tělo nekontroluje, ale transformuje
- pozornost se obrací od nemoci ke zdraví
- udržení zdraví jako otázka individuální morální zodpovědnosti a životního stylu
- hledání rizikových faktorů nemocí, náchylnosti k nemocem - je třeba konstantně monitorovat vlastní tělo
- pacient jako konzument
- budoucí „pacient“ oslovován přímo farmaceutickými firmami – spotřeba léků



- Př. Snížení kritického krevního tlaku ze 140/90 na 120/80 by přineslo na trh 30 milionů nových konzumentů léků v USA
- Technologie pro konstantní kontrolu svého zdraví



# Spotřeba antidepresiv

(počet obyvatel beroucí denní dávku na 1000 obyvatel Zdroj: OECD Health Data 2007)



Stát	1995	2005
Austrálie	21,4	67,2
Belgie	?	53,3
Česko	5,4	26,9
Finsko	20,3	
Island	33,0	94,8
Maďarsko	6,3	22,5
Nizozemí	?	39,0
Slovensko	4,0	18,1
Velká Británie	19,6	47,3

# Proměna morální zodpovědnosti za zdraví a stigmatizace nemocí



- Parsons: nemoc jako specifický typ deviace, za kterou není nemocný sankcionován
- Zola: medicína jako klíčová v určování toho, co je a co není normální, sankce v rámci patientského stavu
- Současnost – jsme zbaveni morální zodpovědnosti za nemoc, nebo přichází nový typ zodpovědnosti?