



Vstupní analýza k identifikaci problémů v oblasti přístupu ke zdravotní péči a v poskytování zdravotní péče plynoucí ze specifických potřeb žen a mužů

Zpracovaly: doc. PhDr. Iva Šmídová, Ph.D. a Mgr. Lucie Vondráčková

A. Shrnutí a návrhy opatření

Zdraví žen a mužů sledované statistikami, jeho subjektivní vnímání i to, jak zdraví vymezují a zacházejí s ním instituce ve zdravotnictví, se liší. Celosvětově dokumentované nerovnosti poukazují na neoddělitelnost a praktickou provázanost biologických a sociálních faktorů, které ovlivňují zdraví v každodenním životě i přístup ke zdravotní péči. Tyto faktory mají i svou „genderovou osu“, respektive specifický dopad na rovnost žen a mužů.

Jde přitom o komplexní jev:

- Pozornost věnovaná přístupu ke zdravotní péči pro specifické skupiny obyvatel je bezesporu průřezovým tématem jdoucím napříč většinou resortů státní správy. Vyžaduje spolupráci odbornic a odborníků napříč disciplínami a odbornostmi, ale i napříč odvětvími (zřizovatelé, poskytovatelé, plátcí, příjemci péče apod.).
- Očekávání a praxe spojené s tradiční dělbou rolí mezi muže a ženy mají vliv a formují - spolu s širšími společenskými změnami - stávající genderové vztahy ve společnosti. Reprodukují sociální nerovnosti ve zdraví i v přístupu k péči. Odrážejí se v systému péče, vztahy mezi poskytovateli a příjemci péče, ale i uvnitř těchto segmentů (segregace pracovních pozic a odvětví ve zdravotnictví; rozdíly mezi chronicky nemocnými a pacienty a pacientkami po akutní atace či úrazu či mezi klienty a klientkami ne/státních zařízení apod.).
- Česká republika v tomto směru netvoří výjimku, i naše očekávání a normy kladené na muže a ženy reprodukuje nerovnosti. Ty pak neposkytují stejnou startovní pozici ani rovné šance jednotlivým aktérům i celým segmentům aktérů či profesí. Navíc v českém prostředí nemáme dostatek analýz, které by tuto komplexní situaci podchytily a pomohly jí porozumět.
- Analýzy z mezinárodního kontextu připomínají, že i samotné postupy a metodiky, jakými se epidemiologická a další zdravotnická data získávají, vznikají v kulturně specifickém kontextu. Důležité je věnovat pozornost i tomu, co ve statistikách není, co chybí.
- Analýza příčin nerovností, jejich vysvětlení a pochopení, které povede ke vhodným opatřením, vyžaduje systematickou dlouhodobou práci, spolupráci expertů či expertek z řady disciplín a profesí. Ty se pak promítnou do rozvah nad finančními náklady a legitimitou výdajů na zdraví populace v České republice.



B. Nástin oblastí opatření, které mohou vést ke zmenšení nerovností v poskytované péči

1. Ustavení poradního orgánu a realizace analýz či výzkumů

Existují rozdíly v hlavních zdravotních ukazatelích mezi muži a ženami. Reagovat na ně vyžaduje komplexní koordinovaný meziresortní přístup. Nabízí se ustavit poradní orgán (výbor), jež by pro státní správu připravoval dílčí analýzy i komplexní návrhy systémových řešení. Tato instituce by měla být zřízena mimo jedno ministerstvo a je klíčové vhodně nastavit kompetence a gesce dílčích činností.

Potřebujeme zevrubnější, jak standardizované (reprezentativní), tak specificky cílené výzkumy, které by v textu naznačené hlavní projevy genderových nerovností v přístupu ke zdravotní péči specifikovaly. Nestačí statistická data a přehledy či studie vzniklé na půdě zdravotnických zařízení. Postupy a metodiky, jakými se epidemiologická data získávají, vznikly v kulturně specifickém kontextu. Je nutné reflektovat jejich východiska, političnost i to, co ve statistikách nenajdeme, co chybí. Zde pomohou interpretativní přístupy sociálních věd (kvalitativní analýzy) a přístupy zohledňující komplexitu a podmíněnost procesů i stávajícího stavu.

Vedle odborných analýz, jež informují každou dobrou politiku v dané oblasti, je třeba nastavit pravidla (a zodpovědnost v rámci) meziresortní spolupráce. V tomto ohledu se jeví jako nepostradatelné těleso vláda a její poradní orgány, přičemž podle našeho soudu by si komplexní téma zdraví zasloužilo samostatný výbor, minimálně dočasně. Výše jsme též naznačili, že v takových skupinách a výborech by měli být vždy proporčně či profesně zastoupeni všichni dotčení aktéři, včetně různých skupin příjemců a příjemkyň péče.

Zároveň, řadu identifikovaných rozdílů ve zdravotních ukazatelích lze vystopovat na úrovni ovlivnitelných rizikových faktorů souvisejících s životním stylem. Pro účinnou změnu stavu je tak třeba s kategorií genderu pracovat např. již na základních školách v osvětových a preventivních programech. Orientace na populaci školních dětí má řadu výhod, především se ale dá zachytit celá populace, u které je založen předpoklad pro lepší zdraví okamžitě i do budoucna. Preventivní a osvětové kampaně zaměřené na starší skupiny je obtížnější zacílit.

2. Zohlednění genderové a věkové nerovnosti při tvorbě strategie navazující na strategii Zdraví 2020

Téma zdraví je obecně prezentováno i v České republice jako priorita číslo jedna. Zmínky o potřebě lepšího zdraví populace se periodicky opakují v klíčových politických i správních dokumentech, často s odkazem na dokumenty Evropské unie. Zůstává však často pouze u proklamací. Zatímco na evropské úrovni již léta existují strategie a klíčové dokumenty, Česká republika v řešení a strategiích zaostává. Zdravotním nerovnostem se zde dosud nevěnovala žádná soustavná pozornost i proto, že politická i odborná sféra stále považuje nerovnosti za běžnou součást života (Kříž 2015). Genderová dimenze opakovaně není ve strategii Zdraví 2020 identifikována jako prioritní, přestože se týká celé populace a je dimenzí přítomnou i v identifikovaných geografických, environmentálních, sociálních



a etnických nerovnostech.¹ V tomto smyslu se tedy nabízí při tvorbě navazující strategie jasně identifikovat a pracovat s věkovou a genderovou nerovností ve zdraví jako s klíčovými faktory sociálně podmíněných nerovností. Kulturní a sociální vzorce spojené se sexismem (diskriminace na základě pohlaví) a ageismem (diskriminace na základě věku) nerovnosti udržují a aktivně reprodukují. Jakkoliv formální instituce, které by téma řešit mohly, ustaveny jsou, absence jejich meziresortní povahy a přetrvávající marginalizace významu genderových nerovností vyžaduje ustavit koordinátora a mediátora jejich práce, s čímž již počítá strategie Zdraví 2030.

3. Inspirace dobrou praxí ze zahraničí

Česká praxe může čerpat ze zkušenosti zahraničí. Sociologie či antropologie medicíny, těla, zdraví a nemoci jsou v mezinárodním měřítku (a to například i v Polsku) plně etablované a bohatě činné subdisciplíny. Na úrovni Evropské Unie a OECD, se zdravím v kontextu rovnosti žen a mužů zabývá mnoho dokumentů (viz níže). Jejich shodnou tezí je potřeba snížení existujících nerovností. V českém dokumentu Zdraví 2020 však stále nebyla rovnost žen a mužů jako priorita identifikována, obdobně je tomu i u Strategického rámce zdraví 2030, které je v současné době v meziresortním připomínkovém řízení.

V dokumentu „Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii“ (Evropská komise 2010) je tento úkol označen za klíčovou součást strategie EU a „významnou součást politik a iniciativ v oblastech jako je užívání tabáku, obezita, konzumace alkoholu, zdraví mladistvých či duševní zdraví a explicitně se uvádí také podpora zdraví a prevence chorob. Dokument informuje o finanční podpoře opatření týkajících se zdravotních nerovností prostřednictvím několika programů a nástrojů EU, např. Evropského sociálního fondu (ESF). Analogicky akcentuje snižování zdravotních nerovností WHO v programu Health 2020“ (Kříž 2015: 39).

V tomto bodě se nabízí kvalitní překlady aktuálních verzí evropských dokumentů, pokud nejsou k dispozici, a opět meziresortní či koordinační a mediační dohled nad prací věnovanou všem zmíněným faktorům – je třeba je transformovat do praktických opatření, k čemuž je vhodné přizvat genderově citlivé sociální vědce a vědkyně.

4. Důsledné propojování všech důležitých aktérů

¹ Jak v úvodníku tematického čísla „Zdravotní nerovnosti: staré problémy a nová řešení“ časopisu Hygiena (2015/60(2): 39) uvedl lékař Jaroslav Kříž: *Cestou k novým přístupům se stala strategie Zdraví 2020, v níž strategický cíl č. 1 výslovně stanovuje „zlepšit zdravotní stav a snížit nerovnosti v oblasti zdraví“ (...)* Zhodnocení situace v ČR se ujala pracovní skupina pro otázky nerovností ve zdraví jmenovaná hlavním hygienikem. Vycházela z dílčích objektivních informací a odborných odhadů, protože systematický monitoring zdravotních nerovností se neprovádí. Bylo navrženo řešit v ČR čtyři nejvýraznější nerovnosti: 1. propastný rozdíl mezi zdravotním stavem obyvatel Ústeckého kraje a obyvatelstva Prahy, jako (referenčním) regionem s nejvyšší v Česku dosažitelnou úrovní zdravotních indikátorů, 2. rozdíl mezi zdravotním rizikem obyvatel Ostravska exponovaných vysokému stupni znečištění ovzduší a neexponovanou populací, 3. zhoršenou dostupnost dostatečné a zdravé výživy pro děti z rodin ohrožených chudobou a seniorů ohrožených chudobou a 4. vysoké rozdíly ve zdraví mezi romskou a většinou populací. I když nejsou k dispozici reprezentativní data, je pravděpodobné, že naděje na dožití u Romů je o 10 let nižší, než jsou české průměry. Uvedené čtyři nerovnosti se týkají zhruba 1,6 milionů lidí ve znevýhodněném postavení a pokrývají čtyři důležité typy nerovností ve zdraví – geografickou, environmentální, sociální a etnickou. Zdravotních nerovností je sice v ČR víc, ale na počátku realizace Zdraví 2020 je vhodné koncentrovat síly na menší počet dobře definovaných problémů.



Je klíčové věnovat systematickou pozornost všem aktérům, všem stranám poskytované péče – poskytovatelům, příjemcům a příjemkyním, plátcům, tvůrcům politik a reforem. Je důležité si uvědomit, že všichni aktéři jsou součástí systému, který není hodnotově neutrální a do svého jednání promítají též své představy o rolích žen a mužů. Tyto představy často vytvářejí hierarchické vztahy a nerovnosti. Paternalismus zdravotní péče, nerovnosti uvnitř systému zdravotnictví (mezi profesemi) i způsoby, jak se definují priority a způsoby financování mají jasnou genderovou osu.

Z pohledu pacienta například chybí komplexní podpůrná služba, jakýsi průvodce pacienta, který jej informuje a konzultuje s ním nabízenou péčí, funguje zároveň jako koordinátor (časově sladí harmonogram péče) a tlumočnick, styčný důstojník mezi institucemi, či mediátor.

Genderovou disproporci v délce let prožitých ve zdraví je nutné mít na paměti například při nastavování kapacit péče o osoby s chronickým či „funkčním“ omezením, nebo při posouvání hranice odchodu do penze.

Neexistuje dostatečná propojenost v péči poskytované zdravotním či sociálním sektorem. Vedle formálně garantované neutrality, existuje praxe, která reprodukuje nerovnosti. To dokumentuje selhávání státu v této oblasti.

Text vstupní analýzy tematizuje několik klíčových oblastí zdravotního stavu a jeho dopady na nerovnosti v péči v širších souvislostech:

- genderové aspekty zdraví
- výdaje na zdravotní péči
- střední délka života a naděje na dožití ve zdraví
- úmrtnost a příčiny úmrtí (včetně sebevražd)
- nemocnost – typy onemocnění, nemoci z povolání, komplexita zdraví a domácí péče či hospitalizace
- specifické oblasti péče – příklad reprodukčního zdraví
- životní styl jako ukazatel zdraví – závislosti, stravování
- genderové stereotypy a zdraví



C. Vstupní analýza

Zdravotní péče je velmi složitý systém, příjemci a příjemkyně péče přitom často vyžadují systémové řešení svých problémů, jež mnohdy zasahuje více oblastí či často i mimo resort samotného zdravotnictví; po hospitalizaci následuje domácí péče; finanční možnosti lidí v různých segmentech společnosti se liší apod. Navíc v různých úrovních řízení a systému péče je třeba jiného typu opatření, aby se zohlednil a minimalizoval dopad genderové struktury společnosti a nerovností, jež z ní plynou.

K tomu, abychom porozuměli a vysvětlili rozdíly či podobnosti a identifikovali příčiny a zdroje nerovností, je třeba jít za biologická a medicínská vysvětlení stavu věcí a věnovat pozornost nejprve klíčovému stratifikačním kritériím společnosti. Sem patří zejména věk a kategorie pohlaví, dále pak sociální postavení (ekonomický i vzdělanostní status), příslušnost k majoritní populaci daného území (etnické, náboženské, jazykové, nebo i sexuální), ale třeba také lokalita bydliště nebo stav životního prostředí. Zdraví je považováno nejen za hodnotu individuální, ale zároveň za hodnotu společenskou, bývá také předmětem mezinárodních srovnávacích ukazatelů „wellbeing“ zemí. Pozornost věnovaná přístupu ke zdravotní péči pro specifické skupiny obyvatel a obyvatelek je bezesporu průřezovým tématem jdoucím napříč většinou resortů státní správy. Vyžaduje spolupráci odbornic a odborníků napříč disciplínami a odbornostmi.

Vedle tvrdých měřitelných proměnných, jako je zejména pohlaví nebo věk, zdraví ovlivňuje sada dalších faktorů měkčí - sociální, kulturní či historické - povahy, jako je třeba životní způsob jednotlivých lidí, dělba práce, přístup ke zdrojům, nebo míra konformity a spokojenosti s tzv. normativními vzorci společenského jednání, s konvencemi. Jde o to, jak je péče o zdraví zahrnuta v životní každodennosti lidí a to jak v soukromé, tak ve veřejné sféře. Mezi tato (zdánlivě) měkčí kritéria tak spadají nejen vliv očekávání a praxe spojené s tradiční dělbou rolí mezi muže a ženy, ale i širší společenské změny s dopadem na genderové vztahy ve společnosti.²

V agendě Rady vlády pro rovnost žen a mužů (dále jen „Rada“) je proto potřeba obrátit pozornost k analýze zdraví, aby vláda mohla připravit fundovaná a informovaná rozhodnutí, postupy a politiky. Ty se pak promítnou do rozvah nad finančními náklady a legitimitou výdajů na zdraví populace v České republice.³

² Genderem rozumíme kategorii a pojem odkazující na sociálně a kulturně podmíněné a konstruované rozdíly mezi ženami a muži, které jsou historicky a místně proměnlivé. Nejsou přirozenou a neměnnou charakteristikou žen a mužů, ale odráží aktuální stav sociálních vztahů mezi nimi. Jako takový tedy gender doplňuje kategorii pohlaví (biologických znaků žen a mužů). Pro srozumitelnost a konceptuální zkratku v tomto dokumentu dále někdy pracujeme s termínem „sociálních rolí“, jakkoliv jde o problematizovaný termín.

Je důležité rozlišovat mezi kategorií pohlaví, která odkazuje k rozdělení mužů a žen na základě biologických znaků, a genderem. Kategorie genderu pracuje s historickými, kulturními a sociálními vztahy mezi muži a ženami, jež zakládají na rozdílný přístup v očekáváních na to, co je pro ženy či muže správné, normální, žádoucí. V tomto dokumentu bližšímu vymezení pojmů nemůžeme věnovat zevrubnější pozornost. Odkazujeme zde proto na vymezení, s nímž pracuje například Český statistický úřad ČR: https://www.czso.cz/csu/gender/gender_pojmy nebo k definici vládou ČR nově přijatého Akčního plánu prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019 – 2022: (<https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Akcni-plan-prevence-domaciho-a-genderove-podmineneho-nasilii.pdf>).

³ Samostatné téma pak tvoří zdravotní péče o cizince žijící v ČR a chybějícího finančního krytí některých zdravotních výdajů z jejich povinného pojištění.



Tématu zdraví a nerovností je přitom celosvětově dlouhodobě věnovaná pozornost ze strany sociálních a humanitních věd. V západních demokraciích vyšly zásadní výzkumy a zprávy tematizující genderovou podmíněnost zdraví již v 70. či 80. letech minulého století (např. Becker et al. 1977, Gray 1982). Sociologie či antropologie medicíny, zdraví a nemoci tvoří jednu z největších subdisciplín sociálních věd. Důležité jsou však i další pohledy – ekonomický, právní, psychologický apod. Analýzy se soustředí jak na diferenciaci rizik, tak ohrožených skupin, na distribuci nerovného přístupu k péči nebo na životní způsoby, které mají na zdraví žen a mužů v různých etapách jejich životů vliv. Samostatnou sadu témat pak tvoří pozornost věnovaná systému zdravotní péče, profesím a organizacím zapojeným ve zdravotní péči. Ještě jiná, výrazně teoretičtější větev bádání pak analyzuje samotné definice pohlaví (jsou jen dvě?; a je pohlaví opravdu dáno biologicky?), na ně navázaných sociálních rolí či identit (genderu) a z nich plynoucích sociálních očekávání a norem (třeba i v oblasti lidské sexuality). I tyto perspektivy mají významný dopad na zdraví konkrétních skupin lidí a na přístup ke zdravotní péči.⁴ Lze předpokládat, že Česká republika v tomto směru netvoří výjimku. I zde je přístup k péči ovlivněn nerovným přístupem ke zdrojům mezi muži a ženami, které do vysoké míry plynou z historických, kulturních a společenských očekávání od mužů a žen ve veřejné, respektive soukromé sféře. To se částečně odráží jak ve formálním nastavení, tak i v každodenní praxi.

Nemoc není jen medicínskou diagnózou nebo fyzickým stavem těla, ale i sociálním jevem (Lorber a Moore 2002). O tom jak být dobrým pacientem, o procesu socializace lékařů (toho, jak si osvojují svou profesi a jednání s ní spojené) či o vztazích mezi zdravotnickými profesemi vyšla řada klasických studií již v polovině minulého století (Parsons 1951, Oakley 1974, Goffmann 1961, Becker et al. 1977, Lacqueur 1992 a 2002). V posledních dekadách je věnována mezinárodní výzkumná pozornost i tomu, jaké role plynou z norem jednání očekávaného od žen nebo od mužů; nebo ve srovnání osob závislých či samostatných, nemocných či mocných apod. Pozornost je přitom věnována aktérům na obou stranách – jak příjemcům a příjemkyním péče, tak poskytovatelům. Právě i fungování organizací a institucí poskytujících zdravotní péči má svá genderová specifika a jazyk, kterým komunikujeme, má jasnou genderovou symboliku.⁵ Rozpočtové priority státu s dopadem na fungování systému zdravotní péče jako takové, měření a evidence výdajů, politika pojišťoven i nastavení farmaceutického a biomedicínsko-technologického průmyslu též ovlivňují to, jak se v konečném důsledku zachází se zdravím konkrétních lidí, žen a mužů. V českém prostředí máme nedostatek analýz, které by tuto komplexní situaci podchytily a popsaly. Na základě jejich vysvětlení a porozumění by mohla být připravena kvalifikovaná strategie a navržena taková opatření, jež by nerovnost v přístupu ke zdravotní péči mezi muži a ženami pomohly zmírnit a řešit.

⁴ V této vstupní krátké analýze není prostor věnovat se specifickým nárokům např. transgender osob nebo neheteronormativním formám sexuality. Je však třeba zdůraznit, že lidský život zaslouží péči ve všech jeho pestřích formách a podmínkách. Zejména ty lidské osudy vnímané majoritní společností jako okrajové či „ne – normální“ často vyžadují specificky citlivý přístup pečujících organizací a profesionálů.

⁵ Znovu zde není prostor podrobněji vysvětlit fakt, že gender není pouze individuální vlastností jedinců, je součástí tradiční institucionalizované dělby práce (ženy primárně v biologické reprodukci a muži v oblasti materiální produkce), nejen mezi soukromou a veřejnou sférou. Promítá i do segmentace celých odvětví trhu práce – služby, péče a výchova oproti technickým a IT oborům nebo třeba politice. Přívlastky jako aktivní – pasivní, racionální – emocionální, měkký – tvrdý pak mají kulturně specifické genderové konotace (Bourdieu, Harding, Šmausová – jen několik jmen za sociální vědy; nebo nedávné publikace v češtině Jana Valdřová o genderové lingvistice nebo překlad britské knihy *Od přírody podřadné* o rozporu vztahu mezi tzv. ženskou přírodou a mužskou kulturou).



a) Genderovanost zdraví

Z epidemiologických statistik a úmrtnostních tabulek plyne, že „ženy bývají nemocnější a muži umírají dříve“ (Lorber a Moore 2002: 9), což lze vysvětlit různými sociokulturními rizikovými faktory, kterým ženy a muži čelí, jako jsou genderové normy, příslušnost k určité etnické skupině, přístupem k ekonomickým zdrojům nebo mírou sociálních vazeb (Lorber a Moore 2002: 9). To, čemu jsou lidé vystaveni, nebo naopak od čeho jsou ochráněni, pokud jde o příčiny nemocí, je ovlivněno sociálním prostředím a jednáním v určitých situacích.

Samotné postupy a metodiky, jakými se epidemiologická data získávají, vznikají v určitém kulturně specifickém kontextu. Odrážejí tak převládající pohled na to, co má být sledováno, těmi, kdo práci zadávají a rozhodují o tom, co je považováno za podstatné měřit (ibid). Některé ohrožené skupiny populace tak systematicky ze statistických přehledů vypadávají. Ani dobré statistické přehledy nenabízejí vysvětlení daných jevů či příčin sociálních problémů souvisejících se zdravotním stavem populace. Některé jevy spolu souvisejí více než jiné a naopak, někdy tabulky ukazují jen zdánlivý vztah mezi statistickými veličinami. Důležité proto je věnovat pozornost jak interpretaci, tak tomu, co ve statistikách nenajdeme, co chybí. V České republice byla těmto vysvětlujícím komplexním analýzám dosud věnována pouze zcela okrajová pozornost.

Téma hierarchie vztahů mezi aktéry ve zdravotní péči, přístup žen a mužů a jejich specifických podkategorií ke zdrojům (informačním, finančním, sociálním), jež určují kvalitu poskytované péče, ale třeba i změny související s medikalizací⁶ životních etap (těhotenství a porod, stárnutí a umírání apod.) nebo stavů, jež zdraví ovlivňují (diety, obezita, nebo třeba disabilita), má genderovou dimenzi. Pozornou analýzou lze na tyto nerovnosti poukázat a citlivá politika pak identifikované příčiny a dopady začít měnit.

b) Zdraví v kontextu výdajů na zdravotní péči

To, že kategorie genderu (sociální role žen a mužů) souvisí se zdravím (a naopak), je patrné již z údajů, jak sledovaná kategorie pohlaví spolu s věkem diferencuje strukturu průměrných výdajů na zdravotní péči.

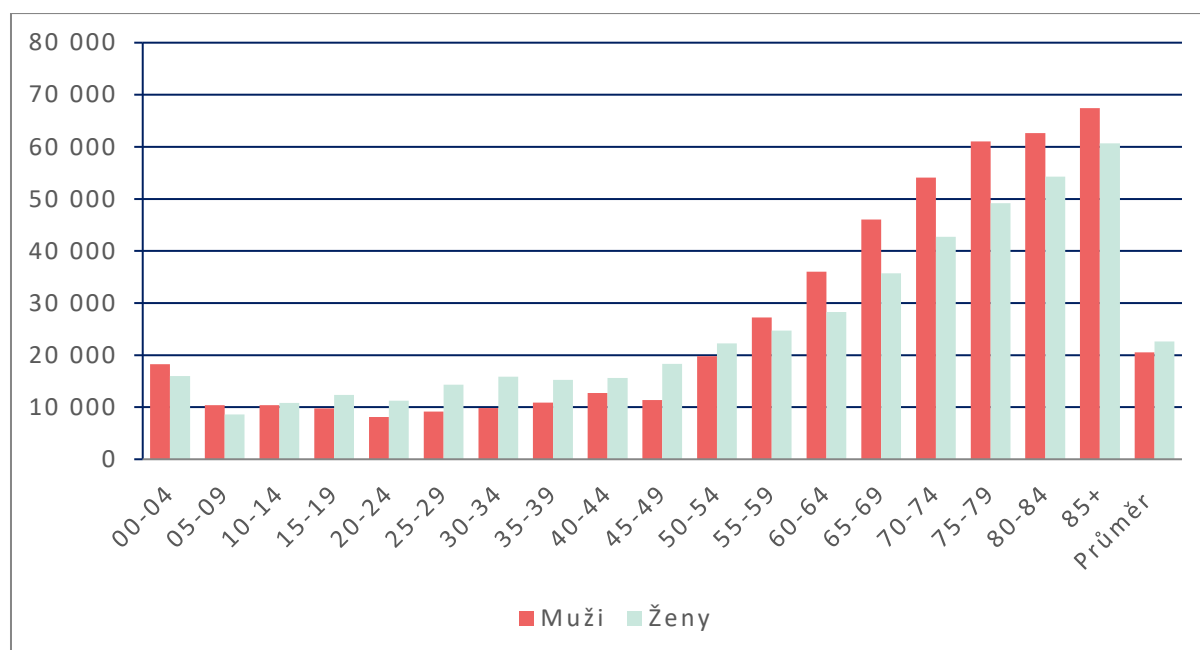
Jak je vidět z grafu níže, v průměru stojí zdravotní péče o muže v ČR o něco méně než o ženy, ovšem tyto výdaje jsou věkově specifické. Péče o starší muže, kterých však je v populaci méně než žen (dožívají se kratší délky života), je výrazně dražší. Stejně tak v nejranější fázi života jsou zdravotní výdaje na chlapce vyšší. Naopak zdravotní péče o ženy je statisticky nákladnější z hlediska úhrad pojištěn v širším reprodukčním období jejich života (10 – 54 let) a je tedy spojená také s výdaji na jejich reprodukční zdraví a péči spojenou s těhotenstvím, porodem a poporodní péčí. Výdaje navíc rostou nerovnoměrně. Český statistický úřad (2012) uvádí, že od roku 2000 vzrostly průměrné výdaje na jednoho pojištěnce - muže o 103% a na jednu ženu o 83%. Vysvětlení tohoto stavu ze statistik vyčíst nelze, je třeba samostatné studie či výzkumu.

⁶ Medikalizace znamená silný vliv a zasahování medicínského vědění do lidského života a jeho fází či situací. S medikalizací souvisí praxe, kdy začneme pojmenovávat i k řešení situací používat medicínské termíny a prostředky. Příkladem je zájem medicíny o alkoholismus jako sociální fenomén (Conrad 1992:209).



Téma finančních nákladů zdravotní péče je příliš komplexní na to, abychom je obsáhli v této úvodní studii. Dále v textu se tedy zaměříme na klíčové genderové rozdíly či překvapivé podobnosti související se zdravím, nemocemi i úmrtími. Mají ilustrovat oblasti, jimž by bylo vhodné věnovat analytickou pozornost jak výzkumnou, tak z hlediska politické agendy České republiky.

Graf 1: Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2013 (Kč)



Zdroj: ČSÚ 2012: Výdaje zdravotních pojišťoven

Analýza příčin rozdílného zdravotního stavu a přístupu lidí k náležité péči vyžaduje srovnávací přístup, využít jak statistik, tak přístupů vysvětlujících a chápajících. Samotné odlišnosti ještě nutně neznamenají nerovnosti, ovšem vztahy příčin a následků jsou provázané. Jde o nastavení systému zdravotnické péče, to, čemu je věnována soustavnější pozornost, a co bylo doposud spíše přehlíženo či odsouváno na později, přístup lékařek a lékařů k jednotlivým pacientům a pacientkám i například nastavení úhradových vyhlášek pojišťoven apod. Tak jako ve světě lze předpokládat, že tyto systémy nejsou hodnotově neutrální, vyrostly z historického, kulturního i společenského podhoubí, jež si cení některých výkonů, práce a bytí více než jiných. To se týká i hodnoty práce a péče, posouzení rozumu a citu, tedy životů mužů a žen.

c) Střední délka života

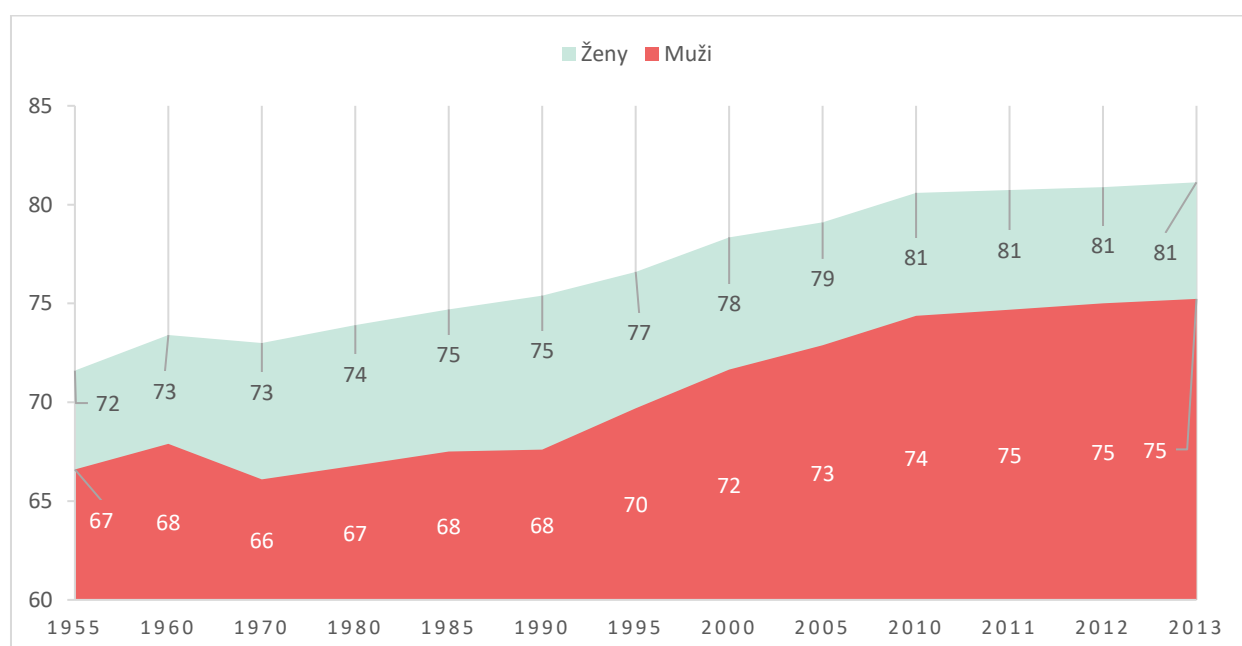
Nerovnosti mezi ženami a muži existují už na samém počátku života v odlišné naději dožití. Tento odhad střední délky života jde napříč naprostou většinou států světa ve prospěch dlouhověkosti žen. Ve státech Evropské unie rozdíl činí průměrně 5,5 let (OECD/EU 2018:82). Pro jednotlivé země se však rozdíl v délce života liší, jakkoliv se v posledních 20 letech mírně snížil, a to zejména díky rychlejšímu růstu naděje dožití mužů oproti ženám. S rozdílnou délkou



života se pojí návyky související s životním stylem a odlišnou mírou vystavení rizikovým faktorům, což jsou faktory sociální povahy, proto je rámuje jako genderové. U mužů jde zejména o vyšší podíly kuřáků, vyšší konzumaci alkoholu a nezdravé stravování, což se odráží ve vyšší úmrtnosti na onemocnění srdce a cév, dále výskyt různých druhů rakoviny a dalších smrtelných nemocí.

V České republice mají ženy vyšší naději dožití než muži (ČSÚ 2018). Na počátku 90. let rozdíl činil 7,9 let ve prospěch žen (75,5 let respektive 67,6 let). Za čtvrtstoletí se rozdíl zmenšil o 2 roky, což je stejný trend jako v okolních státech. Rozdíly mezi muži a ženami a vývoj trendu střední délky života ukazuje Graf 2.

Graf 2: Vývoj střední délky života při narození



Zdroj: Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích: 13

Genderové rozdíly ve střední délce života mají přímé sociální dopady. Odrážejí se v podobě posledních let života, které muži častěji prožívají v domácnosti s pečující partnerkou. Naproti tomu ženy poslední léta žijí spíše osaměle, ať už ve vlastní domácnosti, nebo v zařízeních s různými stupni pečovatelských služeb. Nárůst střední délky života je obecně považován za pozitivní trend a do jisté míry ukazatel vyspělosti společnosti. Je však mírou poměrně hrubou, nevypovídá o kvalitě života jako takové nebo o kvalitě let získaných v důsledku prodloužení života, implicitně ale naznačuje, že větší podíl populace dosahuje pokročilejšího věku, kdy je zároveň vyšší pravděpodobnost poklesu kognitivních schopností i fyzické kondice. Statistická data naznačují (OECD/EU 2018), že je třeba zvažovat a pracovat s rozdílným přístupem k péči pro občany a občanky v různých fázích života.

Pokud jde o délku života, je v tomto směru důležitým ukazatelem zdraví populace předpokládaná naděje dožití ve zdraví (healthy life expectancy). Ukazuje, zda jsou roky získané prodlužující se délkou života prožity ve zdraví a lze je tedy považovat za plnohodnotné (OECD/EU 2018:85). Vyšší hodnota této veličiny znamená méně odchodů do předčasného



důchodu ze zdravotních důvodů a nižší potřebu péče. Evropané a Evropanky mohou v průměru očekávat prožití 80 % svého života bez zdravotních omezení. Tento podíl zdravých let v životě je přitom nižší u žen (77 %) než u mužů (81 %) (OECD/EU 2018: 86). Ženy během celého života uvádějí horší zdravotní stav a větší omezení každodenních aktivit v důsledku své kondice. Ovšem právě subjektivní postoj k vlastnímu zdraví je, jak jsme uvedli již v úvodu, do značné míry ovlivněn genderovou socializací. Společnost ženy z hlediska dohledu nad svým zdravím více disciplinuje a muže naopak vede k zanedbávání příznaků nemocí či slabosti. Na druhé straně se do zdravotního stavu – subjektivně i objektivně – promítá náročnost práce (placené i neplacené), kterou konkrétní lidé dlouhodobě vykonávají. Na fyzické i duševní zdraví, na „well-being“, má vliv i míra společenského uznání lidem v konkrétních segmentech společnosti a sociálních rolích, které jsou ovlivněné kombinací pohlaví, věku, společenského statusu (třídy) a etnicity.

Genderový rozdíl v dožití ve zdraví odráží také to, že ženy žijí déle a na konci života prožívají delší období se zdravotními omezeními. Pokud jde o počet očekávaných zdravých let v životě, genderový rozdíl prakticky neexistuje – v Evropských státech je to průměrně 64,2 let pro ženy a 63,5 pro muže. Rozdíl je ale patrný v délce života s omezením – u žen je to 19 let, u mužů 15 let (OECD/EU 2018: 86). I v této oblasti je tedy vhodné se zaměřit na specifika přístupu této kohorty občanů (zejména občanek) k poskytované zdravotní a sociální péči.

V České republice ženy prožijí ženy 22 % života s funkčními omezeními, muži 18 % života. Nejen, že tuto část života nemusejí vnímat jako plnohodnotnou, což se odráží na jejich celkové spokojenosti a well-beingu, zároveň tato situace omezuje možnosti sociální participace jedinců (Warmer a Adams 2016) a klade nároky na zdravotní i sociální péči. Genderovou disproporcí v délce let prožitých ve zdraví je nutné mít na paměti například při nastavování kapacit péče o lidi dlouhodobě funkčně omezené nebo při posouvání hranice odchodu do penze. Prodlužující se délka života totiž nutně neznamená plnohodnotný život. Podrobné porovnání obou ukazatelů z hlediska genderových rozdílů napříč Evropskými státy nabízí zpráva Health at a glance (OECD/EU 2018:87).⁷

d) Struktura úmrtnosti žen a mužů a implikace pro zdravotní péči

Odlíšná naděje dožití i rozdíly v podílu zdravých let života žen a mužů souvisí s odlišnými vzorci lidské úmrtnosti. Tyto vzorce jsou jak biologicky podmíněné, tak se do nich promítají sociální souvislosti. Podíly příčin úmrtí podle pohlaví a jejich vývoj z hlediska proporčního zastoupení v čase se mění, jejich pořadí však zůstává zachováno. Hlavními příčinami úmrtí žen i mužů jsou nemoci oběhové soustavy a různé druhy rakoviny následované nemocemi dýchací soustavy a vnějšími příčinami smrti.⁸ Po větší období života umírá v jednotlivých věkových kategoriích více mužů než žen, což je opět dáno vyšší nadějí dožití žen (OECD/EU 2018:88). Více než 80 % všech úmrtí nastává po 65. roce života a nejčastější příčinou úmrtí pro tento věk jsou nemoci spojené s oběhovou soustavou, u mladších lidí a zejména u mladších žen je nejčastější příčinou smrti rakovina (OECD/EU 2018:88).

⁷ Viz příloha Graf A.

⁸ Viz příloha Graf B.



Nemoci oběhové soustavy jsou napříč evropskými státy hlavní příčinou úmrtí. Infarkt myokardu a cévní mozková příhoda jsou z této kategorie nemocí nejčastější a dle věkových kategorií na ně průřezově umírají muži o 40 % častěji než ženy. Nicméně celkově na nemoci oběhové soustavy zemře v průběhu celého života více žen než mužů. Právě pozornost věnovaná specifickým úmrtnostem může podhalit skryté rozdíly v prevenci a přístupu k léčbě mužů a žen.

Ukazatelem rozdílů mezi muži a ženami v kategorii nemocí oběhové soustavy jsou například provedené srdeční operace. Ze všech pacientů a pacientek tvoří muži 72 %⁹, ti jsou oproti ženám o 6 let mladší (71 let versus 65 let) (ÚZIS 2018a:2). Do skupiny kardiovaskulárních onemocnění spadá také cévní mozková příhoda, která je nejčastější příčinou trvalé invalidity.

Druhou nejčastější příčinou smrti jsou v České republice, stejně jako obecně v Evropské unii, novotvary. Na některý z druhů rakoviny u nás v posledních letech umírá ročně asi 30 000 lidí (ÚZIS 2016: 6). Pro ženy to znamená 22 % všech úmrtí, u mužů 29 %. U žen šlo o rakovinu prsu a rakovinu plic, u mužů o rakovinu plic a rakovinu tlustého střeva. Pro muže je přitom rakovina častěji než pro ženy diagnózou fatální, což opět naznačuje nedostatečně podchycenou prevenci, která nedokáže zachytit časná a dobře léčitelná stadia nemoci. Tím, že se výskyt rakoviny jak u žen, tak u mužů zvyšuje, nabývá na potřebě věnovat pozornost analýze a tvorbě politik či opatření, jež povedou k prevenci, včasné léčbě a minimalizaci genderově specifických fatálních dopadů rakoviny.

Vnější příčiny úmrtí jsou podkategorií úrazů. Ty činily 3 % úmrtí mezi všemi úmrtími žen a 6 % mezi úmrtími mužů v roce 2015. Úrazy jsou výrazně častější příčinou úmrtí mužů ve všech sledovaných kategoriích: dopravní, pracovní, sportovní, v domácím prostředí, pod vlivem alkoholu, drogy nebo i ostatních příčin. I zde je patrný vzorec genderově podmíněného životního způsobu žen a mužů – opatrnost a pohyb v bezpečnějších prostředích na jedné straně a na druhé vystavení rizikovým podmínkám, ale i rizikové chování. Genderové rozdíly tak ovlivňují nejen zdraví a vyžadovanou péči, ale i příčiny úmrtí.

e) Sebevražednost

Ukončení života sebevraždou je jedním z fenoménů, který má nejen v České republice silnou genderovou linku. Tendenci ukončit svůj život sami měli vždy výrazně vyšší muži než ženy. Počet sebevražd mužů byl po celou 2. polovinu 20. století minimálně dvojnásobný ve srovnání s počtem sebevražd žen. V druhé polovině devadesátých let se převaha mužů zvýšila. V posledním pětiletém období 2012–2016 na jedno dobrovolné ukončení života ženy připadlo 4,4 sebevražd mužů, když sebevraždou zemřelo v ČR v průměru ročně 1 209 mužů a jen 273 žen. Počet sebevražd však celkově klesá. Pokles sebevražednosti je opět genderově diferencovaný, u žen klesá rychleji, což právě vysvětluje statisticky rostoucí zastoupení mužů (ČSÚ 2019).

Rozdíl v počtech pokusů o sebevraždu je už však menší. V některých zemích Evropské unie dokonce ženy převyšují muže (OECD/EU 2018). Ženy tak mají vyšší podíl nedokonaných sebevražd, což také souvisí s typickými způsoby provedení, kdy různé způsoby mají různé

⁹ Viz příloha Graf C.



pravděpodobnosti dokonání – např. skok z výšky nebo pod vlak je téměř vždy fatální, zatímco otrava medikamenty ne. Proporce mezi způsoby provedení a ne/dokonáním sebevraždy se mění též vlivem pokroku medicíny, který v některých pokusech o sebevraždu dokáže zasáhnout účinněji než u jiných.

Nejvíce lidí volí pro svou dobrovolnou smrt oběšení. U mužů tento způsob převažuje výrazněji než u žen: oběšením umírá více než 60 % sebevrahů-mužů (61 % v období 2012–2016), zatímco mezi ženami obvykle 40–45 % (40 % v období 2012–2016). Druhou nejčastější formou dokonané sebevraždy je u žen otrávení (21 %), a to i přesto, že počet i relativní váha takto zemřelých se v průběhu desetiletí významně snížila. ČSÚ (2019) jako vysvětlení tohoto poklesu uvádí změnu způsobu vytápění domácností nebo větší bezpečnost plynových spotřebičů, takže ubylo otrávení plynem a proporčně se zvýšilo zastoupení otrávení medikamenty (ÚZIS 2002:10) U mužů je druhou nejčastější formou dokonané sebevraždy v současné době zastřelení (13 %), které je u žen evidováno naopak zřídka (2 %). Právě u tohoto způsobu se projevuje genderově diferencovaná struktura příležitostí, kdy muži jsou častěji vlastníky zbraní. Další větší skupinu sebevražd (zejména u žen) naplňují sebevraždy skokem z výšky, jejichž zastoupení se naopak během let zvýšilo. Rostoucí zastoupení skoku z výšky může znamenat, že se tento způsob nestal oblíbenější, ale je, na rozdíl třeba od otrav, častěji fatální.

f) Výskyt onemocnění

Rozdíly mezi muži a ženami lze identifikovat i ve výskytu, průběhu a typech onemocnění. Liší se délka léčby či počty hospitalizací, nebo způsob léčby v domácím či nemocničním ošetření. Například muži mají obecně vyšší pravděpodobnost výskytu infekčních onemocnění jako je žloutenka typu B nebo HIV. Dlouhodobě též přetrvává výrazně vyšší výskyt TBC u mužů než u žen (2,1:1 v ČR 2013), i když Česká republika patří mezi evropské země s nižším výskytem TBC obecně.

Z neinfekčních onemocnění, která mohou souviset s životním stylem a jsou tedy potenciálně ovlivnitelná vhodnými opatřeními na úrovni prevence zdraví žen a mužů, zaslouží pozornost diabetes, který Světová zdravotnická organizace označuje za 3. nejzávažnější rizikový faktor předčasného úmrtí celosvětově (WHO 2016). Od roku 2000 roste v Evropě počet nově diagnostikovaných případů diabetu zejména u mužů. Za posledních 17 let se jejich počet téměř zdvojnásobil (na 17 milionů pacientů). Počet nově diagnostikovaných pacientek roste pomaleji, i tak jde o více než padesátiprocentní nárůst. Liší se i zastoupení pohlaví v jednotlivých věkových kategoriích nemocných. U věkové skupiny 40-59 let jsou více zastoupeni muži, ženy naopak převažují v nejstarší věkové kategorii nad 70 let (OECD/EU: 106). Česká republika v tomto směru není výjimkou, rostoucí trend je také patrný (ÚZIS 2015).

Jak už jsme naznačili u diabetes, vysvětlení výskytu nemocí a rozdílů mezi ženami a muži lze hledat ve faktorech životního stylu, návycích a chování zvyšujícím pravděpodobnost nákazy v případě infekčních onemocnění nebo riziko sklonu k dalším onemocněním a úmrtí. Odlišnosti v tolerovaném a vyžadovaném jednání a ve vztazích žen a mužů je tady startovní čarou, k pochopení dalších souvislostí je nutné sledovat charakteristiky specifických skupin. U neinfekčních nemocí jako příklad uveďme zanedbávání preventivních vyšetření. To se



ledaskdy děje jako důsledek norem a očekávání spojených s životy žen a mužů – nechci být na obtíž (více u žen) nebo bolest je pod moji úroveň (spíše muži).

g) Nemoci z povolání

Některé nemoci a jejich prevalence se vážou na typ práce vykonávané na pracovním trhu. Například práce v administrativě, práce ve službách či dělnických zaměstnáních přináší jiný typ zdravotních problémů (typu stresu či pracovních úrazů). Úrazy, častější u mužů, lze identifikovat ve spojitosti s výkonem práce snadněji než např. psychické obtíže nebo jiné nemoci z povolání. V absolutních počtech nemocí z povolání muži převyšují ženy 1,6 krát (SZÚ 2018), relativní podíly se liší podle konkrétní příčiny. Poruchy sluchu u mužů souvisí s prací v hlučném prostředí. Ženy převažují v kategorii „nemoci z dlouhodobého a jednostranného zatížení“. Tyto pacientky by mohly pocházet z řad úřednic nebo dělnic v pásové výrobě. Druhá kategorie s výraznou převahou na straně žen jsou „nemoci přenosné a parazitární“, jež mohou souviset s prací ve větších kolektivech (školství, zdravotnictví, ale třeba i stravování).

S volbou povolání a mírou rizika s ním spojenou souvisí také pracovní neschopnost a úrazy (ÚZIS 2018b). Muži prodělávají výrazně více pracovních úrazů, včetně smrtelných. Zároveň ale mají menší pracovní neschopnost, což by mohlo ukazovat na odlišnou sociální přijatelnost role pacienta pro muže, přetrvávající silnější živitelskou roli (jejich výdělek je třeba) a zároveň větší pečovatelské zatížení žen v soukromé sféře (typu OČR – ošetřování člena rodiny). Byly také odhaleny v tomto smyslu zdánlivě paradoxní rozdíly mezi muži a ženami v průměrné délce trvání pracovní neschopnosti u stejných diagnóz (ÚZIS 2018b:25). Například v kategorii novotvarů byla průměrná délka pracovní neschopnosti u mužů o 30 dní delší než u žen. U nemocí endokrinních, výživy a přeměny látek trvá pracovní neschopnost mužů průměrně o 11 dní déle, u nemocí oběhové soustavy o 28 dní. Důvody pro část těchto odlišností by mohly souviset se stávajícími sociálními normami a stereotypy, které se odrážejí v odlišném přístupu obou žen a mužů k (vlastní) nemoci i prevenci. Ty způsobují, že se ženy dostavují k lékaři v časnějších fázích onemocnění, tedy dříve než muži, jejichž léčba je potom delší. Zároveň by část těchto zjištěných rozdílů mohla být vysvětlena hrubostí zde sledovaných kategorií. Konkrétně například kategorie novotvary bude zahrnovat odlišné konkrétní diagnózy pro muže a pro ženy (rakovina prsu, rakovina prostaty), od konkrétní diagnózy se následně odvíjí délka léčby. Naopak ženy mají delší pracovní neschopnost v souvislosti s diagnózou v kategorii „Poruchy duševní a poruchy chování“, a to o 10 dní oproti mužům, což by mohlo opět souviset s poddiagnostikováním mužů a předdiagnostikováním u žen. Tudíž je třeba zvažovat vztah příjemců a poskytovatelů péče a hodnot, ze kterých celý systém péče vychází, je na nich založen.

h) Komplexita zdraví

Kromě fyzického zdraví, diagnostikovaných nemocí a funkčních omezení pro každodenní život, je důležité zdraví duševní. To ovlivňuje, jak se člověk cítí, ale i to, jak je schopen fungovat v každodenním životě. Současné statistiky odhadují, že v Evropské unii se potíže spojené s duševním zdravím týkají více než každého šestého člověka. Řada duševních nemocí se vyskytuje ve větší míře u žen, např. úzkostné stavy, deprese nebo bipolární porucha (OECD/EU 2018: 20-21). Část tohoto genderového rozdílu by mohla vysvětlit větší ochota žen



své zdravotní problémy přiznat a mluvit o nich a možná také vyšší míra předjímání jejich výskytu ze strany pomáhajících profesí. Muži zřejmě častěji sahají po jiných formách utišení svých duševních stavů, jež lze ve zdravotní evidenci najít jako problémy související s alkoholismem a jinými závislostmi (jako je např. gambling). Závislost na drogách je v Evropě v průměru dvakrát častější u mužů než u žen (OECD/EU 2018: 118, 122). Tyto problémy souvisejí s genderovými rozdíly ve vzorci zneužívání návykových látek, jak je ukázáno dále.

Je tak žádoucí pracovat na tom, jak pracovat s rutinními diagnózami a přístupy k péči, jak odhalit včas tyto potíže u mužů, kteří si je vedle kompenzace závislostmi nepřiznávají. Jak ale ukazují statistiky sebevraždnosti, častěji než ženy sahají k tomuto radikálnímu řešení v situaci duševního zdravotního problému. Vymezení toho, co je a není považováno za duševní nemoc, stejně jako přístup stávající medicíny a konkrétních lékařů a lékařek bývají ve výzkumech odhaleny jako reprodukcující nerovnosti, sexismus a heteronormativitu (Renzetti a Curran 2003).

Data z Evropského výzkumu zdraví - European Health Interview Survey z roku 2014 genderové rozdíly potvrzují (SZÚ 2016a). Chronickou depresi uvedlo 8,8 % žen, oproti 5,3 % mužů. Vysoká úroveň deprese je u lidí ve středním věku, ve věkové kategorii 55-64 let depresi uvedlo 11,4 % Evropanek a 7,1 % Evropanů (částečně bychom mohli hledat vysvětlení na trhu práce, tato věková skupina je nejvíce ohrožena nezaměstnaností). Jak u žen, tak u mužů výskyt deprese klesá mezi věkem 65-73 let a následně roste s věkem, což lze částečně vysvětlit souvislostí se zhoršujícím se zdravotním stavem spojeným se stárnutím, se zakoušenými funkčními omezeními. Deprese jsou spojené s horšími ukazateli subjektivního i objektivního zdraví a také s horší finanční situací a nižší sociální podporou, slabšími sociálními vazbami. I zde je vhodné hledat vysvětlení sociálně podmíněných rozdílů mezi muži a ženami s dopady na poskytovanou péči. Lidé s vážným duševním onemocněním se dožívají ve srovnání se zdravou populací o 10-20 let méně.¹⁰ Studie z mezinárodního prostředí opět naznačují (Renzetti a Curran 2003), že tento stav je do vysoké míry podmíněn sociálními očekáváními a normami, jež se vztahují i na mužskou a ženskou roli. Sexismus (např. v posouzení dopadů znásilnění a dalšího sexuálního zneužívání s psychickými dopady, nebo kult krásy) a heteronormativita (například dopady homofobie) se tak podepisují na horším zdraví. Promítají se přitom nejen do předsudků a stereotypů většinové populace, ale i do každodenní praxe institucí, jež tyto problémy řeší – ve zdravotnictví, (psycho)terapii, v práci orgánů činných v trestním řízení i v soudnictví apod.

i) Hospitalizace

Zdále ne všechny nemoci či zdravotní problémy jsou přitom spojeny s hospitalizací. Různá míra potřeby zdravotní péče se tu potkává se specifickými potřebami a životními fázemi pacientů a pacientek. Statistiky ukazují, pokud jde o hospitalizované, že od věkové skupiny 15 – 19 let jsou ženy až do věku 45 - 49 hospitalizované častěji než muži, průměrná doba

¹⁰ Analýzy dále ukazují odlišné náklady spojené s léčbou duševních onemocnění. Česká republika patří v rámci Evropské unie k zemím se spíše nízkými výdaji, asi 2,5 % HDP. Pravděpodobně tato situace nevypovídá o dobrém duševním zdraví populace, oproti státům, jejichž náklady jsou mnohem vyšší (např. Dánsko, Finsko, Nizozemí nebo Belgie vydávají více než 5 % HDP). Spíše jde o indikátor sociálního stigmatu, které se s těmito nemocemi pojí, a které způsobuje podhodnocení počtu lidí s psychickými problémy. Druhým důvodem rozdílů ve výdajích napříč evropskými zeměmi je různá úroveň péče a sociálního zajištění nemocných (OECD/EU 2018:26).



hospitalizace je ale delší u mužů (pro věkové kategorie 20 – 64). To vybízí k řadě možných interpretací s pomocí odkazu na genderové vztahy. Ženy možná sledují své zdraví bedlivěji a léčbu začínají při dřívějších příznacích, nekončí pak na delší dobu v nemocnici. Naopak muži mohou “jet na doraz”. Část této hospitalizace žen lze zřejmě vysvětlit porody a péčí související s reprodukčním zdravím. Dále ženy převažují v nejstarších věkových kategoriích, zde lze hospitalizaci vysvětlit jejich celkově výraznějším zastoupením v těchto věkových kohortách vycházející z vyšší naděje dožití¹¹.

Pokud jde o domácí zdravotní péči (vykonávanou příslušnými zdravotnickými zařízeními), převažují dominantně ženy, tvoří 62 % pacientek (ÚZIS 2018c). Věkově specifické podíly statistiky nenabízejí, v interpretaci zjištěných rozdílů se ale nabízí domněnka, že v mladších věkových kohortách pečují ženy o (své) muže, samy se však dožívají více let a tak v domácí péči proporcčně převyšují nad muži.

j) Péče v souvislosti s porodem a reprodukci

Specifickou oblastí je zdravotní péče související s porodem, reprodukčním zdravím žen a s lidskou reprodukcí obecně. Jde o oblast péče s vysokou sociální relevancí, symbolickým společenským významem a velkou mírou nerovností. Setkáváme se zde s praxí odrážející genderové nastavení společnosti. Po dlouhá léta patří celosvětově reprodukční práva žen ke žhavému tématu státních, církevních i jiných intervencí. Jako problematickou se jeví praxe (vyhrocená v posledních měsících např. v některých státech USA), kdy o reprodukčních právech a praxi dopadající primárně na ženské zdraví a těla, rozhodují (politická i expertní) tělesa složená převážně z mužů. Nejde přitom jen o do očí bijící případy uskupení zastávající vysoce konzervativní hodnoty, ale aktéry bez znalostí a přehledu o dopadech jejich zásahů na zdraví, ale i sociální postavení žen.

Téma reprodukce a péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí bytostně souvisí s rovností žen a mužů. Zároveň je natolik komplexní, že je žádoucí, aby se mu při Radě vlády pro rovnost žen a mužů nadále věnoval samostatný výbor či pracovní skupina multidisciplinárního charakteru, ve které budou zastoupeny i příjemkyně péče.¹²

Rizika pro zdraví ženy jsou dávana do kontrastu s riziky pro dítě. Subjektivita rodičů ženy pak do nerovného vztahu k autoritě pozdně moderní medicíny. Dlouhodobě výzkumy v západních demokraciích ukazují, jak je nemocniční biomedicínská (často intervenční) péče kódována mužsky (např. Katz Rothman 1989, Davis-Floyd 1994) a znalostní know-how rodičů žen, případně jim asistujících profesí je marginalizováno či bagatelizováno. Částečně jde o důsledek paternalistického přístupu medicíny i celého zdravotnického systému, který se mísí s totalitní praxí režimu péče u nás před rokem 1989. Řadě příjemkyň péče vyhovuje svěřit odpovědnost zdravotním profesím, vyhledávají primárně například bezbolestnost. Jiné skupiny akcentují vlastní odpovědnost za své zdraví, tělo i rizika s tím spojená. K tomu je mj. nezbytná změna stávající praxe formalistního zacházení s informovaným souhlasem a důsledné dodržování práva žen na svobodné a informované rozhodnutí.

¹¹ Viz příloha Tabulka 1.

¹² Při Radě vlády pro rovnost žen a mužů od roku 2015 působí Pracovní skupina k porodnictví, která tematizuje meziresortní povahu a komplexitu vztahů i potřeb v této oblasti poskytování péče. Skupinu by z výše uvedených důvodů bylo jednoznačně žádoucí nadále zachovat, případně ji transformovat na samostatný výbor Rady.



Samostatným je pak téma moderní eugeniky nevysloveně praktikované v souvislosti s prenatálními screeny a apelem na „zdravou populaci“. Hledání rovnováhy či nastolení shody v těchto tématech vyžaduje kromě důkladné analýzy, i práci na informovanosti zúčastněných stran o všech klíčových intervenujících faktorech a snahu nastavit péči i zdravotní politiku tak, aby nereprodukovala genderovou nerovnost. Jde o velmi komplexní a se životem a smrtí hraničící zkušenosti a stavy, jež vyžadují zvláště citlivý, otevřený a eticky korektní přístup ze strany všech zúčastněných.

k) Životní styl jako ukazatel zdraví a závislosti - alkohol a kouření

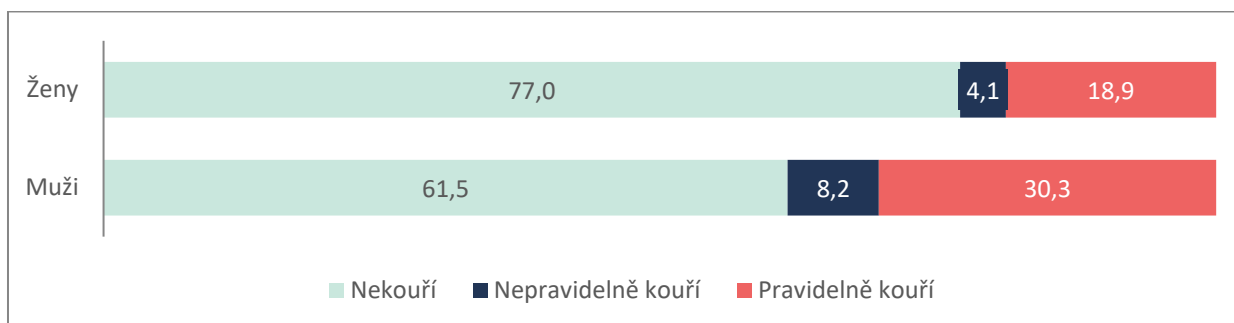
Společným jmenovatelem sociálně podmíněných faktorů ovlivňujících zdraví a segmentaci i genderovanost - péče je životní styl a životní způsob. Životní postoje či životní styl a prostředí představují významné faktory ovlivňující zdraví obyvatel. Tyto životní postoje jsou pak dány nejen kulturními vzorci u žen a u mužů, ale také společenským původem („třídou“) a ekonomickým postavením obyvatel. Rizikové faktory zdraví jsou pak takovými atributy, charakteristikami nebo vlivy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění. Monitorování jejich výskytu v současnosti je vhodné k získání představy o budoucím zdraví populace a koncepci preventivních opatření. Světové šetření o zdraví v České republice z roku 2003 zjistilo, že muži vykazovali horší výsledky než ženy, přičemž největší rozdíly se projevily v nadměrné spotřebě alkoholu následované pravidelným kuřáctvím. Jak upozorňuje Lindesmith (1938, 1940, 1947, 1968), který položil základy sociologie závislostí a závislost vykládal jako sociální fenomén, k porozumění závislostem, mezi které alkoholismus i kouření patří, je potřeba zaměřit se na subjektivní vnímání návykových látek závislými a na širší vliv jejich závislosti na sociální život. Vysoká míra sociální tolerance konzumace alkoholu snižuje možnost reflexe subjektivního stavu jako problematického. Pokud se podíváme na užívání návykových látek jako na sociální fenomén, vyvstávají nové roviny interpretace nalezených genderových rozdílů ve spotřebě. Pro různé skupiny lidí může mít závislost různá sociální pozadí. Důkladné studie sociálních souvislostí závislostí, jež by umožnily rozklíčovat zjištění v kombinaci proměnných jako je věk, pohlaví, vzdělání apod., v České republice chybějí. Několik pionýrských studií tematizovalo specifika ženského a mužského pití alkoholu a toleranci ze strany jejich bezprostředního sociálního okolí.

Je odhadováno, že 790 000 lidí v Evropské unii zemřelo v roce 2016 vlivem kouření tabáku, nadměrné konzumace alkoholu, nezdravého stravování a nedostatku fyzické aktivity (OECD/EU 2018:). Kouření a spotřeba tabákových výrobků je v Evropské unii považováno za nejvýznamnější modifikovatelný rizikový faktor pro rozvoj celé řady závažných, často až fatálních, onemocnění. Podle odhadů asi polovina kuřáků a kuřaček zemře předčasně, v průměru o 14 let (OECD/EU 2018:). Kouření je rizikovým faktorem pro rozvoj dvou vedoucích příčin smrti – kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny, zejména rakoviny plic. Podíl kuřáků a kuřaček se napříč Evropskou unií liší až dvojnásobně, ale téměř ve všech zemích unie kouří více mužů než žen.

V České republice podle výsledků průzkumu kouřila denně asi pětina všech dospělých žen a třetina dospělých mužů. Zároveň muži v průměru vykouří více cigaret než ženy. Podíl denních kuřáků a kuřaček s věkem u mužů i žen rostl, zastavil se u věku 40-49 let, a s vyšším věkem opět klesal. Podíly kuřáků a kuřaček v populaci ukazuje Graf 3.



Graf 3: Kouření tabáku u dospělé populace



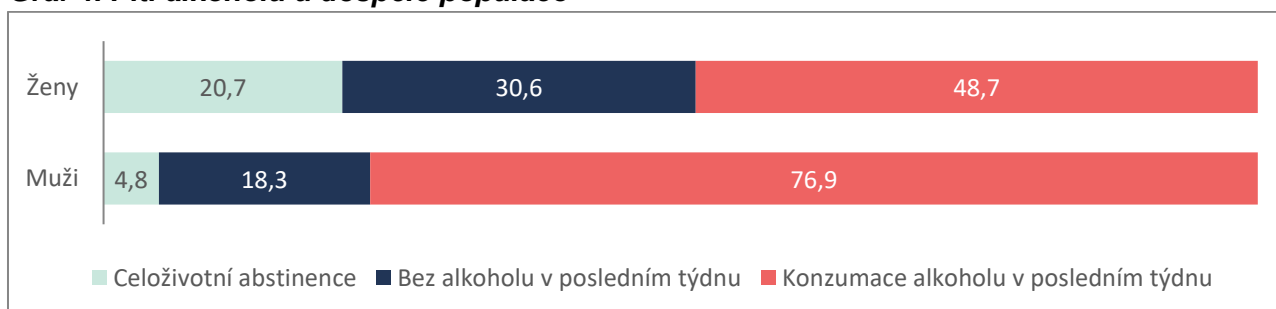
Zdroj: Světové šetření o zdraví v ČR

Jako intervence snižující podíly kuřáků a kuřaček v populaci se nabízejí různé osvětové a preventivní kampaně. Při jejich tvorbě a cílení je nutné zohlednit genderově specifické vzorce kouření. Např. ve skupině 60letých a starších žen kouřily více ženy vzdělané a z velkých měst. U mladších žen bylo nejvíce kuřaček se základním vzděláním. Pravidelných kuřáků ubývalo s vyšším vzděláním, kromě mužů nad 60 let.

Nadměrné pití alkoholu přináší zdravotní i sociální důsledky. Zvyšuje riziko výskytu onemocnění srdce a jater, je častou příčinou úrazů či násilných činů a podílí se na vzniku některých druhů rakoviny. Ze společenského hlediska jde o snížení schopnosti jedince aktivně se podílet na společenském životě, orientovat se v sociálním prostředí a dodržovat sociální normy, pokles celkové spokojenosti v životě, kvality života. Alkoholismus a užívání dalších návykových látek ovlivňuje nejen jedince samotného, ale má dopad i na jeho sociální okolí.

V České republice je vysoká tolerance k pití alkoholu. Dle zjištění výzkumu Světové šetření o zdraví v ČR (ÚZIS 2004) konzumovalo alkohol 81 % mužů a 61 % žen v období jednoho týdne před výzkumem. Podle průměrné denní spotřeby alkoholu by mezi nadměrné konzumenty patřilo 11 % mužů a 2 % žen. Mezi muži se vyskytovalo 5 % a mezi ženami 21 % celoživotních abstinentů (tj. těch, kteří ve svém životě nepili alkohol). Podíl dospělých konzumentů alkoholu ukazuje Graf 4.

Graf 4: Pití alkoholu u dospělé populace



Zdroj: Světové šetření o zdraví v ČR

Pití, podobně jako kouření či zneužívání dalších návykových látek mladistvými je velkým problémem nejen z hlediska současného zdravotního stavu, ale také do budoucna. Vzorce



konzumace se ustavují už v nízkém věku a mohou sloužit jako indikátory naznačující budoucí vývoj zdravotního stavu populace, který bude mít rozdílné vlivy na ženy a na muže. Ve většině evropských států je dle statistik pití mladistvých o něco častější u chlapců než u dívek. Česká republika, spolu s Řeckem, Rumunskem a Kypr, ale patří k zemím, kde je tento genderový rozdíl největší. Genderové rozdíly existují i v konzumaci lehkých drog. Tam se ale v posledních letech rozdíly zmenšují (OECD/EU 116). Epidemiologické dokumenty přitom vysvětlení nenabízejí. Nasnadě je však vysvětlit tento trend stírání rozdílů jako důsledek rovnějšího společenského postavení mužů a žen, a to i v přístupu k péči a prevenci, nebo celkového systémového nastavení záchranné sítě.

I) Stravování, obezita a diety: mýtus krásy a „aby ho byl kus“

Dále byl průzkumem zdravotního stavu (ÚZIS 2004) zjišťován Index tělesné hmotnosti, který stanovuje kategorie osob s „podváhou“, „optimální váhou“, „nadváhou“ a „obezitou“. Nadváhou v České republice trpí asi dvě třetiny mužů a polovina žen. Obezita byla zjištěna u zhruba jedné pětiny mužů i žen. Podíl obézních žen nebo žen s nadváhou klesal s rostoucím vzděláním. U mužů nebyla tato závislost jasně patrná. Podíl osob s obezitou v evropské populaci roste, v České republice, oproti ostatním státům ale nijak výrazně (OECD/EU 1998:126), přesto je v porovnání s ostatními státy podíl osob s obezitou v ČR vysoký. Pro identifikaci strategií ke změně tohoto stavu je žádoucí reflektovat odlišné kulturní vnímání (vlastní) obezity muži a ženami. Mužská obezita je v populaci rozšířenější, neboť je společensky přijatelnější, respektive muži nepovažují nadváhu či přímo obezitu za problém (Švecová, Langmajerová, Müllerová 2014). Z toho plyne menší ochota mužů ke změně. Je proto důležité tematizovat osvětu ohledně tělesné hmotnosti zdravotní, ale i jako sociální, genderově podmíněný problém.

Podobně závažným problémem aktuálně i do budoucna je dětská obezita. Ve státech evropské unie je genderový rozdíl v neprospěch chlapců, kteří jsou oproti dívkám častěji obézní (14 % chlapců, 10 % dívek, OECD/EU 2018:124). V České republice tento genderový rozdíl existuje také a ukazuje souvislost s věkem dětí a mladých dospělých - zatímco u dívek podíl obézních klesá po 9. roce života, u chlapců je trend opačný (SZÚ 2016b). Jde např. o stravovací návyky vštěpované mladým lidem od dětství v průběhu socializace, která ovlivňuje také vnímání vlastního těla. Dozor nad vlastními těly a jejich vzhledem se projevuje častěji u žen a v extrémních případech může vést k poruchám příjmu potravy. Diety a problémy spojené s podváhou tak mají pro ženy a muže jinou váhu i prevalenci (Bencko, Tryfos 2015; Suchopárová, Forejt 2014) a souvisejí s kulturním očekáváním vázaným na štíhlost, krásu a mladistvost žen. Oproti nim stojí důraz na sílu a velikost u mužů. Ten je sice podmíněn sociálním postavením (přehlížení důrazu na vzhled a stravovací návyky nebo opak), obrazu robustního, svalnatého muže však řada z nich dosahuje také nezdravými praktikami stravovacími i v oblasti fyzických aktivit (např. body-building, anabolika). Každodenní pohybová praxe a pestrost lidských těl se pochopitelně pohybuje na široké škále, kulturní ideál ženského a mužského těla však i v českém prostředí klade na naše tělesné schránky rozdílné požadavky.

Vedle sledování indexu tělesné hmotnosti a zdravého stravování je ukazateli zdravého životního stylu i přiměřená pravidelná fyzická aktivita. Ta snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky druhého typu a některých druhů rakoviny. Aktivním pohybem je



regulována tělesná hmotnost, zlepšuje se funkčnost pohybového aparátu a tělesná koordinace, což napomáhá předcházet nemocem pohybového ústrojí a úrazům. Celkově přispívá k lepší tělesné i duševní kondici. Fyzická aktivita, typy provozovaného sportu a souvisejících aktivit jsou výrazně genderované. Podléhají módním trendům a sociálně konstruovaným normám atraktivního vzhledu. Platí přitom, že velmi namáhavým fyzickým aktivitám se věnuje asi 2x více mužů než žen, a to jak v zaměstnání, tak ve volném čase (45 % oproti 25 %) U žen je častější sedavé zaměstnání, ale ve větší míře než muži jej kompenzují fyzickou aktivitou ve volném čase (SZÚ 2016a:24).



D. Shrnutí a podtrženo: genderové stereotypy a zdraví

Ukazatele vnímání vlastního zdraví (subjektivně hodnoceného zdraví) odrážejí nejen skutečnou úroveň zdraví, ale souvisejí i se širším sociálním zázemím a momentální životní situací každého člověka. Do úsudku se promítají i představy o tom, jak by zdraví mělo vypadat. Tyto představy jsou implicitně i explicitně přítomné ve společnosti, jsou společností utvářeny a přetvářeny. Ilustrují to odpovědi v průzkumu Světové šetření o zdraví v ČR realizovaného v roce 2003. Reakce na postojové otázky: „Jak byste obecně hodnotil/a dnes své zdraví?“ a „Jaké zdravotní obtíže jste měl/a v zaměstnání nebo při domácích pracích v uplynulých 30 dnech?“ sice přinesla celkové hodnocení zdraví mužů a žen stejné, muži se ale prezentují jako celkově spokojenější se svým zdravím oproti ženám (ÚZIS 2004: 50).

Touto vstupní analýzou jsme společně otevřeli několik oblastí zdravotních statistik a údajů o stavu obyvatel a obyvatelek České republiky, do nichž intervenuje proměnná genderu. Zdaleka přitom nejde o vyčerpávající seznam, spíše o konkrétní ilustrace šíře problému.

Někdy se do poskytované péče promítá představa o žádoucí, normální, správné sociální roli žen a mužů konvenčním, stereotypním, nereflektovaným způsobem. Nezohledňuje jejich pestrost. V jiných případech se neodráží nijak ani tam, kde je specifická péče žádoucí a promítnutí perspektivy genderu by nabízenou (zdravotní, sociální a jinak komplexní) péčí zpřístupnilo těm, kdo ji potřebují, způsobem, který všem prospěje. Vždy by mělo jít o dialog všech zástupců, jichž se téma týká. To jsou v případě zdraví především příjemci a příjemkyně péče (zástupci patientských organizací), kteří ve svém těle a se svými nemocemi i aktuálním zdravotním stavem žijí 24/7 (nonstop). Vedle nich pak jde o všechny profese a aktéry, kteří péči poskytují (nejde přitom jen o lékaře a lékařky). Patří sem zástupci a zástupkyně státní správy, politiky a potažmo i pojišťoven, jež v českém prostředí spolufinancují chod celého aparátu. Řada veřejných tematických debat přitom poukazuje na nedostatečnou propojenost a meziresortní výpadky v péči poskytované zdravotním či sociálním sektorem. Dalším faktorem je nerovnost v přístupu k péči, kdy je třeba zákonem formálně garantovaná neutralita, ale praxe zaznamenaná v mediální pozornosti, stížnostech u KVOP (ombudsmanky) či u pomáhajících neziskových a církevních organizací dokumentuje selhávání státu s poukazy na každodenní praktické nerovnosti. Formální neutralita se v praxi potkává s nastavením celého systému zdravotní péče založeného na pozdně moderní medicíně založené na důkazech, na inkorporaci posledního technologického i výzkumného pokroku. To je důležitou stránkou kvalitní péče. Zároveň však Foucault (2009, originál 70. léta), Goffman (1961), nebo v poslední době například Rose (2007) a řada dalších autorů a autorek poukazují na to, že disciplinace populací, jejich statistické měření a regulace a kontrolní role státu jsou projevem governmentality a biomoci, biopolitiky konkrétního typu. Nevyhýbají se přitom strukturním nerovnostem a jejich reprodukci. O medicíně jako systému a nemocnicích jako organizace se píše jako o mužsky kódované disciplíně a organizaci, to se promítá i do každodenních vztahů mezi lékaři a lékařkami v daném prostředí, v možnostech jejich kariérních postupů, ale i formování vztahu s příjemci a příjemkyněmi péče. Do vztahu poskytovatelů péče a pacientů a pacientek zasahuje široká škála předsudků a stereotypů, jež si s sebou přinášejí všechny zúčastněné strany aktérů. V českém prostředí toto výzkumné pole dosud nebylo systematicky zmapováno, jakkoliv již byly publikovány první studie pokrývající dílčí segmenty této oblasti nerovností (např. Šmídová et al. 2015). Systematický přehled by měl být úkolem pro speciálně ustavený multiresortní, multidisciplinární tým.



Ovšem ani systematický přehled či dialog o komplexní péči zahrnující široké spektrum aktérů nikdy nenabídne ideální řešení. Zvažovat, kdy jsou rozdíly v oprávněných požadavcích péče o ženy a muže kladené na zdravotní (pečovatelský) systém opodstatněné a kdy je naopak rozdílná praxe spíše jen nositelem nerovností, by mělo být standardní součástí rozhodovacích procesů na všech úrovních státní správy.

Vstupní analýza tak poukázala na to, že v řadě oblastí existují rozdíly v hlavních zdravotních ukazatelích mezi muži a ženami. Reagovat na ně vyžaduje komplexní koordinovaný mezirezortní přístup, nabízí se ustavení poradních orgánů či výborů, jež by pro státní správu připravovaly dílčí analýzy i komplexní návrhy systémových řešení. Tato instituce by měla být zřízena mimo jedno ministerstvo a je klíčové vhodně nastavit kompetence a gesce dílčích činností.

Z pohledu pacienta či pacientky například chybí komplexní podpůrná služba, jakýsi průvodce, který informuje a konzultuje nabízenou péči, kterou koordinuje (časově sladí harmonogram péče a tlumočí, je styčným bodem mezi institucemi, tedy. Tato role je běžná v některých zahraničních systémech jako součást kontinuální péče a je zastávaná různými typy profesí nebo i dobrovolníky a dobrovolnicemi. Například jde o domácí praktické lékaře a lékařky, v porodní péči pak komunitní porodní asistentky. Předchází se díky ní konfliktům a je časově úsporná pro veškerý zbývající specializovaný nemocniční/zdravotní personál, což se jistě promítne do ceny služeb i tolik obávaných rizik soudních sporů.

Uvedme jen dva příklady z vlastní výzkumné praxe. Například v případě prenatálního úmrtí by po nastalé události nemusela matka /nebo rodiče/ v každé instanci a instituci znovu vyprávět svůj příběh, aby byli postoupeni k dalším úkonům, péče pak ani nekončí propuštěním z porodního oddělení. Mají svého průvodce, který věc komunikuje pro ně. Jiným příkladem je péče o pacienty a pacientky po CMP (cévní mozkové příhodě), jejichž příbuzní i oni sami – v rámci znovu nabytých kompetencí tápou, jaký typ následné péče je pro ně vhodný – zda lůžkové instituční oddělení, domácí péče s pomocí ošetřovatelek či ošetřovatelů nebo to zvládne (nejčastěji) partner(ka) a příbuzní.

Tato role je u nás částečně suplována funkcí sociálních pracovníků a pracovníků v nemocničních zařízeních, někdy psychology a psychologkami – vždy se jedná spíše o velmi nedostupnou a omezenou službu. O níž mnohdy pacient či pacientka ani personál nemocnice není informován. Profese mezi sebou nekomunikují a nespolupracují. Meziřesortně tak mohou být opomenuty celé skupiny příjemců a příjemkyň péče z pozornosti pečovatelských, sociálních i jiných zdravotnických služeb a péče. Je třeba přiznat, že při stávajícím nastavení pracovních režimů zdravotnických organizací se ke spolupráci odhodlají jen skalní nadšenci a nadšenkyňe. O to více jde o apel na restrukturalizaci systému péče o ty, kdo ji potřebují s více diagnózami či po delší dobu s různými úrovněmi a prognózami omezení samostatnosti.

Text tematizoval několik klíčových oblastí:

1. Střední délka života a naděje na dožití ve zdraví

Stejně jako v dalších státech Evropské Unie, existuje i v České republice rozdíl v délce života, který mohou muži a ženy očekávat. Do délky života se promítají nerovnosti, které se v průběhu lidského života kumulují, z nichž řada plyne z genderové struktury společnosti. Ty ústí v dřívější úmrtí mužů a genderovou disproporcí v délce let prožitých ve zdraví. Obojí je nutné



mít na paměti například při nastavování kapacit péče o lidi dlouhodobě funkčně omezené nebo při změnách jiných politik s dopadem na kvalitu života žen a mužů podle věku.

2. Úmrtnost a příčiny úmrtí (včetně sebevraždy)

Odlišná naděje dožití i rozdíly v podílu zdravých let života žen a mužů souvisí s odlišnými vzorci lidské úmrtnosti. Více než 80 % úmrtí nastává po 65. roce života. Hlavními příčinami úmrtí žen i mužů jsou nemoci oběhové soustavy a různé druhy rakoviny následované nemocemi dýchací soustavy a vnějšími příčinami smrti. Mezi vnějšími příčinami úmrtí je výrazně mužským fenoménem zejména sebevražda, kterou vykládáme jako krajní řešení svědčící o mezerách stávajícího nastavení záchytu psychických onemocnění nebo deprese.

3. Nemocnost – typy onemocnění, nemoci z povolání, komplexita zdraví a domácí péče či hospitalizace

V chronickém onemocnění (jako je například diabetes) se zrcadlí faktory životního stylu – rizikové chování jako kouření, pití alkoholu, nebo rizikové faktory jako nadváha a špatné stravovací návyky. Nemoci z povolání odrážejí genderovanost pracovního trhu, která ústí v rozdílné šance setkat se s rizikovými faktory pro rozvoj nemocí z povolání. Muži prodělávají výrazně více pracovních úrazů, včetně smrtelných. Infekční choroby – HIV, TBC nebo žloutenka typu B souvisí s rizikovým chováním a pobytem v komunitách s vyšším výskytem těchto onemocnění. Vyšší incidence je u mužů. Hospitalizace i domácí péče je častější u žen. Ženy se také potýkají s delším životem se zdravotními potížemi a chronickými stavy.

Specifický výskyt některých nemocí u žen nebo naopak u mužů může být spojen se sociální stigmatizací jejich projevů. K efektivnějšímu záchytu nemocí by tak pomohlo zaměřit se na destigmatizaci např. psychických onemocnění či problémů mužů nebo na chudobu a další problémy provázející zhoršené zdravotní stavy žen (nejen ty dlouhodobé).

4. Specifické oblasti péče – příklad reprodukčního zdraví

Oblast reprodukčního zdraví vykazuje celou řadu genderově specifických paradoxů. Jde o oblast týkající se zejména o ženských těl. Celý systém je značně paternalistický, ženské tělo je podrobováno kontrole, disciplinaci a dohledu z pozice nadřazeného expertního vědění. Vtělená znalost vlastního těla není brána vážně. Tomuto tématu se věnuje samostatná Pracovní skupina k porodnictví ustanovená při Radě vlády pro rovnost žen a mužů.

5. Životní způsob a styl jako ukazatel zdraví

Existující statistiky odhalují nejen odlišnou úroveň ukazatelů jako je index tělesné hmotnosti, spotřeba alkoholu a tabáku, které mají přímý i nepřímý vliv na aktuální i budoucí zdraví jedinců, ale výzkumy zároveň upozorňují na odlišnou přijatelnost nezdravých návyků, závislostí a poruch příjmu potravy u žen a mužů. Zarážející jsou také neznalosti populace o správné výživě nebo zásadách pohybu a omezené povědomí o tom, kde hledat vhodné zdroje informací například k poruchám příjmu potravy. Osvěta by měla pracovat a cílit na specifické skupiny a zacílit snahy na změnu stávajících genderových nerovností ve zdravotních ukazatelích souvisejících s životním stylem. Jako vhodná populace se ukazují děti základních



škol a to z několika důvodů – 1. už na základních školách lze identifikovat genderové rozdíly v návycích a rizikových faktorech pro jejich pozdější vznik 2. zároveň jsou školní roky zásadním obdobím, kdy se formuje sociální identita mladých žen a mužů, včetně vztahu k vlastnímu tělu, sexualitě, osobní integritě a tomu, co je považováno za správné a normální.

6. Subjektivní hodnocení zdraví podle genderového klíče

Ukazatele vnímání vlastního zdraví (subjektivně hodnoceného zdraví) odrážejí nejen skutečnou úroveň zdraví, ale souvisejí i se širším sociálním zázemím a momentální životní situací každého člověka. Do úsudku se promítají i představy o tom, jak by zdraví mělo vypadat. Ukazuje se obecný vzorec, že muži jsou se svým zdravím spokojenější, možná proto, že se zdravotními omezeními nakonec žijí kratší etapu svých životů, možná proto, že si komplikace s ohledem na společenská očekávání mužských rolí (ve výzkumných odpovědích) nepřipouštějí či je skrývají.

Při hledání jakýchkoliv cest k nápravě je třeba přistupovat k tématu z více perspektiv. S biologizujícím pohledem medicínským si nevystačíme. Provázanost biologických a sociálních faktorů, které ovlivňují zdraví v každodenním životě, má i svou „genderovou osu“. Když jí porozumíme a budeme ji zohledňovat tam, kde je to žádoucí, budeme nabízet personalizovanou péči, která se bude podílet na zmenšování sociálních nerovností ve společnosti. Vstupní analýza poukázala na to, že v řadě oblastí existují rozdíly v hlavních ukazatelích zdravotních statistik pro ženy a muže. Ať už jde o rozdílné výdaje zdravotních pojišťoven vynaložené v souvislosti s léčbou mužů a žen, nebo odlišné doby hospitalizace u stejných diagnóz, či rozdílné míry úmrtnosti a naděje dožití. Všechny tyto ukazatele vypovídají o potřebě sledovat kategorii genderu jako významnou osu vzniku a kumulace nerovností ve zdraví a svým způsobem i v přístupu ke zdravotní péči. Tento stav je výsledkem neschopnosti stávajícího systému účinně odstranit bariéry, které mužům a ženám brání vyhledání účinné pomoci.

Text poukazuje na provázanost genderu s dalšími sociálními kategoriemi, jež tvoří komplexní vztahy a vzorce jednání ve společenské struktuře a systémech péče. Malá vnímavost k těmto vztahům se podílí na reprodukci nerovnosti v přístupu k péči, k péči, která je vhodná v konkrétních situacích pro její konkrétní příjemce a příjemkyně.



E. Literatura

- Annandale, E. (2008). *Women's health and social change*. London: Routledge.
- Becker, H., Geer, Blanche, Hughes, Everett C., & Strauss, Anselm L. (1977). *Boys in white : student culture in medical school*. New Brunswick N.J.: Transaction Books.
- Bencko, V., Tryfos, M. (2015). Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena* 2015, 60(2):59-62. DOI: 10.21101/hygiena.a1350
- Bradby, H. (2009). *Medical sociology : an introduction*. Los Angeles: SAGE.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Reviews of Sociology* 18: 209-232.
- ČSÚ. (2012). Výdaje zdravotních pojišťoven. <https://www.czso.cz/documents/10180/20554899/26000514k3.pdf/2348538f-ebca-4f80-a90a-36235bc6b9e7?version=1.0>
- ČSÚ (2019). Zaostřeno na ženy a muže – 2018. <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi-5ou52p8gqm>
- ČSÚ. Gender: Základní pojmy. https://www.czso.cz/csu/gender/gender_pojmy (Navštíveno 16. 5. 2019)
- Davies, K. (2003). The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 720–742. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9566.2003.00367.x>
- Davis-Floyd, R.E. "The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression." *Social Science and Medicine*. 1994;38(8):1125–1140.
- Foucault, M. (2009). *Zrození biopolitiky : kurz na Collège de France (1978-1979)* (1. vyd.). Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* (1. Anchor Books ed). New York, NY: Anchor Books.
- Gough, B., & Robertson, S. (2010). *Men, masculinities and health: critical perspectives*. Basingstoke, Hampshire [England]; New York: Palgrave Macmillan.
- Gray, A. M. (1982). Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380. <https://doi.org/10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E>
- Hearn, J. (2015). Men's health and well-being: The case against a separate field. *International Journal of Men's Health*, 14(3), 301-314. doi:http://dx.doi.org/10.3149/jmh.1403.301
- Katz Rothman, B. *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: W.W. Norton; 1989.
- Kříž, J. 2015. Zdravotní nerovnosti: Staré problémy, nová řešení. *Hygiena* 60(2): 39.
- Laqueur, T. (1992). *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.



- Laqueur, T. (2002). Book: Boys in White: Student Culture in Medical School. *BMJ*, 325(7366), 721a–7721. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.721/a>
- Lindesmith, A., R. (1938). A sociological theory of drug addiction. *American Journal of Sociology* 43(4): 593-609.
- Lindesmith, A., R. (1940). The drug addict as psychopath. *American Sociological Review* 5(6): 914-920.
- Lindesmith, A., R. (1947). *Opiate Adiction*. Bloomington: Principia Press.
- Lindesmith, A., R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine.
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the social construction of illness* (2nd ed). In *The gender lens series* (2nd ed). Lanham: Rowman & Littlefield.
- Martin, E. (2001). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction* ([2001 ed.]). Boston: Beacon Press.
- OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Oakley, A. (1974). *The sociology of housework*. London: Robertson.
- Oakley, A. (1994). *Essays on women, medicine and health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460.
- Renzetti, C. M., Curran, D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton NJ; Oxford: Princeton University Press.
- Scully, D. (1994). *Men who control women's health: the miseducation of obstetrician-gynecologists*. New York: Teachers College Press.
- Suchopárová, L., Forejt, M. (2014). Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách. *Hygiena* 59(4): 157-161.
- SZÚ (2016a). Zdravotní stav české populace. Výsledky studie EHES 2014. Státní zdravotní ústav. Praha. http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/EHES_2014.pdf
- SZÚ (2016b). Výsledky studie „Zdraví dětí 2016: Tělesná hmotnost a vadné držení těla.“ http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/OZ_BMI_VDT.pdf
- SZÚ (2018). Nemoci z povolání v České republice 2018. http://www.szu.cz/uploads/NRNP/aktual_Hlaseni_NzP_2016.pdf
- Šmídová, I., Šlesingerová, E., & Slepíčková, L. (2015). *Games of Life. Czech Reproductive Biomedicine. Sociological Perspectives*. Získáno z munispace.muni.cz/book?id=550
- Švecová, R., Langmajerová, J., Müllerová, D. 2014. Odlišná percepce problematiky obesity u mužů a žen – pilotní šetření. *Hygiena* 59(2): 60-63. doi: 10.21101/hygiena.a1241.



Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M.,G., Fadda, B. 2012. Women and Hysteria in the History of Mental Health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 8: 110-119. doi: [10.2174/1745017901208010110](https://doi.org/10.2174/1745017901208010110)

ÚZIS (2004). Světové šetření o zdraví v ČR. <https://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/svetove-setreni-zdravi-ceske-republice>

ÚZIS (2014). Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích. Praha. <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2013-ve-statistickych-udajich>

ÚZIS (2015). Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha. <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2013>

ÚZIS (2016). Novotvary 2016 ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha. <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>

ÚZIS (2018a). ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled údajů z Národního registru kardiovaskulárních intervencí 2005–2017 NZIS REPORT č. R2(11/2018).

ÚZIS (2018b). Zdravotnictví v ČR: Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha.

ÚZIS (2018c). ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2017 NZIS REPORT č. K/31(08/2018). <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>

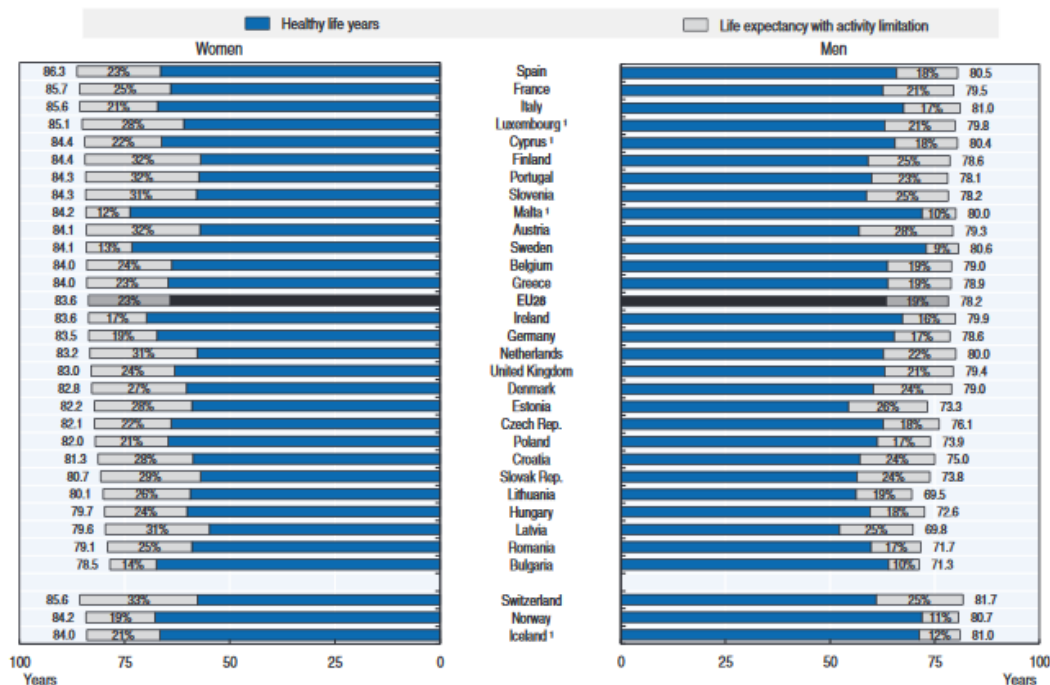
ÚZIS (2018d). Zdravotnická statistika: Asistovaná reprodukce v ČR. <http://www.uzis.cz/publikace/asistovana-reprodukce-v-ceske-republice-2016>

WHO (2016). *Global Report on Diabetes*, 88 p. WHO. 2016. Geneve. ISBN 978-92-4-156525



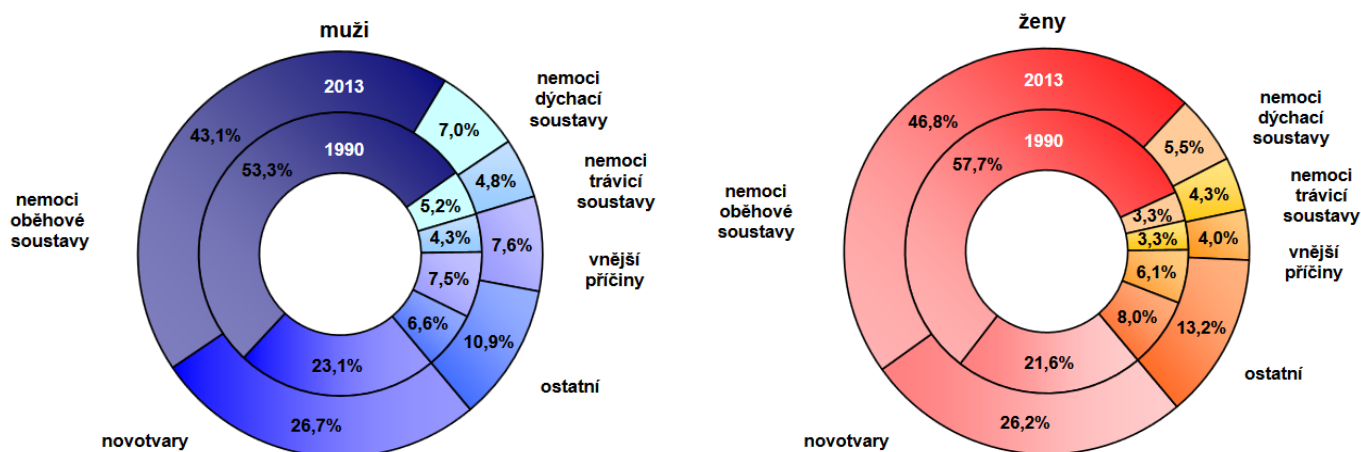
F. Přílohy:

Graf A) Evropské srovnání: genderové rozdíly v naději dožití a naději dožití ve zdraví v roce 2016



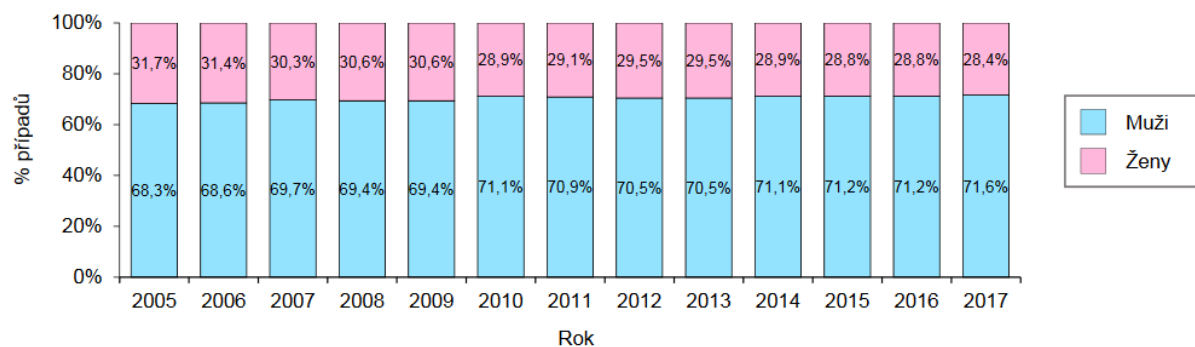
Zdroj: OECD/EU 2018: 87

Graf B) Struktura standardizované úmrtnosti podle pohlaví



Zdroj: Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích

Graf C) Zastoupení pohlaví u provedených koronárních intervencí (unikátní případy za rok)



Zdroj: Kardiovaskulární intervence 2017

Tabulka 1: Genderové rozdíly v hospitalizaci a průměrné ošetrovací době pacientů

Věková skupina (v letech)	Počet případů				Průměrná ošetrovací doba	
	absolutně		na 100 000 obyvatel			
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
Celkem	1 224 680	985 955	22 755,3	18 933,1	6,1	6,2
0	67 313	74 004	121 884,2	127 259,6	4,8	5,0
1-4	25 123	33 491	11 600,2	14 698,9	3,1	2,9
5-9	20 819	27 528	7 240,8	9 130,4	3,2	3,1
10-14	19 205	20 635	7 715,8	7 848,0	4,1	3,6
15-19	32 370	21 174	14 458,8	8 959,1	4,0	3,9
20-24	46 116	19 621	17 509,0	7 114,3	3,7	4,2
25-29	84 872	23 863	25 494,7	6 851,5	3,8	4,4
30-34	97 517	27 793	27 676,1	7 418,9	3,8	4,6
35-39	78 899	36 058	19 543,2	8 409,3	3,8	4,6
40-44	62 789	45 778	13 973,7	9 643,2	3,9	4,8
45-49	49 238	44 305	13 901,9	11 899,3	4,4	5,4
50-54	52 720	55 306	15 366,7	15 626,3	4,8	5,8



55-59	54 295	65 109	17 337,0	20 930,8	5,5	6,2
60-64	73 208	94 802	20 028,2	27 927,6	6,1	6,7
65-69	97 554	114 292	26 390,4	35 932,6	6,8	7,1
70-74	106 342	109 689	34 238,5	45 632,1	7,7	7,3
75-79	89 286	77 179	43 029,8	54 475,7	9,0	8,0
80-84	76 637	51 674	52 817,0	62 404,4	10,5	8,8
85+	90 377	43 654	64 856,6	74 152,0	12,0	10,0