

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Bakalářská práce

2024

Andrej Paulik

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Premeny lekárskej práce pod vplyvom technológií
mHealth**

Bakalářská práce

Autor práce: Andrej Paulik

Studijní program: Sociologie se zaměřením Studia současných společností

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dino Numerato, Ph.D.

Rok obhajoby: 2024

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 29.7. 2024

Andrej Paulik

Bibliografický záznam

PAULIK, Andrej. *Premeny lekárskej práce pod vplyvom technológií mHealth*. Praha, 2024. 37 s. Bakalárska práca (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálných vied, Institut sociologických štúdií. Katedra sociologie. Vedoucí bakalárskej práce doc. PhDr. Dino Numerato, Ph.D.

Rozsah práce: 80 059 znakov s medzerami

Anotace

Táto bakalárska práca skúmala pomocou skúseností a očakávaní lekárov vplyv technológií mHealth na vzťah medzi lekárom a pacientom. Debata v literatúre naznačuje, že mHealth technológie, ako sú inteligentné hodinky a mobilné aplikácie, majú potenciál transformovať tradičný model zdravotnej starostlivosti tým, že umožňujú pacientom sledovať svoje zdravotné údaje v reálnom čase a aktívne sa zapájať do starostlivosti o svoje zdravie. Pološtruktúrované rozhovory s lekármi odhalili, že tieto technológie môžu zlepšiť komunikáciu a umožniť presnejšie a personalizovanejšie liečebné plány. Avšak širšie využitie mHealth technológií je obmedzené faktormi ako nespoľahlivosť senzorov, náklady na zariadenia a technologická zdatnosť pacientov. Dôležitým aspektom vnímania svojej pozície lekármi je tiež osobný kontakt, ktorý lekári považujú za nenahraditeľný pilier ich práce. Napriek zmenšovaniu informačnej asymetrie medzi lekármi a pacientmi si lekári všímajú pretrvávajúcu vedomostnú asymetriu, ktorá vyplýva z ich medicínskeho vzdelania a profesionálnych skúseností. Lekári vyjadrili ochotu podporovať zapojenie pacientov do starostlivosti o svoje zdravie, avšak preferujú zachovanie svojej vedúcej pozície. Pre úspešnú implementáciu mHealth technológií je nevyhnutné riešiť nielen technologické a vzdelávacie výzvy. Je taktiež potrebné, aby pri vývoji prípadných stratégií boli zohľadnené preferencie všetkých stakeholderov zdravotnej starostlivosti, vrátane lekárov.

Annotation

This undergraduate thesis explored, through the experiences and expectations of doctors, the impact of mHealth technologies on the doctor-patient relationship. Debate in the literature suggests that mHealth technologies, such as smart watches and mobile apps, have the potential to transform the traditional healthcare model by allowing patients to monitor their health data in real time and actively engage in their health care. Semi-structured interviews with physicians revealed that these technologies can improve communication and enable more accurate and personalised treatment plans. However, the wider use of mHealth technologies is limited by factors such as unreliability of sensors, cost of equipment and technological proficiency patients. An important aspect of physicians' perception of their position is also personal contact, which physicians consider an indispensable pillar of their work. Despite the diminishing information asymmetry between doctors and patients, doctors

notice the persistent knowledge asymmetry that results from their medical education and professional experience. Doctors expressed a willingness to support involvement of patients in their health care, but prefer maintaining their leadership position. For successful implementation of mHealth technologies, it is essential to address not only the technological and educational challenges. It is also necessary that, in developing potential strategies, the take into account the preferences of all healthcare stakeholders, including physicians.

Klíčová slova

Vzťah lekár-pacient, Paternalistický vzťah, Partnerský vzťah, mHealth technológie, Digitálne zdravotníctvo, Self-tracking, Kvantifikované ja, Nositeľné zariadenia

Keywords

Doctor-patient relationship, Paternalistic relationship, Partner relationship, mHealth technology, Digital health, Self-tracking, Quantified Self, Wearable devices

Title/název práce

Transformation of the medical profession under the influence of mHealth technologies

Poděkování

Na tomto mieste by som sa chcel poďakovať vedúcemu mojej práce PhDr. Dino Numeratovi, Ph.D. za pochopenie a trpezlivosť pri písaní, a taktiež za všetky cenné rady, ktoré mi dal.

Obsah

Úvod	10
<u>1. Vzťah lekár-pacient</u>	12
<u>1.1 Historický vývoj vzťahu lekára a pacienta</u>	12
<u>1.1.1 Tri modely vzťahu lekár-pacient</u>	12
<u>1.1.2 Staroveký Paternalizmus</u>	13
<u>1.1.3 Paternalizmus v 20. storočí</u>	14
<u>1.1.4 Parsons – choroba a úloha chorého</u>	15
<u>1.1.5 Nedostatky paternalizmu</u>	16
<u>1.1.6 Prechod k starostlivosti orientovanej na pacienta</u>	16
<u>2. mHealth technológie</u>	18
<u>2.1 Self-tracking</u>	19
<u>2.2 Quantified Self</u>	19
<u>2.3 Kvantifikované údaje</u>	20
<u>2.4 Nový individualizmus</u>	21
<u>2.5 Demokraticizácia zdravotnej starostlivosti</u>	22
<u>2.6 Medikalizácia</u>	24
<u>2.7 Digitálne zdravie v rukách pacienta – revolúcia zdravotníctva</u>	25
<u>Empirická časť</u>	29
<u>3. Metodológia</u>	29
<u>Výber respondentov</u>	29
<u>Výskumný dizajn</u>	29
<u>Zber dát</u>	29
<u>Analýza dát</u>	30
<u>Etické aspekty</u>	30
<u>Limity výskumu</u>	30
<u>4. Vnímanie technológií mHealth a vnímanie informovaných, aktívnych pacientov lekármi</u>	32
<u>4.1 Vnímanie možností používania mHealth technológií</u>	32
<u>4.1.2 Pacienti s určenou diagnózou</u>	34
<u>4.2 Vnímané nedostatky mHealth technológií</u>	35
<u>4.2.1 Pacienti bez určenej diagnózy</u>	37
<u>4.3 Digitálna zmena paradigmy poskytovania zdravotnej starostlivosti</u>	38

<u>4.3.1 Osobný kontakt</u>	39
<u>4.4 Lekári a aktívny, informovaný pacient</u>	40
<u>4.5 Vedúca pozícia lekárov</u>	42
<u>Záver</u>	45
<u>Zoznam literatúry</u>	47

Úvod

Vzťah medzi lekárom a pacientom prešiel po súčasnosť výraznými zmenami. Od starovekého paternalizmu, kde bol lekár vnímaný ako nepopierateľná autorita, až po moderný kolaboratívny prístup, kde pacienti aktívne participujú na rozhodovaní o svojom zdraví. Táto transformácia bola podporená nielen spoločenskými a kultúrnymi zmenami, ale aj technologickým pokrokom, ktorý zásadne ovplyvnil komunikáciu a interakciu medzi lekármi a pacientmi (Holmström & Röing, 2010). Taktiež, pacientova autonómia je vnímaná v modernej medicíne ako jeden zo štyroch kľúčových princípov medicínskej etiky – spolu s neškodnosťou, dobročinnosťou a spravodlivosťou (Page, 2012)

V tomto kontexte sa mHealth technológie javia ako kľúčové nástroje, ktoré môžu transformovať tradičné modely zdravotnej starostlivosti (Al Muammar et al., 2018, Sacristán, 2013). Technológie, ako sú inteligentné hodinky, fitness náramky a mobilné aplikácie, ponúkajú nové možnosti pre monitorovanie zdravotných ukazovateľov a zlepšenie komunikácie medzi pacientom a lekárom. Predovšetkým tým, že umožňujú pacientom sledovať svoje zdravotné údaje v reálnom čase a aktívne sa zapájať do starostlivosti o svoje zdravie (Lupton, 2013). Napriek tomu, že širšie využitie týchto technológií môže byť obmedzené faktormi ako nespoľahlivosť senzorov, náklady na zariadenia a technologická zdatnosť pacientov, niektorí odborníci zmenu vnímajú ako začiatok revolúcie medicíny (Topol, 2016) Avšak, aj keď mHealth technológie znižujú informačnú asymetriu medzi lekármi a pacientmi, vedomostná asymetria vyplývajúca z medicínskeho vzdelania a skúseností lekárov naďalej pretrváva. Lekári preto obhajujú svoju pozíciu autority a vnímajú potrebu zachovať si vedúcu úlohu v zdravotnej starostlivosti.

Táto bakalárska práca sa zameriava na skúmanie vplyvu mHealth technológií na vzťah medzi lekárom a pacientom. V úvodnej časti pomocou prehľadu diskusie v literatúre predstaví vývoj vzťahu lekár-pacient. Následne práca približuje postrehy odborníkov v rámci témy digitálnych zdravotných technológií, predovšetkým mHealth, pričom je bližšie rozobratý aj fenomén „Quantified Self“. Cieľom následnej empirickej časti výskumu je zistiť, ako lekári vnímajú potenciál týchto technológií a či ich aktívne využívajú vo svojej praxi. Zároveň sa táto časť zameriava na to, ako tieto technológie v očiach lekárov ovplyvňujú správanie pacientov a ich zapojenie do rozhodovacích procesov. Prostredníctvom rozhovorov s lekármi sa pokúsi odpovedať na otázky týkajúce sa možností a obmedzení používania mHealth technológií v zdravotnej starostlivosti, ako aj ich vplyvu

na kvalitu poskytovanej starostlivosti a vzťah medzi lekárom a pacientom. Predovšetkým sa však snaží poskytnúť možné odpovede na otázku: Ako podľa lekárov vplyvajú technológie digitálneho zdravia, predovšetkým mHealth, na podobu vzťahu lekár-pacient?

1. Vzťah lekár-pacient

1.1 Modely vzťahu lekár-pacient

Kaba a Sooriakumaran prezentujú tri základné modely vzťahu medzi lekárom a pacientom, ktoré boli adaptované z diela Szasza a Hollendera z roku 1956. Každý z týchto modelov je charakterizovaný špecifickou úlohou lekára a pacienta, klinickým uplatnením a prototypovým modelom, ktorý ilustratívne opisuje povahu interakcie medzi lekárom a pacientom. Kaba a Sooriakumaran však upozorňujú, že pojem „vzťah“ by nemal byť vnímaný na základe svojej úlohy alebo štruktúry, ale ako jeho „abstrakcia obsahujúca aktivity dvoch interagujúcich systémov alebo ľudí (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Túto podstatu vzťahu vnímajú ako ukotvenú v dvoch parametroch: v „medicínskej situácii“ a „sociálnej scéne“.

Prvým modelom je model aktivity-pasivity, kde lekár vykonáva aktívne kroky na pacientovi, zatiaľ čo pacient zostáva pasívnym príjemcom, neschopným odpovedať alebo konať. Tento model sa uplatňuje v prípadoch, kde je pacient pod anestézou, v akútnom trauma, kóme alebo delíriu. Prototypovým modelom je vzťah rodič-dieťa v jeho najranejšom štádiu, kde dieťa je úplne závislé na rodičovi a nie je schopné aktívne sa zúčastniť na interakcii (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Druhým modelom je model sprevádzania a spolupráce, v ktorom lekár inštruuje pacienta, čo má robiť, a pacient ako spolupracovník tieto inštrukcie poslúcha. Tento model je bežný pri akútnych infekčných procesoch a ďalších podobných stavoch, kde je potrebné, aby pacienti nasledovali konkrétne pokyny lekára na dosiahnutie efektívnej liečby. Prototypovým modelom je vzťah rodič-dieťa v adolescentnom veku, kde dieťa získava určitú mieru nezávislosti, ale stále potrebuje vedenie a inštrukcie od rodiča (ibid).

Tretím modelom je model vzájomnej participácie, kde lekár pomáha pacientovi, aby si dokázal pomôcť sám. Pacient v tomto modeli aktívne spolupracuje a využíva odbornú pomoc lekára v rámci partnerského vzťahu. Tento model je podľa autorov obzvlášť relevantný pri manažmente chronických ochorení a v psychoanalýze, kde dlhodobá spolupráca a aktívna účasť pacienta sú kľúčové. Prototypovým modelom je vzťah medzi dvomi dospelými, kde existuje obojstranná participácia a spolupráca. Autori taktiež upozorňujú, že dôležitosť intímneho vzťahu medzi pacientom a lekárom nemôže nikdy byť

precenená, nakoľko vo väčšine prípadov, ako uvádzajú, od kvality tohto vzťahu úzko závisí presnosť diagnózy a efektívnosť liečby (ibid).

1.2 Historický vývoj vzťahu lekára a pacienta

Vzťah medzi lekárom a pacientom prešiel významnými zmenami od starovekého paternalizmu až po moderný kolaboratívny prístup. Tento vývoj je dôsledkom spoločenských, technologických a medicínskych pokrokov, ktoré postupne transformovali interakciu medzi lekármi a ich pacientmi.

1.2.2 Staroveký Paternalizmus

V staroveku a stredoveku bol vzťah lekára a pacienta silne paternalistický. Lekári boli vnímaní ako nepopierateľné authority s rozsiahlymi vedomosťami a pacienti boli povinní ich rozhodnutia bez námietok prijímať. Lekár bol totiž považovaný za autoritu s nespochybniteľnými vedomosťami, ktoré prirodzene prevyšovali vedomosti pacientov. Pacientova pozícia bola vnímaná tak, aby vystupoval ako pasívny prijímateľ starostlivosti. Tento model bol presadzovaný významnými historickými lekáorskými autoritami, ako bol Hippokrates, ktorý formuloval Hippokratovu prísahu. Táto prísaha zdôrazňovala etické zásady a povinnosti lekára, pričom očakávala od pacienta dôveru a poslušnosť (Topol, 2016).

Ogunbanjo (2009), vo svojej práci potvrdzuje, že starovekí grécki, ako napríklad Hippokrates, videli svoju úlohu ako ochrancovia zdravia pacientov, ktorí rozhodovali za nich, často bez konzultácie alebo informovania o konkrétnych diagnózach či liečebných postupoch. Tento model vzťahu založený na paternalistickom prístupe k pacientovi bol zakotvený v predstave, že lekári majú vedomosti a schopnosti nadradené bežným ľuďom. Prípadne, že tieto vedomosti odvodzujú z istého božieho alebo magického nadprirodzeného základu. To im umožňuje rozhodovať, čo je pre pacienta najlepšie bez jeho priameho zapojenia do procesu rozhodovania. Galénovu perspektívu ďalej približuje aj Gries (2018), keď vysvetľuje, že Galén veril, že lekár má nielen právo, ale aj povinnosť rozhodovať v mene pacienta, pretože jeho odborné vedomosti sú nenahraditeľné pre správne medicínske rozhodnutia.

V stredoveku tento paternalistický model pokračoval vo svojej dominantnej pozícii a bol k tomu podporovaný náboženskými a spoločenskými normami. Zdravotná starostlivosť sa stala naviazanou na náboženské rituály a úloha lekára tak bola obklopená aurou magickosti

a nadprirodzenosti. Lekári boli v tom čase často mnísi alebo klerici, ktorí vykonávali medicínu v rámci svojich náboženských povinností. Paternalistický prístup bol ďalej upevňovaný predstavou, že choroba je Božím trestom alebo skúškou, a lekári ako Boží služobníci mali moc aj zodpovednosť pacientov viesť k Božiemu odpusteniu a uzdraveniu (Gries, 2018).

Z literatúry ďalej vyplýva, že paternalistický prístup lekárov naplňal v starovekej medicíne aj nevyhnutnú úlohu kontroly samotných lekárov. Zhmotnené napríklad práve v Hippokratovej prísaha, poskytoval sadu jasných pravidiel a princípov, ktoré mali chrániť morálnu a profesionálnu integritu lekára (Hajar, 2017). Kľúčovým bolo zabezpečenie, aby lekári konali výhradne na základe svojich odborných znalostí, čo malo zaručiť najlepšiu možnú starostlivosť pre pacienta.

1.2.3 Paternalizmus v 20. storočí

Dlhodobá tradícia zdravotníckych pracovníkov rozhodovať za pacientov, ako bolo vysvetlené vyššie, vychádzala z presvedčenia, že oni vedia, čo je pre pacientov najlepšie. Postupne sa však objavil iný názor všímajúci si, že pacienti sú okrem profesionálov aj odborníci na svoje vlastné telá, symptómy a situácie, pričom tieto znalosti sú nevyhnutné pre úspešnú liečbu. Pacienti by preto mali v modernom zdravotníctve byť zúčastnení na zdravotnej starostlivosti, pričom im prináležia úlohy a zodpovednosti, ale aj práva.

V prvej polovici 20. storočia prevládal model takzvaného benevolentného paternalizmu (Keslar, 2023). Lekári si zachovávali veľkú autoritu a ich rozhodnutia boli vnímané ako nepopierateľné. Podľa filozofie Sir Williama Oslera (Millard, 2011), niekedy označovaného za jedného z otcov modernej medicíny, mal lekár zodpovednosť rozhodovať v najlepšom záujme pacienta, ktorý mal stále byť pasívnym, no zároveň autonómny príjmateľom starostlivosti. Dôležitým však bol záujem o pacienta, ktorý Osler považoval za nevyhnutný. Podľa Oslera bolo nevyhnutné, aby lekári pristupovali k svojim pacientom s empatiou a súcitom, ale zároveň si zachovali autoritu a kontrolu nad liečebnými rozhodnutiami. Osler veril, že lekárska veda a umenie musia byť kombinované s hlbokým ľudským pochopením a že lekári musia byť pripravení robiť rozhodnutia, ktoré pacienti nemôžu alebo nechcú robiť sami. V duchu tohto presvedčenia vytvoril prvý medicínsky rezidenčný program, kde dbal pri výcviku lekárov nielen na bohaté teoretické znalosti, ale aj kontakt s pacientom. Známym sa stal jeho výrok „*počúvaj Tvojho pacienta, hovorí Ti svoju diagnózu*“ (Khan, 2022).

1.2.4 Parsons - choroba a úloha chorého

Vplyvným sa stala aj Parsonsova teória role chorého, ktorá s paternalistickým prístupom k pacientovi úzko súvisí. Podľa Gallagera (1976) je zdravie v Parsonovom pohľade vnímané ako "adaptívna schopnosť na dosahovanie cieľov," ktorá môže byť jednotlivcami využívaná ako kapitál na generovanie ekonomického zisku. Zdravie osoby je tu vnímané ako schopnosť jej organizmu zapájať sa do procesov produkcie v danom sociokultúrnom prostredí. Často je však opisované, ako Gallagher upozorňuje, zdravým rozumom alebo medicínskymi vedami na základe jeho vnútorných charakteristík ako integrovaný, sebestačný stav organizmu. Stručne povedané, zdravie je funkčným predpokladom spoločnosti (Gallagher, 1976).

Na druhej strane, choroba je vnímaná nielen ako biologická porucha, ale aj ako sociálny fenomén. Jedinec musí byť spoločensky definovaný ako chorý. Preto je spoločenská definícia choroby, ktorá umožňuje niekomu vstúpiť do choroby ako sociálnej role so špecifickými črtami, mimoriadne dôležitá (Gallagher, 1976).

Tento koncept je podporený aj Parsonsovou teóriou role chorého, ktorá zdôrazňuje, že choroba je sociálne konštruovaný stav. Spoločnosť určuje, kto je považovaný za chorého a aké práva a povinnosti sú s touto rolou spojené (Bury, 1982; Charmaz, 1983). Tento prístup zohľadňuje nielen biologické aspekty choroby, ale aj sociálne a kultúrne kontexty, v ktorých sa choroba a rola chorého prejavuje a je interpretovaná (Mechanic & Volkart, 1961). Podľa Gerhardtovej (1979) sú v Parsonovom diele rozpoznateľné dve porozumenia charakteru choroby: neschopnosť a deviácia. Model neschopnosti vysvetľuje chorobu spôsobom, kde je vnímaná ako "zlyhanie udržať sa zdravým" a ako "negatívne dosiahnutá" rola. Podľa modelu neschopnosti je teda nedostatok zdravia chorobou. Inými slovami, choroba sa človeku stane prirodzene bez akéhokoľvek osobného motívu a je to situácia, v ktorej je znemožnená schopnosť jednotlivca vykonávať svoje spoločensky definované úlohy a roly (Gerhardt, 1979).

V rámci tejto teórie majú lekári úlohu "gatekeepera" do role chorého, čo im dáva autoritu a moc nad pacientmi. To zodpovedá paternalistickému prístupu, kde lekári na základe svojho odborného posúdenia určujú, čo je pre pacienta najlepšie, a pacient sa podriadi ich rozhodnutiam. Takýto prístup predpokladá, že lekár má väčšiu schopnosť a vedomosti na

rozhodovanie o zdravotnom stave pacienta ako samotný pacient (Heidarnia & Heidarnia, 2024).

Z hľadiska Parsonovej teórie role chorého je choroba nielen príležitosťou pre pacienta na dočasné stiahnutie sa zo spoločenských záväzkov a súťaživosti, ale aj situáciou, v ktorej je jednotlivcovi umožnené prijať pomoc od druhých a teda určitú úroveň závislosti. Koncept potreby závislosti je posilňovaný v detstve počas socializácie a potláčaný, keď sa od jednotlivcov očakáva, že sa budú zapájať do spoločenského systému ako nezávislí, dospelí aktéri. Z tohto pohľadu môže byť skúsenosť choroby návratom do raného obdobia života a môže byť dokonca "príjemná a uspokojujúca" (Heidarnia & Heidarnia, 2024).

Takáto situácia sa nápadne podobá jednému z modelov vzťahu lekára s pacientom, pri ktorom je rozhodovacia moc koncentrovaná v rukách doktora (Kaba a Sooriakumaran, 2007). Tento model, ako autori uvádzajú, sa uplatňuje v prípadoch, kde je pacient pod anestézou, v akútnom trauma, kóme alebo delíriu. Prototypovým modelom je vzťah rodič-dieťa v jeho najranejšom štádiu, kde dieťa je úplne závislé na rodičovi a nie je schopné aktívne sa zúčastniť na interakcii.

1.2.5 Nedostatky paternalizmu

S postupným vývojom medicíny a technologickými pokrokmi v 20. storočí sa začali objavovať ďalšie kritické hodnotenia paternalistického prístupu. Fitzpatrick (2002) poukazuje na to, že paternalizmom podmienenú „medicínsku tyranii“, kde lekári presadzujú svoje odborné rozhodnutia bez zohľadnenia názorov a pocitov pacienta. Tento model vzťahu je tiež spojený s nedostatočnou transparentnosťou a informovanosťou pacientov, čo často z ich strany mohlo vyústiť do nedôvery a nespokojnosti. Jedným z príkladov benevolentného paternalizmu bola prax neinformovania pacientov o závažných diagnózach, ako je rakovina, až do 60. rokov 20. storočia. Lekári verili, že informovanie pacienta o terminálnej diagnóze by mohlo spôsobiť zbytočný stres a úzkosť (Keslar, 2023).

1.2.6 Prechod k starostlivosti orientovanej na pacienta

Od polovice 20. storočia sa začali meniť spoločenské a politické rozhranie, na ktorom stálo pole medicíny. To otvorilo cestu k transformácii vzťahu lekára a pacienta. Sociálne a politické hnutia, vrátane bojov za občianske a ženské práva, prispeli k tomu, že pacienti začali vyžadovať väčšie zapojenie do rozhodovacích procesov. Zároveň technologický

pokrok umožnil pacientom lepší prístup k informáciám a viacerým možnostiam starostlivosti (Keslar, 2023).

Minimálne od roku 1977, od vydania práce "The Principles of Biomedical Ethics", sa kladie zásadný dôraz na pacientovu autonómiu. Autonómia sa totiž stala jedným zo štyroch kľúčových princípov medicínskej etiky: spolu s dobročinnosťou (*beneficence*), neškodnosťou (*non-maleficence*) a spravodlivosťou (Page, 2012). Tento koncept autonómie, ktorý zdôrazňuje právo pacientov rozhodovať o svojom vlastnom zdravotnom stave na základe informovaných rozhodnutí, sa stal filozofickým základom pre rôzne strategické a legislatívne dokumenty určujúce formálne smerovanie medicíny (Murgic et al., 2015).

Murgic však dopĺňa, že lekári sa často môžu ocitnúť v náročnej situácii, najmä v postsocialistických krajinách, kde je na jednej strane autonómia pacienta formálne preferovaná, no mnohí pacienti nie sú pripravení autonómiu a zodpovednosť prebrať, pričom stále očakávajú a vyžadujú paternalistický prístup doktorov (Murgic et al., 2015).

Pre kontext post-socialistických krajín Dobiášová et al (2021) dopĺňa, že napriek tomu, že český zdravotný systém si v dôsledku socialistického dedičstva zachoval relatívne paternalistický charakter, posilnený hlas pacientov v iniciatívach zdola, politických aktivitách, vrátane lobbyngu a angažovania sa v médiách, vytvoril po revolúcii priestor pre formálne uznanie a inštitucionalizáciu zapojenia pacientov do zdravotnej starostlivosti. Kolektív autorov tiež tvrdí, že postupne sa vzdelávanie a zapojenie pacientov stali významnými otázkami v zdravotníckom systéme Českej republiky. Podľa nej sa totiž smerovanie legislatívy v oblasti zdravotníctva zameriava na posilnenie postavenia pacientov, čím sa zvyšuje ich vplyv a účasť na rozhodovacích procesoch (Dobiášová et al, 2021).

2. mHealth technológie

Téma vývoja modelu vzťahu lekára a pacienta smerom k dosiahnutiu rovnováhy zodpovednosti a zvýšenia pacientovej autonómie (Lazcano-Ponce et al., 2020) je obzvlášť relevantná v rámci rastúcej popularity nástrojov digitálneho zdravia: mHealth, eHealth a AI sú úzko prepojené, ale stále rozdielne oblasti digitálneho zdravotníctva. mHealth sa zameriava na využívanie mobilných zariadení ako sú smartfóny a nositeľné technológie, ktoré umožňujú pacientom sledovať svoje zdravotné údaje v reálnom čase, pričom podporujú prevenciu a self-management chorôb. eHealth zahŕňa širšie využitie informačných a komunikačných technológií na správu zdravotníckych informácií a poskytovanie zdravotníckych služieb, vrátane elektronických zdravotných záznamov a telemedicíny, čím sa snaží prispieť k zlepšeniu efektivity a kvality zdravotnej starostlivosti. AI v zdravotníctve sa zaoberá použitím strojového učenia na analýzu big data, podporu klinických rozhodnutí s použitím algoritmov a prináša taktiež možnosti personalizovanej medicíny. Tým môže pomáhať s presnosťou diagnostiky a automatizovať administratívne úlohy. Každá z týchto technológií má svoje špecifické ciele a oblasti digitálneho zdravia, kde pôsobia. Je ich však náročné dokonale izolovať, nakoľko ich využitie sa často navzájom dopĺňa.

Táto práca sa konkrétne sústreďuje na prínos a dopady technológií mHealth. Čerpá inšpiráciu z debaty o fenoméne Quantified Self a všíma si, že individuálne sledovanie zdravotných údajov prostredníctvom mHealth technológií získava na popularite. Deborah Lupton (2013) vo svojej práci „Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies“ analyzuje sociálne a kultúrne významy praktík self-trackingu a kvantifikovania seba/ svojho tela prostredníctvom monitorovacích digitálnych zariadení. Autorka uvádza, že mHealth technológie (mobilné zdravotné technológie) poskytujú nové možnosti monitorovania a merania telesných funkcií a aktivít. Lupton poukazuje na to, že tieto technológie sú stále viac využívané nielen zdravotníckymi pracovníkmi, ale aj laikmi - spotrebiteľmi, ktorí sa zaujímajú o zlepšenie vlastného zdravia a životného štýlu a stávajú sa tak súčasťou dobrovoľného sledovania seba samého mimo profesionálneho zdravotného prostredia (Lupton, 2013).

2.1 Self-tracking

Fenomén self-tracking a Quantified Self sa týka zbierania dát o vlastnom tele a činnostiach pomocou technológií, ktoré zahŕňajú smart hodinky, fitness náramky a rôzne zdravotnícke aplikácie. Technológie, ktoré menuje Lupton, ako náramky Fitbit, Apple Watch, alebo Google Fit umožňujú užívateľom sledovať rôzne zdravotné ukazovatele, ako sú kroky, srdcový tep, spánkové vzorce a kalorický príjem (2013).

Vývoj popularity takýchto zariadení zachytáva aj prieskum francúzskeho výskumného tímu: Takmer polovica používateľov smartfónov uviedla, že používajú aspoň jednu aplikáciu mHealth. Ich účel súvisí najmä s wellness, prevenciou a fitness (66,1 %), ako aj s prebiehajúcou liečbou, podávaním liekov a následnou starostlivosťou (Paradis et al., 2022).

Aplikovanie týchto technológií v praxi by mohlo významne prispieť k lepšiemu zdravotnému stavu jedincov tým, že by im poskytlo nástroje na aktívnejšie zapojenie sa do správy vlastného zdravia (Topol, 2016). Vzhľadom na potenciál týchto technológií zlepšiť zdravotné výsledky, je podľa Lupton nevyhnutné, aby sa uskutočnil rozsiahlejší výskum, ktorý by preskúmal, ako môžu zdravotnícki pracovníci tieto nástroje efektívne využiť pri podpore svojich pacientov. Tým by mohli prispieť nielen k lepšiemu porozumeniu ich zdravotného stavu, ale aj k zvýšeniu kvality ich života (Lupton, 2013).

2.2 Quantified Self

Termín "Quantified Self" sa odvoláva na kultúrny fenomén, kde jednotlivci využívajú technológie, najmä nositeľné zariadenia a mobilné aplikácie, na neustále sledovanie a zaznamenávanie rôznych aspektov svojho fyzického stavu, činností a životného štýlu. V kontexte Luptonovej práce, "Quantified Self" autorka predstavuje činnosti, ktoré sú spojené s osobným meraním biometrických údajov a každodenných aktivít, ako sú telesné funkcie (napríklad tep srdca, krvný tlak), fyzická aktivita (napríklad počet krokov, trvanie a intenzita cvičenia), spánkové vzorce a iné zdravotné indikátory (2013).

Cieľom týchto činností je získať hlbší pohľad na svoje zdravie a životný štýl, čo umožňuje jednotlivcom analyzovať tieto údaje, identifikovať vzory a potenciálne urobiť zmeny s cieľom zlepšiť svoje zdravie alebo dosiahnuť osobné ciele, ako je chudnutie, zlepšenie fyzickej kondície alebo lepšia regulácia stresu.

Lupton (2013) zdôrazňuje, že prístup Quantified Self nie je len o samotnom zbere dát, ale aj o ich interpretácii a využití pre osobnú transformáciu a sebarozvoj. Je to súčasť širšieho trendu zameraného na "self-knowledge through numbers" (sebapoznanie prostredníctvom čísel), kde technológie poskytujú nástroje na kvantifikovanie osobnej zdravotnej a telesnej skúsenosti v merateľné a analyzovateľné údaje. Trend a prax self-knowledge through numbers, ako Lupton vysvetľuje, je založený na presvedčení, že systematické a detailné kvantitatívne merania osobných zdravotných údajov môžu poskytnúť jedincovi hlbší a presnejší uhol pohľadu na jeho zdravotný stav a životný štýl. To pacientovi umožní dosiahnuť vyššiu kontrolu a lepšie riadiť svoje zdravie.

Hoci pojem Quantified Self pôvodne vznikol v rámci oficiálnej organizácie Quantified Self, dnes sa rozšírili do populárnej kultúry a označujú všeobecné praktiky sebamonitorovania (Lupton, 2014). Myšlienka prác na sebe je opäť zreteľná v diskurzoch o digitálnej sebakvantifikácii alebo životnom logovaní. Generovanie podrobných údajov o sebe pomocou digitálnych zariadení je prezentované ako niečo samozrejme dobré, ako súčasť étosu práce na sebe.

Sebamonitorovanie pomocou digitálnych zariadení je spojené s myšlienkou, že sebapoznanie, ktoré týmto spôsobom vznikne, umožní používateľom väčšiu kontrolu nad svojimi osudmi. Predpokladá sa, že údaje a poznatky v nich obsiahnuté pomôžu dosiahnuť lepšie zdravie, kvalitnejší spánok, väčšiu kontrolu nad náladami, lepšie zvládanie chronických stavov, menej stresu alebo dosiahnutie vyššej pracovnej produktivity (Lupton, 2014). Údaje zhromaždené z digitálnych zariadení na sebamonitorovanie sú prezentované ako ponúkajúce istotu, zatiaľ čo telesné vnímania sú považované za nedôveryhodné, nepresné a nespoľahlivé, pretože sú sprostredkované ľudským vnímaním a teda nie sú objektívne. V týchto prípadoch sa technológia a vďaka nej vytvorené údaje vykresľujú ako poskytujúce spoľahlivé náhľady do fungovania ľudského tela, ktoré fyzické pocity jednotlivcov sprostredkovať nedokážu (Lupton, 2014).

2.3 Kvantifikované údaje

Odvolávanie sa na autoritu kvantifikovateľných, „kvazi objektívnych“ (Numerato, 2022) zdravotníckych údajov je pri téme mHealth kľúčové, pretože tie sú v rámci trendu Quantified Self vnímané ako objektívne a presné reprezentácie reality. Lupton zdôrazňuje, že v rámci spoločenského kontextu, kde prevládajú kvantitatívne metódy poznania, čísla poskytujú

zdanie vedeckej nezaujatosti a presnosti. Tento prístup, ako tvrdí, môže posilniť pocit kontroly jedincov nad ich vlastným telom a zdravím, ale zároveň môže prispievať k vytváraniu nadmernej dôvery v technológie a k obmedzovaniu komplexnejších, kvalitatívnych aspektov zdravia a ľudskej skúsenosti (Lupton, 2016).

Digitalizácia a používanie algoritmov v zdravotníctve môžu ohroziť tradičnú autonómiu zdravotníckych profesionálov. Algoritmy môžu poskytovať odporúčania a predpovede, ktoré môžu byť interpretované ako definitívne a neomylné, čím sa znižuje priestor pre odborné rozhodovanie lekárov (Ruckenstein & Schüll, 2017). Tento trend prináša nové etické dilemy, keďže algoritmy môžu byť naprogramované s určitými predsudkami a môžu diskriminovať určité skupiny ľudí. Je nevyhnutné zabezpečiť, aby algoritmy boli transparentné a spravodlivé, a aby existovali mechanizmy na kontrolu a opravu chýb a nespravodlivostí. S narastajúcim používaním digitálnych technológií a algoritmov v zdravotníctve je tiež potrebné vyvinúť nové regulatívne a etické rámce, ktoré by zabezpečili ochranu práv pacientov a podporovali spravodlivé a etické používanie technológií. To zahŕňa aj otázky informovaného súhlasu, ochrany súkromia a zodpovednosti za rozhodnutia prijaté na základe algoritmických odporúčaní (Ruckenstein & Schüll, 2017).

V praxi sa však kvantifikovateľné údaje taktiež ukazujú ako pozitívny prínos. Meskó a Györffy (2019) totiž ukazujú, že sa využívajú na zlepšenie komunikácie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi, čo môže viesť k lepšiemu vzájomnému porozumeniu a zlepšeným výsledkom zdravotnej starostlivosti. Tieto údaje sú neoceniteľné pri monitorovaní a vytváraní presnejších a personalizovaných liečebných plánov, čo zvyšuje spokojnosť pacientov a celkovú kvalitu života (Meskó & Györffy, 2019).

2.4 Nový individualizmus

Diskurz healthismu v literatúre k mHealth predstavuje používateľov týchto technológií ako vzor zodpovedných občanov, ktorí majú potrebné zdroje a motiváciu na využívanie sebamonitorovacích technológií. Tento prístup posúva zodpovednosť za zdravie od lekára k samotnému jedincovi v duchu motta „*Moje zdravie je moja zodpovednosť a mám nástroje na jeho riadenie*“ (Lupton, 2013, p. 398). Títo jednotlivci prijímajú úlohu zodpovedného občana, ktorý v súlade s neoliberalnými princípmi aktívne usiluje o zdravý a fit životný štýl prostredníctvom sebariadenia (Lupton, 2013).

V tomto rámci sú používatelia vnímaní ako aktívni účastníci, ktorí používajú moderné technológie na sledovanie a zlepšovanie svojho zdravia. Tento proces sebamonitorovania podporuje a je ukotvený v ideológií, ktorá zdôrazňuje osobnú zodpovednosť a sebadisciplínu, čo je v súlade s princípmi neoliberala myslenia, ktoré uprednostňuje podnikateľského ducha a osobnú iniciatívu (Lupton, 2014).

Sebamonitorovanie je teda v súlade s predstavou o "*reflexive project of the Self*". Tento koncept vychádza z predpokladu, že v západnej spoločnosti neskorej moderny si jednotlivci neustále hľadajú spôsoby, ako sa zrkadliť v praktikách tvorby seba samého a tela a maximalizovať výhody pre seba podnikateľským spôsobom (Giddens, 1994). So životom je v tomto prípade zaobchádzané ako s podnikaním, ktoré si vyžaduje neustále hľadanie poznatkov s cieľom dosiahnuť zlepšovanie samého seba. Namiesto toho, aby jednotlivci jednoducho prijali „veci tak, aké sú“, si musia určovať smer, a ako súčasť každodenného života musia sa neustále rozhodovať. Reflexívny charakter vnímania zdravia si všíma aj Numerato a kolektív (2020). V štúdií totiž dospeli k záveru, že neoliberalná éra je spojená aj s nástupom kolektívne organizovaných, zdravotne uvedomelých občanov, ktorí problematizujú povahu súčasného riadenia zdravotníctva.

Elliott ďalej vníma súčasnú dobu ako obdobie znovuobjavovania seba samého a svojho tela. To sa podľa jeho názoru stalo kľúčovým aspektom osobného i spoločensky organizovaného života v rozvinutých krajinách (2013). Podľa Elliotta znovuobjavovanie predstavuje proces zmeny vnímania zdravia, ktoré je zamerané na ciele osobného rastu, úspechov v kariére, zdravia alebo celkovej pohody. Tento fenomén je vnímaný ako súčasť "nového individualizmu", ktorý prioritizuje dôraz na jednotlivca na úkor širších sociálnych skupín, organizácií alebo komunít. V rámci tohto nového individualizmu sú podporované sebareflexia a kritická sebaanalýza ako metódy zlepšovania seba samého (Elliott, 2013). Praktiky sledovania seba samého, teda self-tracking, sú prezentované ako efektívne nástroje na dosiahnutie tohto znovuobjavenia. Sú totiž v súlade s ideami práce na sebe a sebazlepšovania, ktoré sú základnými prvkami paradigmy nového individualizmu (Elliott, 2013, Lupton, 2013).

2.5 Demokratizácia zdravotnej starostlivosti

Digitalizácia v zdravotníctve, konkrétne prostredníctvom mHealth technológií, zásadne vplýva tradičný vzťah medzi lekárom a pacientom (Al Muammar et al., 2018, Sacristán,

2013). Tento proces nie je len technologickou zmenou, ale predstavuje aj kultúrnu transformáciu, ktorá ovplyvňuje spôsob, akým sa poskytuje zdravotná starostlivosť a ako sú vedomosti o zdraví sprístupnené tak pre poskytovateľov, ako aj pre pacientov (Lupton, 2013).

Výskum, ktorý publikovali Hendl a Shukla (2024), sa zaoberá debatami o tom, ako môže digitálne zdravie prispieť k demokratizácii zdravotnej starostlivosti. Zistili, že tieto debaty často vnímajú demokratizáciu ako otázku prístupu k zdravotným informáciám a zdravotnej starostlivosti, a taktiež posilnenia postavenia pacientov. Avšak, podľa autorov existuje rastúci počet dôkazov, ktoré poukazujú na riziká a nerovnomerné prínosy digitálnych zdravotných technológií. Hendl a Shukla taktiež upozorňujú na ich neschopnosť prekonať základné štrukturálne problémy v oblasti zdravia. Tieto zistenia spochybňujú predstavy o tom, že digitálne zdravie môže pozitívne transformovať zdravotnú starostlivosť a demokratizovať ju.

Autori uvádzajú, že empirické dôkazy, ktoré skúmali, poukazujú na problémy, ktoré podkopávajú naratívy o demokratizácii prostredníctvom digitálneho zdravia. Konkrétne, naratív o tom, že digitálne zdravotné technológie môžu demokratizovať zdravotnú starostlivosť, kde je demokratizácia vnímaná ako záležitosť poskytovania prístupu k zdravotným informáciám, rozhodovaniu, zdravotným službám a posilňovaniu postavenia pacientov (Topol, 2016), je spochybnený rastúcim množstvom empirických dôkazov dokumentujúcich riziko negatívneho vplyvu týchto technológií (Hendl & Shukla, 2024). Podľa autorky všetky uvedené príklady ilustrujú, že algoritmy a zdravotné technológie, ktoré sú trénované so skreslenými údajmi, nedokážu poskytovať presné zdravotné informácie, diagnózy a terapeutické usmernenia. Tieto zlyhania, ako tvrdí Hendl a Shukla (2024), ktoré sú v kontexte digitálneho zdravia pomerne bežné, budú naopak škodiť kvalite rozhodovania pacientov. Nepresné a zavádzajúce zdravotné technológie tak nebudú schopné poskytovať sľúbené zdravotné možnosti celej populácii.

Podľa autorov je v súčasnosti kvôli diskriminačným a oslabujúcim účinkom rôznych digitálnych zdravotných technológií náročná predstava, že by digitálne zdravie bolo schopné demokratizovať zdravotnú starostlivosť na lokálnej a globálnej úrovni (Hendl & Shukla, 2024). Preukazuje totiž, že nerovný dopad a riziko škodlivého pôsobenia digitálneho zdravia reprodukuje tie isté nerovnosti, ktoré boli dominantnými v západnej medicíne a zdravotnej starostlivosti. Rovnako ako štandardná zdravotná starostlivosť, aj digitálne zdravotné

technológie navrhnuté a implementované spôsobmi, ktoré sú v súlade so štrukturálnymi neuhmi spoločnosti ako so sexizmom, rasizmom a pozostatkami kolonializmu, budú podľa autorky ďalej posilňovať materiálny útlak a následne zhoršovať zdravotné nerovnosti. Autori naznačujú, že tieto nerovnosti oslabujú demokratizačný potenciál digitálneho zdravia. Aj keby rôzne populácie po celom svete mali rovnaký prístup k technológiám, iba menšina z nich, ako napríklad bieli západní heterosexuálni muži, by mala výhodu, že poskytované služby prispôbené práve ich zdravotným potrebám. Väčšina svetovej populácie, ako tvrdí Hendl a Shukla (2024), by nemala spoľahlivý predpoklad, že informácie a zdravotné usmernenia poskytované prostredníctvom digitálneho zdravia budú pre nich presné, prospešné a bezpečné.

2.6 Medikalizácia

Conrad (2007) definuje medikalizáciu ako proces, pri ktorom sa čoraz viac aspektov ľudského života začína chápať a liečiť ako medicínske problémy, zvyčajne v termínoch syndrémov, chorôb a porúch. Tvrdí, že v rámci tohto procesu „...*problém sa stáva definovaný lekárskymi termínmi, je opísaný pomocou lekárskeho jazyka, rozumie sa prijatím lekárskeho rámca alebo je „liečený“ lekársym zásahom*“ (Conrad, 2007, p. 5). Tento proces sa začal rozvíjať v polovici 20. storočia a odvtedy sa rozšíril do mnoho oblastí každodenného života, od detskej hyperaktivity cez po plešatenie až po masturbáciu (Conrad, 2007; Conrad & Schneider, 1980).

Podľa Conrada a Schneidera (1980) sa medikalizácia môže diať na troch úrovniach: konceptuálnej, inštitucionálnej a úrovni interakcie lekár-pacient. Na konceptuálnej úrovni dochádza k zmene v tom, ako spoločnosť chápe určité správanie alebo stavy, ktoré sú začlenené do medicínskych kategórií. Na inštitucionálnej úrovni dochádza k zmene v tom, ako sú tieto nové medicínske kategórie implementované do zdravotníckych systémov a praxe. Na úrovni interakcie dochádza k tomu, že lekári a pacienti spolupracujú v rámci týchto nových medicínskych paradigiem (Conrad & Schneider, 1980). Medikalizácia tiež mení spôsob, akým sú telo a choroby vnímané. Lupton však upozorňuje taktiež na to, že samotné sú definované *skrz* medicínsky diskurz (Lupton, 1997). Podľa Conrada (1992) sa teda mnohé stavy, ktoré boli kedysi považované za normálne časti života, teraz vnímajú ako zdravotné problémy vyžadujúce medicínsku pozornosť.

Medikalizácia tiež mení mocenskú dynamiku medzi lekármi a pacientmi. V tradičnom paternalistickom modeli mali lekári dominantnú úlohu v rozhodovaní o liečbe pacientov. Na druhej strane, rastúce povedomie a prístup pacientov k zdravotným informáciám môžu tento stav vyvážiť. Podľa názoru Foster (2018) sa pacienti stávajú viac informovanými a asertívnymi, čo môže viesť k vzťahu viac orientovanému na partnerstvo, kde sú pacienti aktívnymi účastníkmi v rozhodovacom procese.

Medikalizácia teda môže viesť k zmene spôsobu, akým lekári komunikujú s pacientmi. Podľa Conrada (2007) sa diagnostické kategórie a medicínske termíny stávajú bežnou súčasťou interakcií medzi lekárom a pacientom, čo môže viesť k zmenšeniu priestoru pre diskusiu o sociálnych a emocionálnych aspektoch zdravotného stavu. Lekári sa zameriavajú viac na technické aspekty diagnostiky a liečby, čo môže znižovať kvalitu a hĺbku komunikácie s pacientom (Conrad, 2007).

Numerato taktiež upozorňuje, že v digitálnej ére dochádza k extenzii a intenzifikácii sociálnej kontroly, ktorá sa môže prejavovať v rôznych formách. Aj medikalizácia, a s tým spojené považovanie zdravého stavu a správneho životného štýlu za normu, sa stáva nástrojom sociálnej kontroly. Tí, ktorí tieto normy odmietajú, ako autor zdôrazňuje, môžu byť stigmatizovaní alebo marginalizovaní (Numerato, 2022). V súvislosti s verejnými politikami je proces medikalizácie spojený s predstavou informovaného pacienta, ktorý je vnímaný ako „*rationálny, aktívny a autonómny občan, od ktorého sa čaká schopnosť správne rozhodovať v oblasti svojho zdravia*“ (Numerato, 2022, p. 305). Pritom však taktiež upozorňuje, že pacient nie len kontrolujúci, ale aj kontrolovaný: „*Přestože pacient na straně jedné může působit emancipovaně, kritické sociální teorie charakterizují takovou emancipaci jako zdánlivou a nenásilně vynucenou*“ (Numerato, 2022, p. 305).

2.7 Digitálne zdravie v rukách pacienta – revolúcia zdravotníctva

Eric Topol, americký kardiológ a autor, prináša vo svojej knihe "The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands" (2016) podrobný pohľad na evolúciu vzťahu lekára a pacienta v kontexte digitálnej revolúcie zdravotníctva. Topol zdôrazňuje, že digitálne technológie zásadne menia tradičný model zdravotnej starostlivosti, čím dochádza k prechodu od paternalistického vzťahu k viac partnerskému prístupu. Pacienti pritom získavajú väčšiu kontrolu a zodpovednosť.

Jedným z hlavných argumentov, ktoré Topol uvádza je, že technológie, ako sú mobilné aplikácie, senzory a umelá inteligencia, dávajú pacientom viac moci a kontroly nad svojím zdravím. Pacienti môžu teraz monitorovať svoje zdravotné údaje v reálnom čase, čím získavajú lepší prístup k informáciám o svojom zdravotnom stave a stávajú sa aktívnejšími účastníkmi v rozhodovacom procese. Tento posun možností digitálnej medicíny znamená, že pacient už nie je len pasívnym prijímateľom starostlivosti, ale aktívnym partnerom, ktorý spolupracuje s lekárom na dosiahnutí optimálneho zdravotného výsledku (Topol, 2016).

Topol (2016) tiež poukazuje na to, že digitálna revolúcia zasahuje do role lekárov. Tradičný model, kde mal lekár hlavnú autoritu a pacient bol pasívny, je nahrádzaný partnerským vzťahom, kde lekár a pacient zdieľajú zodpovednosť a spolupracujú. Pacient získava prístup k informáciám a technológie mu umožňujú presnejšiu a personalizovanú starostlivosť, pričom genomika a big data pomáhajú lepšie pochopiť individuálne potreby pacientov a prispôbiť liečbu konkrétnym zdravotným podmienkam. Autor však zároveň upozorňuje, že aj keď sa informačné rozdiely pomocou technológií môžu zmazať, existovať zostane rozdiel vo vedomostiach. Lekári totiž prechádzajú dlhoročným tréningom a vzdelaním, ktoré pacient nemôže okamžite dobehnúť. Táto asymetria tak môže predstavovať prekážku pre efektívne použitie tejto technológie (ibid).

Okrem toho v práci zdôrazňuje, že tieto technológie môžu výrazne prispieť k zlepšeniu efektivity a kvality zdravotnej starostlivosti. Lekári môžu prostredníctvom technológií ako inteligentné hodinky a špecializované medicínske zariadenia rýchlejšie a presnejšie zachytiť zdravotné problémy a efektívne s ich pomocou monitorovať priebeh liečby. To, ako tvrdí autor, vedie k lepším výsledkom pre pacientov (ibid).

Avšak, autor tiež upozorňuje na možné výzvy spojené s implementáciou týchto technológií, ako napríklad technologická negramotnosť a nedôvera v nové technológie. Starší lekári alebo tí, ktorí nie sú technicky zdatní, ako uvádza, môžu mať ťažkosti s učením sa a prispôbovaním sa novým technológiám. Nedostatok dôvery v presnosť a spoľahlivosť digitálnych meracích zariadení tiež prispieva k odporu voči ich používaniu. Topol (2016) totiž poukazuje na to, že mnohí zdravotnícki profesionáli majú obavy, že technológie nebudú dostatočne spoľahlivé na to, aby nahradili tradičné metódy diagnostiky a liečby.

Zvýšené nároky na čas a zdroje sú ďalším dôvodom, prečo sú niektorí profesionáli skeptickí voči digitálnym technológiám. Implementácia nových technológií totiž, ako upozorňuje

Topol (2016), vyžaduje čas, finančné zdroje a školenia, čo môže byť pre niektoré zdravotnícke zariadenia náročné. Lekári môžu cítiť, že zmeny vyžadujú príliš veľa úsilia a že nebudú schopní efektívne integrovať tieto technológie do svojej praxe bez významných narušení ich každodenných pracovných postupov.

Digitálne technológie teda pre niektorých autorov znamenajú súčasť možného zlomu v rovnováhe historicky ukotveného paternalizmom charakteristického vzťahu lekára s pacientom (Al Muammar et al., 2018, Sacristán, 2013). V kontexte širších premien zdravotníckej profesie kvôli rastúcemu vplyvu patientskych hnutí alebo iniciatív zhora, či v spojení s proliferáciou expertného vedenia, upozorňujú najmä na posun v rovine rozhodovania – podmienky moderného zdravotníctva umožňujú pacientovi zaujať aktívnejšiu rolu, prispievať do procesu svojimi postojmi a hodnotami – keď hovoria o digitálnom zdravotníctve ako o zmene paradigmy: 1) cieľom a miestom starostlivosti sa stáva pacient, nielen klinika alebo nemocnica, 2) medicína je viac a viac založená na jednotlivcovi namiesto toho aby bola všeobecná a 3) znamená partnerstvo, komunikáciu, zdieľanie údajov a spoluprácu namiesto hierarchie (Györffy et al. 2020). Numerato približuje, že *„digitálna éra priniesla istý prielom do vzťahu medzi lekárom a pacientom: prispela k tomu, že medicínske vedenie bolo vyviazané z expertného vlastníctva a tradične budovaný paternalistický vzťah medzi lekármi a pacientom je vystavený novým nárokom“* (Numerato, 2022, p. 307), a *„Reflexivita pacientov označuje schopnosť aktérov neskorých moderných spoločností premýšľať o svojom zdraví s odvolaním sa na medicínske poznatky, ktoré sú v týchto spoločnostiach široko rozšírené“* (Numerato et al., 2019, p. 85). Holmström a Røing opisujú, ako pacienti popri tom získavajú väčšiu kontrolu nad svojím zdravím: zatiaľ čo si všimajú, že dlhodobá tradícia zdravotníckych pracovníkov rozhodovať za pacientov vychádzala z presvedčenia, že vedia, čo je pre pacientov najlepšie, taktiež upozorňujú, že v posledných rokoch sa objavuje aj iný pohľad: aj pacienti, nielen profesionáli, sú totiž odborníci na svoje vlastné telá, symptómy a zdravotnú situáciu, a táto znalosť je nevyhnutná pre úspešnú liečbu. Pacienti by preto mali byť považovaní za partnerov v zdravotníctve, ktorým prináležia práva aj zodpovednosti (Holmström & Røing, 2010). Napriek tomu to však neznamená, že by pacient mal byť lídrom rozhodovania: doktori podľa Jongsma et al. (2021) napriek ochote zapájať pacienta vnímajú potrebu v tejto rovine zastávať vedúcu úlohu. Niektoré vedecké práce opisujú *„emancipovaných doktorov“* 21. storočia, ktorí dokážu vďaka práci s digitálnymi technológiami a zariadeniami docieľiť zlepšenie zdravotnej starostlivosti aj profesie, a urobiť ju *„obohacujúcejšiou a kreatívnejšiou“* (Mesko

et al., 2022). Iní však upozorňujú, že technologické zmeny, ktoré umožňujú zmeny v správaní pacientov môžu ohroziť autoritu a privilegovanú pozíciu doktorov. Topol práve vníma možnosť odporu voči začleňovaniu digitálnych meracích zariadení do bežnej zdravotnej starostlivosti (Topol, 2016). Mojich respondentov som sa preto pýtal najmä s cieľom zistiť, ako lekári vnímajú potenciál technológií mHealth a či ho aktívne využívajú, či si všímajú zmenu ovplyvnenú technológiami v tom, ako s pacientami komunikujú, ako a kedy sa s nimi stretávajú, ale taktiež aj ako vplývajú technologické možnosti na správanie pacientov. Súhrne sa práca snaží ponúknuť možnú súčasť odpovede na otázku: Ako podľa lekárov vplývajú technológie digitálneho zdravia, predovšetkým mHealth, na podobu vzťahu lekár-pacient?

Empirická časť

3. Metodológia

Výskumný dizajn

Táto práca používa kvalitatívny výskum na skúmanie vplyvu mHealth technológií na vzťah medzi lekárom a pacientom. Hendl (2005, p. 51) uvádza, že kvalitatívny prístup, ktorý vytvára dáta prostredníctvom rozhovorov je ideálnym inštrumentom pre porozumenie skúsenostiam. Práve prežité skúsenosti a očakávania sú kľúčové pre pochopenie vplyvu na dynamiku vzťahu lekára s pacientom v kontexte výskumného záujmu tejto práce – zmien profesionálneho vzťahu pod vplyvom digitálnych technológií mHealth.

Výber respondentov

Respondenti boli vybraní metódou snehovej gule (snowball sampling). Tento prístup bol zvolený vzhľadom na vyťaženosť lekárov a ich ťažkú dostupnosť. Pri tejto metóde boli zprvu oslovení niekoľkí lekári, ktorí následne odporúčali ďalších vhodných respondentov zo svojho okolia. Tento prístup umožnil efektívne osloviť širší okruh lekárov. Medzi respondentmi boli tri všeobecné lekárky, dve gastroenterologičky a jedna endokrinologička. Okrem jednej respondentky taktiež všetky lekárky spadali do vekovej skupiny 45-55.

Meno	Špecializácia	Miesto pôsobenia	Veková skupina
Anna	Všeobecné lekárstvo	Štátne zariadenie	45-55
Barbora	Všeobecné lekárstvo	Štátne zariadenie	30-40
Dana	Gastroenterológia	Štátne zariadenie	45-55
Lenka	Všeobecné lekárstvo	Súkromná klinika	45-55
Michaela	Endokrinológia	Súkromná klinika	45-55
Zdena	Gastroenterológia	Štátne zariadenie	45-55

Zber dát

Dáta boli zbierané prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov, ktoré umožňujú flexibilitu pri kladení otázok a umožňujú respondentom voľne sa vyjadrovať k téme, pričom môžu sami zohľadniť čo považujú za kľúčové (Chenail, 2011). Výber tejto metódy potvrdzuje aj Aurini a kolektív: „[Hĺbkový rozhovor] je jedinou metódou pre vytváranie údajov, keď sa snažíte porozumieť perspektívam jedincov v kontexte s ich minulosťou a

skúsenosťami. ...najčastejšie sa používa vo forme polo-štruktúrovaných rozhovorov” (2016, p.42). Rozhovory sa uskutočnili prevažne priamo v ambulanciách respondentov, v jednom prípade u respondentky doma a v jednom prípade na verejnosti v kaviarni. Typická dĺžka rozhovorov bola približne 30 minút, pričom dĺžka závisela najmä od pracovnej a časovej vyťaženia respondentov. Práve časová a pracovná vyťaženosť sa prejavila ako zásadný problém pri získavaní respondentov pre tento výskum. Niekoľko rozhovorov sa z tohto dôvodu napriek prvotnému kontaktu a prejavu záujmu nepodarilo zrealizovať.

Analýza dát

Analýza dát bola vykonaná pomocou tematickej analýzy. Tento proces zahŕňal:

1. Prepis rozhovorov: Každý rozhovor bol prepísaný.
2. Kódovanie dát: Prepisy boli kódované na identifikáciu významných jednotiek textu. Zatiaľ čo niektoré prítomnosť niektorých tém v rozhovoroch bola očakávaná na základe existujúcej literatúry, o časti z nich bolo rozhodnuté až počas samotnej analýzy. Znamená to teda, že kódovanie bolo kombináciou induktívnych a deduktívnych metód, nakoľko niektoré témy boli dané rešeršou literatúry, zatiaľ čo iné sa vynárali až postupne.
3. Interpretácia: Témy boli interpretované v kontexte výskumných otázok a teoretického rámca práce.

Etické aspekty

Výskum bol realizovaný v súlade s etickými princípmi. Respondenti boli informovaní o účele výskumu, dobrovoľnosti ich účasti a možnosti kedykoľvek odstúpiť bez udania dôvodu. Všetky zistené dáta, vrátane mien a miesta práce boli anonymizované a spracované tak, aby bola zaručená ochrana súkromia respondentov (Chenail, 2011). Témou rozhovorov však nemali byť a neboli informácie zasahujúce do súkromia lekárov, ani ich pacientov.

Limity výskumu

Medzi hlavné limity tohto výskumu patrí obmedzená veľkosť vzorky a jej geografické zameranie. Tento kvalitatívny výskum mal za cieľ hĺbkové preskúmanie a porozumenie konkrétnych skúseností, výsledky by teda nemali byť zamieňané za odporúčania všeobecne aplikovateľné na všetkých lekárov a pacientov využívajúcich mHealth technológie (Hendl,

2005). Cieľom bolo skôr identifikovať niektoré možné spôsoby, ktorým lekári k technológiám a pacientom, ktorí ich využívajú, pristupujú.

4. Vnímanie technológií mHealth a vnímanie informovaných, aktívnych pacientov lekármi

Technológie podľa výpovedí respondentov prinášajú dynamiku, ktorá pripomína tradičné rozdelenie rolí medzi lekárom a pacientom, kde lekár zastáva vo vzťahu vedúcu pozíciu. Hoci pacienti môžu prevziať výraznú časť zodpovednosti za svoje zdravie a aktívne sa zapájať do jeho monitorovania, tento posun nemusí viesť k skutočnému vyrovnaniu pozícií. Profesionálna autorita lekárov je v tomto kontexte naopak zdôrazňovaná a lekármi obhajovaná. Aktívny a autonómny pacient môže byť v niektorých situáciách prínosom – najmä, keď má liečbu už nastavenú a zapája sa v záujme lepšie ju manažovať. Podľa výpovedí respondentov však v prípade, že pacient nemá stanovenú diagnózu ani liečbu, naráža na prekážku vysokej komplexnosti problematiky, ktorú sám obyčajne nedokáže zvládnuť. Zaujímavým zistením taktiež je, že napriek príslubom mHealth - zlepšenia spolupráce a autonómie - profesionálna autorita lekárov je obhajovaná skrz možnosti (nedostatky) samotných digitálnych technológií. Pacienti síce vďaka technológiám majú bezprecedentné možnosti, no ako sa ukazuje, chýbajú im vedomosti a schopnosti správne pracovať s informáciami, ktoré im môžu poskytnúť práve lekári.

Nasledujúce podkapitoly predstavujú tieto témy podporené konkrétnymi výpoveďami. Najprv je analyzované vnímanie možností – výhod a nedostatkov - používania mHealth technológií v praxi, pričom je zohľadnená rozdielnosť dynamík pacientov s diagnózou a bez nej. Následne práca rozoberá praktickú podobu digitálnej zmeny zdravotníckej paradigmy, pričom taktiež poukazuje na dôležitosť zachovania fyzického kontaktu doktora s pacientom. Práca pokračuje popisom vnímania dynamiky vzťahu lekára s informovaným pacientom a analýzu uzatvára zdôraznením potreby lekárov zachovať svoju vedúcu pozíciu v zdravotnej starostlivosti.

4.1 Vnímanie možností používania mHealth technológií

mHealth má podľa expertov, ako aj podľa strategických dokumentov medzinárodných inštitúcií potenciál priniesť revolúciu do zdravotníctva (Topol, 2016, WHO, 2018) digitálnu zmenu paradigmy v zdravotníctve už ako prítomnú. Prvou otázkou rozhovorov preto bolo, čo pod pojmom mHealth/mZdravie lekári rozumejú, a či si vedia vybaviť konkrétne nástroje, prípadne mobilné aplikácie určené na seba-monitorovanie, zapisovanie, alebo seba-zlepšovanie. Všetci respondenti dokázali vymenovať konkrétne príklady. V každom

rozhovore sa lekári zmieňovali o inteligentných hodinkách, ktoré sú vybavené rôznymi senzormi na zaznamenávanie telesnej aktivity. Najčastejšie ako príklady menovali možnosti merania srdcovej aktivity, tlaku, alebo neinvazívneho monitorovania hladiny glukózy v krvi.

„No, máme takých pacientov, čo majú takéto hodinky a používajú ich. Špeciálne ich nepodporujem v tom, ale v niektorých prípadoch to môže určite mať zmysel.“ Dana

„Tie monitorovacie zariadenia sa týkajú hlavne merania tlaku, frekvencie srdca, dajme tomu, že tú glukózu to vie nejak merať...“ Lenka

Možnosti využívania technológií vnímajú aj vo svetle širších okolností v zdravotníckom systéme. Jedným z problémov, ktoré lekári vnímajú, je nedostatok zdrojov, ako sú profesionálne medicínske zariadenia. Všeobecná lekárka Lenka si všíma prínos technológií v ich dostupnosti:

„Lebo oni niekedy prídu s nejakým problémom a vidím tie hodinky, tak im viem povedať aby ich použili, lebo čojavim, čakanie na holter je dlhé a tak ďalej. A oni to tam majú trošku inak, že to majú rovno pri ruke a nejak sa to vyhodnocuje. Zároveň keď ich pošlem na kardiológiu, tak im poviem aby mu to ukázali.“ Lenka

V zdravotníctve je častou témou nedostatok času, ktorý doktori majú na jednotlivých pacientov. Ako totiž uvádza Overhage (2020), lekári využívajú zásadnú porciu času, ktorý strávia tvárou v tvár pacientovi, na zapisovanie dát do elektronickej podoby. mHealth technológie v rukách aktívnych pacientov pre nich môžu znamenať v tejto oblasti pomoc zmysluplnejšie využiť dostupný čas:

„Pre mňa je dôležité, aby ten obmedzený čas čo mám naňho, aby sme využili efektívne...V jeho záujme je poskytnúť čo najpresnejšie informácie.“ Anna

V závislosti od ich oblasti špecializácie však uvádzali rozdielne skúsenosti so zariadeniami týkajúcimi sa priamo ich pôsobnosti. Lekári hovorili najmä o pokročilých „holteroch“, teda o zariadeniach, ktoré dokážu veľmi presne monitorovať napríklad krvný tlak, alebo o špecializovaných zariadeniach pre diabetikov.

„Špecializované, napríklad tie pumpy pre diabetikov, to je úplne geniálne. Lebo oni môžu byť spojení s doktorom a pošlú mu to. A keď sú z ďaleka nemusia tak často chodiť, šetrí to prácu, cestovanie. Im to robí komfort, a sú oveľa lepšie monitorovaní. Každý pacient, ktorý je lepšie monitorovaný, ktorý je lepšie pravidelne sledovaný, bude mať svoje ochorenie lepšie

kompenzované. Taktiež tie kardio senzory alebo stimulatory. Dokonca to je tak urobené, že to je priamo spojené s lekárom, dokonca ho to alarmuje. Ja v tom vidím akože veľmi veľa výhod, hlavne v týchto, čo sú špecializované, presne určené na nejaké veci. Keď sa vieš spoľahnúť na presnosť toho zariadenia, to je veľká pomoc.“ Dana

Lekárky na oddelení gastroenterológie zase spomínali prístroje, ktoré dokážu v reálnom čase vyhodnocovať hladinu glukózy v krvi. Rozprávali taktiež o mobilnej aplikácii, ktorá slúži na zapisovanie telesnej aktivity a aktuálnych symptómov. Tá sa však používala len obmedzene a krátkodobo, v tomto prípade pri štúdií skúmajúcej pôsobenie konkrétnych liečiv.

„Poznáme to, samozrejme. Skôr si ale myslím, že to kardiológovia využívajú na meranie tlaku zaznamenávanie nejakej dynamiky... Akože to je fajn, to je myslím si veľký prínos. Naši pacienti, čo to mali, iba to, čo sa v štúdiách použilo. V multicentrických štúdiách, do ktorých sme boli zaradení. Tam sa ráтали stolice, krv v nej, nejaké subjektívne pocity. A z toho sa ráтали nejaké indexy aktivity toho-ktorého ochorenia. Číže to je myslím si fajn“ Zdenka

Často sa však respondenti nezávisle od seba zhodovali v tom, že takéto digitálne nástroje nie sú bežnou súčasťou praxe. Všeobecná lekárska priblížili svoj prístup, že keď pacienti majú takéto zariadenia k dispozícii, súhlasia síce s tým, aby boli využívané, ale samé to od nich neočakávajú, ani ich tomu aktívne nenavádzajú. Ďalšia z respondentiek vyjadrila presvedčenie, že pre ich konkrétnu oblasť takéto nástroje nie sú k dispozícii.

„Určite by sme to privítali takú aplikáciu aj v praxi, keby bola pre tých pacientov. Ale nie je. Aktuálne. Samozrejme, nie na všetko sa dajú použiť aplikácie, ale pri tých chronických ochoreniach, kedy máme sledovať nejakú dynamiku niečoho, ako sa ochorenie vyvíja, je aktívne, alebo sa zlepšilo pod liečbou áno“ Zdenka

Všetci respondenti teda ukázali, že majú minimálne základné vedomosti, čo mHealth znamená a čo prináša. Dôležitým momentom však je, že momentálne táto technológia tvorí len malú časť poskytovania zdravotnej starostlivosti.

4.1.2 Pacienti s určenou diagnózou

Hodnotenie potenciálu digitálnych zdravotných pomôcok vo výpovediach respondentov zreteľne súviselo s tým, v akom kontexte a podmienkach sú, alebo by mali byť používané. Tieto podmienky sa odrážali aj v aj v spôsobe, akým lekári vysvetľovali postoj voči dvom rôznym skupinám pacientov v závislosti od ich zdravotného stavu a stavu liečby. Jednu

skupinu, pri ktorej je používanie vnímané kladne, tvoria chronicky chorí pacienti, ktorých zdravotný stav je jasne určený a liečba nastavená. V takom prípade lekári výslovne vyjadrujú dojem, že zariadenia schopné pravidelne monitorovať pacientov stav predstavujú veľkú pomoc. Avšak pod podmienkou, že spôsob seba-monitorovania, aj indikátory, ktoré sa sledujú, sú určené lekárom. Lekári tak môžu poučiť pacienta o tom, čo je v danej situácii relevantné, teda čo majú sledovať, a na aké namerané hodnoty majú dávať pozor a kontaktovať lekára ohľadom ďalšieho postupu. Pacient v takom prípade môže správne nasledovať lekárovo pokyny.

„Na druhej strane, keď už pacient má ochorenie diagnostikované, má tú chorobu, tam je tá informovanosť žiadúca. Pretože on o svojom ochorení musí vedieť všetko, musí vedieť, čo má od toho očakávať, čo môže byť, ako sa môže vyvíjať... Takže áno, v tomto prípade to je žiadúce, informovaný, vzdelaný, pacient. Ale takí tí nevyšetrení, bez diagnózy a sám si hľadá diagnózy. To určite nie“ Zdenka

„Myslím si, že tie aplikácia by mali závisieť ako od lekárov, ktorí, by ich mali odporučiť, ktorá je dobrá, poučiť pacienta ktoré údaje oni potrebujú a aké majú pacienti získať. Malo by to byť určite regulované zo strany lekára, ktorý by dostal nejaké relevantné informácie.“ Zdenka

Lekári, ktorí vnímajú informovaného a aktívneho pacienta ako prínos, väčšinou referujú práve na tento stav. Hovoria najmä o výhodách spojených s tým, že pacient môže v prípade, že rozumie svojmu stavu a liečebným postupom, mať väčšiu dôveru v liečbu.

4.2 Vnímané nedostatky mHealth technológií

Výrazným problémom, podľa niektorých odpovedí, bola nespoľahlivosť daných senzorov. Konkrétne pani Dana v rozhovoroch vyjadrovala názor, že existuje mnoho faktorov, ktoré môžu ovplyvniť namerané hodnoty a najmä presnosť samotného merania.

„Treba to vidieť v širšom kontexte, nie jeden vytrhnutý údaj, čo si nejak nameráš, odmeráš. Nemusíš to mať dobre ten prístroj, treba to opakovať... Lebo tie snímače naozaj nie sú sto percentné. To umiestnenie, nie je to štandardizované, tie odchýlky tam nabiehajú veľmi rýchlo. Najväčšiu nevýhodu vidím určite v presnosti toho snímania.“

Rozdielne však vníma špecializované medicínske zariadenia, ktoré pacienti dostávajú priamo od doktora spolu s poučením, čo a ako majú sledovať.

„Takéto elektronické zariadenia, ktoré sú vyslovene medicínske, to je úplne úžasné. To je totálne presné a pre diabetikov je to vyslovene obrat. Nemusia si furt pichať, a uľahčuje im to život.“ Dana

„Keď už vedia, o čo ide, alebo sú dohodnutí s doktorom, že určité veci si má sledovať, tak to vie pomôcť a viem, že sa to odporúča u dospelých.“ Dana

Ďalšou podstatnou prekážkou stojacou pred širším zavedením používania nástrojov mHealth je podľa postojov respondentov pripravenosť a možnosti samotných pacientov. V prvom rade si všimajú, že takéto zariadenia sú nákladné, a nie každý pacient si ich môže dovoliť. Skúsenosti lekárov sa v tomto prípade líšia podľa toho, či sú zamestnaný v súkromnej klinike, kde si ľudia za zdravotnú starostlivosť platia, alebo v štátnom zariadení, kde by zdravotná starostlivosť mala byť bezplatná. Lekári v súkromnom sektore si taktiež všimajú, že ich pacientov tvoria väčšinou mladší, ekonomicky úspešní ľudia. Medzi tými, ako si jasne všimajú, sa nachádza časť pacientov, ktorá je vo svojom zdraví aktívna.

„Toto je súkromná klinika, takže si za to pacienti platia. Sú zväčša skôr mladí a majú peniaze, tak sú ochotní do zdravia investovať. Peniaze, čas, aj energiu.“ Lenka

Ďalším faktorom, ktorý vplýva na to, či pacienti dané technológie používajú, je napríklad podľa Lenky skutočnosť, že používanie daných zariadení môže pre pacientov predstavovať technologickú výzvu. Všimá si, že niektorí jej pacienti sú technologicky zdatní a majú teda k dispozícií predpoklady takéto zariadenia správne nastaviť a aj vhodne používať. Podstatnej skupine pacientov však, ako obvodná lekárka pokračuje, tieto predpoklady a digitálne schopnosti chýbajú.

„To ako je to rozšírené, závisí na tom pacientovi, niektorí nevedia napísať ani mail. A potom sú takí, čo tomu rozumejú viac ako ja, lebo ja také hodinky napríklad nemám. A ani by som si to nevedela sama nejako nastaviť a ani to riešiť, proste to neriešim. Ale mám pacientov, ktorí to majú, a keď to majú, tak nech sa to použije.“ Lenka

„Podľa mňa to je individuálne. Jednak je to finančné náročné. A musia byť technicky zdatný a musia mať o to záujem. To je určitá skupina ľudí. Potom je skupina ľudí, kvázi jednoduchších, čo nie sú tak technicky vybavení, aby si to vedeli interpretovať. Teda aj taká finančná schopnosť a technická zdatnosť. To ich určite limituje. Ono sa to prirodzene rozširuje, ale sú aj ľudia, čo to vyslovene nechcú.“ Dana

V odpovediach sú viditeľné aj znaky toho, že lekári si uvedomujú aj konkrétne zmeny ich práce, ktoré si takéto technológie vyžadujú. Všeobecná lekárka Barbora totiž upozorňuje, že schopnosť s technológiami pracovať je žiadaná nie len na pacientovej strane, ale tak isto aj na strane lekára, pre ktorého táto zmena navyše prináša potrebu dokázať pacientovi postupy zrozumiteľne objasniť.

„Nielen že my, ako lekári, potrebujeme vedieť, ako s týmito technológiami pracovať, ale musíme byť schopní aj informovať a vzdelávať našich pacientov o tom, ako ich používať – a čo je ešte dôležitejšie, ako interpretovať údaje, ktoré poskytujú.“ Barbora

4.2.1 Pacienti bez určenej diagnózy

Druhú skupinu v závislosti od toho, v akom kontexte a podmienkach digitálne zdravotnícke pomôcky sú, alebo by mali byť používané, tvoria pacienti, ktorých diagnóza nie je určená. Ich schopnosť aktívneho a informovaného zapojenia sa do procesu je limitovaná v prvom rade komplexnosťou možných medicínskych alternatív. Pacient ako laik podľa slov Dany nedokáže navigovať skrz rôzne možnosti len na základe konkrétnych odsledovaných symptómov. V jej slovách sa teda odráža vnímanie rozdielu medzi rovnováhou dostupnosti informácií, a vedomostí. Napriek tomu je podľa všetkých respondentov bežné, že pacienti prídu s istým názorom a porozumením svojho stavu a u lekára hľadajú len jeho potvrdenie. Taká situácia si od lekára vyžaduje nadprácu, pretože musí pacientovi v prvom rade vyvrátiť jeho mylné presvedčenie.

„Pacienti to nevedia sami interpretovať. Ale môžu to využiť, keď už majú niečo diagnostikované, keď sú inštruovaný doktorom, napríklad keď sa im to objavuje, tak s tým môžu pracovať, si to zapisovať a ten lekár to potom môže brať na nejakú orientáciu. Čiže dá sa to použiť, ale určite sa z toho nerobí diagnostický záver.“ Dana

„Pacient by ti mal najprv porozprávať svoje problémy a potom ťa počúvať, čo mu hovoríš. Veľmi často sa stáva teraz aj u tých detí, že hľadajú problém, aj tam kde není. A nechcú počuť, že majú zdravé dieťa. Stále by ho vyšetrali ďalej.“ Dana

Ďalší súvisiaci prípad opisujú lekári, keď hovoria o tom, keď sa z pacienta stane „hypochonder“. Vnímajú totiž, že niektorí ich pacienti sledujú svoje zdravie a monitorujú telesnú aktivitu až natoľko, že im to podľa ich názorov škodí, pretože ich môže rozrušiť aj bezvýznamný detail.

„Nie je nič horšie, ako keď si pacient začne myslieť, že každá maličkosť, ktorú mu hodinky ukážu, znamená, že je niečo vážne zle.“ Anna

„Ale potom sú ľudia, čo na tom strašne tkvejú, a to im môže až uškodzovať. No, že sa z teba stane taký hypochonder. Že chodíš po doktoroch, a hľadáš stále niečo, no.“ Dana

Pacienti, ktorých diagnóza nebola určená, teda čelia výzvam pri použití digitálnych zdravotníckych pomôcok, pretože ich schopnosť správne interpretovať a využívať dostupné informácie je obmedzená. Ako zdôrazňujú lekári, pacienti bez dostatočného medicínskeho vzdelania môžu nesprávne interpretovať svoje symptómy a prichádzať s chybnými závermi, čo vyžaduje od lekárov dodatočné úsilie na ich vyvrátenie a nasmerovanie pacientovej pozornosti správnym smerom. Okrem toho, nadmerná zameranosť na sledovanie zdravotných údajov môže viesť k hypochondrii, čo môže pacientov zbytočne stresovať a podnecovať pocity úzkosti. To môže súvisieť s nadbytočnými vyšetreniami zaťažovať zdravotnícky systém. Preto je dôležité, aby digitálne zdravotnícke pomôcky boli využívané s primeranou mierou a pod dohľadom odborníkov, aby skutočne prispievali k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a nevytvárali nové problémy.

4.3 Digitálna zmena paradigmy poskytovania zdravotnej starostlivosti

Medzi najčastejšie spomínané výhody spojené s používaním digitálnych monitorovacích zariadení pacientami patrí možnosť takpovediac neustáleho monitorovania zdravotných indikátorov. Tie môže podľa odpovedí informovaný a poučený pacient komunikovať ošetrojúcemu lekárovi aj na diaľku, čo umožňuje pacientom riešiť svoj zdravotný stav a liečbu aj mimo ambulancie, alebo kliniky. V týchto postojoch tak môžeme sledovať prvky zmeny charakteru a možností poskytovania starostlivosti podobné tomu, ako digitálnu zmenu paradigmy opisuje Meskó a Györfy (2019): Cieľom a centrom zdravotnej starostlivosti sa stáva pacient, nie len klinika alebo nemocnica.

„Lebo oni môžu byť spojení s doktorom a pošlú mu to. A keď sú z ďaleka nemusia tak často chodiť, šetrí to prácu, cestovanie.“ Dana

Dôsledky súčasti zmeny tejto paradigmy, konkrétne možnosť vykonávať starostlivosť na diaľku však respondenti problematizujú, pretože medicínske rozhodovania len na základe sady konkrétnych nameraných výsledkov vnímajú ako príliš redukujúce.

„Pretože nedá sa všetko z nejakých údajov, ktoré nám pacient, alebo aplikácia povie. Vy toho pacienta musíte reálne vyšetriť. To nie je len zmnôžka laboratórnych výsledkov. Ale celé tieto počítače a výsledky, všetko možné, odvádzajú pozornosť od tej prvotnej úlohy lekára, čo je, že si toho pacienta majú od hlavy po päty vyšetriť.“ Zdenka

Lekárka Zdenka si všimla, že digitálna premena prístupu k pacientom už prebieha, a pozorovať je to možné na spôsobe, akým niektorí jej kolegovia pristupujú k dátam z vyšetrení alebo sledovania a ku komunikácií s pacientom:

„Všimla som si u mladších doktorov, že stále pozerajú do počítača – výsledky, výsledky, ale musíš sa pozrieť aj na pacienta.“

4.3.1 Osobný kontakt

V kontexte pozorovania zmien správania a ich čiastočného prechodu do digitálneho prostredia niektorých kolegov pani doktorka Zdenka ďalej rozvíja motív osobného kontaktu s pacientom. Ten vníma aj v digitálnej dobe ako základnú súčasť poskytovania starostlivosti, ktorý, ako je presvedčená, nemôže byť digitálnymi vyšetreniami nahradený.

„V prvom rade, vyšetrenie lekár-pacient nie je cez internet: vy ho musíte vidieť. Či má neviem čo, zelené uši alebo modré prsty alebo je chudý, tlstý... vy musíte vidieť, či je dušný alebo sa zadýchava. Vy musíte toho pacienta vidieť, musíte ho vyšetriť. Zistíte, že on má veľké brucho, veľkú pečeň. Neexistuje, aby toto nahradila tá telemedicína.“ Zdenka

Tento motív zdôrazňujúci kľúčovú úlohu osobného stretnutia s pacientom sa vyskytoval v rozhovoroch pravidelne. Vystihuje to pani Dana, ktorá to podľa svojich slov vníma takto:

„Akože technologicky to vieme robiť na diaľku, ale to osobné stretnutie sa tým nedá nahradiť. Pretože toho pacienta musíš vždycky vidieť, nedá sa niekoho vyšetriť, telemedicína... Aj keď sa to teraz rozmohlo. Ja ako gastroenterológ, to je úplne dôležité, musím pacienta vždy vidieť. Tie hodnoty to môžu nadhodnocovať, podhodnocovať, každý pacient môže vyzerať úplne inak. Ale dá sa to obmedziť, lebo nemusí prísť vždy. Ale videnie pacienta je hrozne dôležité a to sa nedá nahradiť.“ Dana

Práve fyzický, osobný kontakt sa ukazoval ako jedna z línií, na ktorej lekári manifestujú snahu vymedziť a obhájiť svoju pozíciu autority voči digitálnym zariadeniam. Pomáha im totiž ukázať oblasť, do ktorej chytré zariadenia nedosiahnu. Ako to výstižne pomenovala Zdenka: *„Osobný kontakt je nenahraditeľný“*.

Osobné stretnutie s pacientom predstavuje aj príležitosť korigovať jeho uvažovanie o danej zdravotnej situácii. Podľa odpovedí to z pohľadu doktora prináša priestor presvedčiť ho, aby lekára počúval. Môžu pritom využiť možnosť odvolania sa na autoritu medicínskych poznatkov, ktoré doslova môžu ovládať:

„To je výhoda osobného kontaktu, že toho pacienta viem trochu manipulovať. Že mu to viem predostrieť tak, s rôznymi štatistikami a informáciami, že tá možnosť vyjde lepšie“ Michaela

4.4 Lekári a aktívny, informovaný pacient

V rozhovoroch sa líšili spôsoby, akými lekári hodnotili dôsledky používania technológií a s tým úzko spojenú informovanosť pacientov. Zatiaľ čo v rozhovoroch prevažujúci názor takúto informovanosť považoval za prínosnú a nápomocnú pri rozhodovaní o medicínskych postupoch, veľmi dôležitým motívom sa ukázal byť vplyv na to, ako tieto postupy po diagnóze lekári pacientom komunikujú. Mnohí totiž prejavili pocit, že keď pacient rozumie tomu, aký je jeho stav, a aké sú v takých prípadoch bežné postupy, je voči lekárovým návrhom viac ústretový a môže lekárovi informovane dôverovať, a taktiež je pravdepodobnejšie, že taký pacient bude lekárom navrhnuté a dohodnuté postupy aj nasledovať.

„Keď si ten pacient naštuduje, má tie informácie, tak to potom ľahšie pochopí a nemusím ho presvedčať. Napríklad, jeden tu chodil šesť rokov na kontroly, potom sme zistil, že má rakovinu štítnej žľazy. Jeho prirodzená reakcia bola, že na čo sem chodil a že niečo sme robili zle. Ale potom si naštudoval veci a pochopil, že sme postupovali správne a normálne sme sa vedeli dohodnúť. Pre mňa je super, keď pacienti takto spolupracujú.“ Michaela

Opačný názor však vo svojom rozprávaní vyjadrila pani Zdenka. V jej prípade stojí za zmienku, že napriek tomu, že samotným pacientom sú deti alebo teenageri, na návštevu k lekárovi chodia spravidla v sprievode rodičov. Práve rodičia zastávajú rolu aktívneho komunikátora a preberajú aj rolu angažovaného pacienta na seba. Jej skúsenosti nasvedčujú tomu, že pacient (rodič), ktorý na návštevu prichádza s istým predporozumením problému, môže pre lekára znamenať prácu navyše. Informovaní pacienti sú totiž podľa jej názoru často informovaní *zle*. Jej úlohou, ako lekárky, je v takom prípade nielen samotné vyšetrenie a následná komunikácia a vysvetlenie ďalšieho postupu. Najprv musí totiž sama porozumieť, s akým postojom pacient prišiel, rozhodnúť o medicínskej kvalite a relevancii daného názoru, a následne mylný pacientov názor vyvrátiť.

Situácia doktorov tak zvyrazňuje to, čo opisuje Numerato a kolektív (2019) v prípade sociálnych médií: „*Hoci online a sociálne médiá nepochybne prispievajú k väčšej pluralite nášho informačného ekosystému, ich rastúce rozšírenie a dôležitosť vyvolávajú vážne obavy týkajúce sa kvality, presnosti a dôveryhodnosti šírených informácií a poznatkov... Často opisované šírenie virálnych "falošných správ" a hoaxov, ktoré majú čoraz väčší spoločenský a politický vplyv, je považované za jeden z kľúčových prejavov 'éry postpravdy', do ktorej údajne vstúpili západné spoločnosti.*“ (Numerato et al., 2019, p. 83). Vlastnými slovami to popisuje respondentky:

„*Keď mi pacient príde a hovorí, že si myslí, že má toto a toto, lebo to našiel na internete, musím to brať s určitou rezervou. Je to fajn, že chcú byť aktívni vo svojej starostlivosti, ale je dôležité, aby rozumeli, že diagnostikovanie je trochu zložitejšie než len zadanie symptómov do Google.*“ *Barbora*

„*A k tomu používajú často doktor Google, čo nám robí veľké problémy. Mám všelijakých naštudovaných z internetu a celkom mi to komplikuje prácu. Pretože oni ti nehovoria často o svojich problémoch, oni si už rovno ordinujú vyšetrenia, stanovujú si diagnózy.*“ *Dana*

Tému situácie, kedy sa pacientove porozumenie situácií líši od názoru profesionála, otvárajú respondenti vo väčšine konverzácií. Opakujúcim sa motívom je pacient, ktorý je natoľko presvedčený o svojej pravde, až to zásadne zasahuje do cieľu, s ktorým vyhľadáva odborníkov. Lekári totiž v odpovediach približujú, ako zažívajú návštevy pacientov, ktorí hľadali potvrdenie svojho presvedčenia, a s alternatívnym, odborným názorom profesionála sa neboli ochotní stotožniť. Komunikáciu s takými ľuďmi lekári nepovažujú za zmysluplnú, pretože druhá strana vecnej komunikácií podľa nich nie je otvorená. Pacienti sa totiž dožadujú stále ďalších vyšetrení, ktoré sú často, ako je jasné z odpovedí, zbytočné.

„*My máme takú nevýhodu, že pacient má slobodnú voľbu lekára, ale ja ho nemôžem odmietnuť. Hoc mi robí zle. To si nemysli, oni ti kľudne vynadajú, a ja ich nemôžem poslať preč.*“ *Dana*

„*Potom sú takí, že pichne ich v pravom boku a už si o tom naštudujú a už chodia: henten doktor povedal, že to nič není, no ale ja som si tu prečítal, že je. Idú k ďalšiemu a ďalšiemu, dožadujú sa nezmyselných vyšetrení. Toto nie je dobrá cesta.*“ *Zdenka*

Podobný prípad, kedy informovaný pacient taktiež nie je otvorený dôkladnej konverzácií o probléme, nastáva, ak pacient nie je s doktorom ochotný zdieľať podrobnosti o svojom

stave. Napriek tomu však takíto pacienti žiadajú konkrétne, často špecializované vyšetrenia, a to bez toho, aby lekárovi vôbec zdelili svoju motiváciu dané vyšetrenie podstúpiť.

Postup lekárov v zmienených prípadoch sa podľa konverzácií taktiež zjavne líši na základe toho, či pacient za vyšetrenia platí, alebo je hradené z verejných výdavkov. Pre súkromných lekárov to nepredstavuje problém takéto vyšetrenie vykonať. Výrazne odlišne však takéto prípady vnímajú lekári pracujúci v štátnych zariadeniach. V ich odpovediach sa často objavoval motív zbytočnosti vyšetrení, a pocit, že niektorí pacienti žiadaním excesívnych zdravotných úkonov zdravotnícky systém zneužívajú.

V postojoch vyjadrených vo väčšej časti rozhovorov však prevažoval skôr pozitívny náhľad na pacienta, ktorý prichádza informovaný.

„Ak je pacient dobre edukovaný, inteligentný, schopný, vie čo si meria a čo si má všímať, je to výborná pomoc.“ Anna

„Ja to mám celkom rada [keď je pacient informovaný], pretože viem, čo toho pacienta trápí a čo rieši, a keď mi dá konkrétnu otázku a považuje ma za odborníka, proste dám mu ešte nejaké usmernenia v tých informáciách, čo si načítal.“ Michaela

4.5 Vedúca pozícia lekárov

Doktori podľa Jongsma et al. (2021) napriek ochote zapájať pacienta vnímajú potrebu v tejto rovine zastávať vedúcu úlohu. Takáto perspektíva sa jasne ukazovala aj v odpovediach respondentov tejto rozhovorov v rámci tejto práce. Zatiaľ čo mnohí dokázali rozpoznať pozitívny potenciál seba-monitorovania, najmä pre efektívnosť stretnutí s pacientami alebo zlepšenie kvality pacientovho života, vo všetkých rozhovoroch sa objavil pohľad zdôrazňujúci komplikovanosť medicínskych indikátorov a ich nameraných výsledkov, ktorú pacienti bez dostatočného medicínskeho vzdelania nedokážu pri ich interpretácií prekonať.

„A to není nejaký lekársky paternalizmus, ale lekár musí brať všetko do úvahy a pozrieť sa na to vo všetkej komplexnosti, čo nedokáže každý pacient.“ Anna

„A vyhodnocovať to potom musí lekár. Lebo to treba v celom kontexte, kto to je, koľko má rokov, aké má iné diagnózy. Proste individuálny prístup, no. Nemali by to podľa mňa interpretovať sami, ale robia to často. A k tomu používajú často doktor Google, čo nám robí veľké problémy.“ Dana

Pacienti totiž často v snahe o získanie potrebných informácií siahnu po neoverené zdroje, ktoré môžu uvádzať nesprávne informácie. Ak sa pacient následne správa podľa týchto vedomostí, lekári sa zhodujú v tom, že to považujú za veľmi rizikové.

„Sú dve skupiny pacientov. Takí, ktorí sa pýtajú k veci, aj si čítajú informácie k veci a s tými je komunikácia jednoduchá. A potom je tá druhá skupina, ktorá má proste informácie z divných zdrojov a tvrdí, že to je pravda. A s tými sa nedá veľmi“ Michaela

Výsledky práce, ktorú vykonala Jongsma et al., taktiež približujú ako väčšina pacientov v ich štúdií zastáva názor, že autorita rozhodovať by mala zostať v rukách profesionála, kvôli jeho expertíze (2018, p. 84). Skúsenosti respondentov tejto práce však nasvedčujú, že je mnoho pacientov, ktorí by s takýmto názorom nesúhlasili a situácia skôr pripomína to, čo uvádza Numerato a kolektív v kontexte post-pravdivej spoločnosti: *„Rôzni autori tvrdia, že narastajúce pohrdanie „expertným“ vedomím bolo stimulované vnímanou múdrosťou davu na internete a sociálnych médiách. Tom Nichols vo svojej knihe „Smrť expertízy“ vyjadril obavy z „google-poháňaného, Wikipedia-založeného, blogmi premočeného zrušenia akejkoľvek hranice medzi profesionálmi a laikmi, študentmi a učiteľmi, vedúcimi a zvedavcami – inými slovami, medzi tými, ktorí majú v danej oblasti nejaké úspechy a tými, ktorí nemajú žiadne.“* (Numerato et al., 2019, p. 84). Ako opisujú respondenti vo svojich rozprávaniach, autoritu si pacienti niekedy berú do rúk sami pre seba.

„Sú pacienti, ktorí to prehávajú a vtedy im poviem, že mojimi vyšetreniami som to vylúčila. Niektorí si povedia že hm, akceptujú to, ale niektorí idú ďalej. Tých síce není veľa, ale je veľmi ťažké s nimi komunikovať. Oni totiž nechcú počuť môj názor, ale len potvrdenie toho ich. A potom ma majú za zlú lekárku, lebo som in nepovedala to čo chceli... Niektorí pacienti prichádzajú s totálne šialenými vecami, ktoré sú až nebezpečné. A kvôli týmto ich poznatkom až odmietajú aj ten názor ich lekára.“ Anna

Z výpovedí teda vyplýva, že respondenti v rôznych situáciách informovaného pacienta vnímajú rozdielne. V niektorých situáciách ho vnímajú ako prínos a uľahčenie celej starostlivosti, zatiaľ čo v iných ako prekážku. Úzko to súvisí aj so samotným pacientom: niektorých pacientov respondenti označili za „jednoduchších“ s tým, že od takéhoto pacienta neočakávajú aktívnu účasť. Na druhej strane, v prípade vzdelaného pacienta, však môže prílišná informovanosť a pacientova snaha o autonómne rozhodovanie vo vzťahu vytvárať napätie. Z rozhovorov vyplýva, že lekári také prípady vnímajú ako spochybnenie ich

expertnosti a takýchto „premúdrelých“ pacientov nemajú v obľube. Ideálny scenár sa tak z pohľadu lekárov nachádza niekde v strede, pričom jeho podoba je balancovaná vstupmi a preferenciami oboch strán. Pacient vtedy rešpektuje odbornosť svojho lekára a pod jeho vedením spoločne postupujú v diagnóze a liečbe. Vystihuje to aj Barbora:

„V prvom rade, super, že sa ľudia snažia byť proaktívni a zaujímajú sa o svoje zdravie. Chcem, aby moji pacienti vedeli, čo sa deje s ich telom a zdravím. Ale ja ako doktorka musím byť opatrná, aby som pacientom jasne vysvetlila, že nie všetky informácie sú správne alebo relevantné pre ich konkrétny prípad.“ Barbora

Dynamika, ktorú prinášajú technológie, pripomína isté znaky pôvodného rozdelenia rolí vo vzťahu lekára s pacientom. Napriek tomu, že pacienti majú príležitosť prebrať výraznú časť zodpovednosti za svoje zdravie a aktívne sa zapájať do monitorovania svojho zdravotného stavu, nezdá sa, že by tento posun znamenal skutočné vyrovnanie pozícií. Profesionálna autorita je, naopak, v tomto kontexte zdôrazňovaná a obhajovaná. Pacienti síce vďaka technológiám majú bezprecedentné možnosti. Ako sa však ukazovalo vo výpovediach lekárov, chýbať môžu vedomosti a schopnosti s informáciami správne pracovať, ktoré vedia dodať práve lekári.

Záver

Táto práca sa zaoberala vplyvom mHealth technológií na vzťah medzi lekárom a pacientom. Debata v literatúre naznačuje, že mHealth technológie, ako sú inteligentné hodinky a mobilné aplikácie, majú potenciál transformovať tradičný model zdravotnej starostlivosti (Topol, 2016). V modernej medicíne sa totiž presadzuje naratív, že aj pacienti, nielen profesionáli, sú odborníci na svoje vlastné telá, symptómy a zdravotnú situáciu, a táto znalosť je nevyhnutná pre úspešnú liečbu. Pacienti by preto mali byť považovaní za partnerov v zdravotníctve, ktorým prináležia práva aj zodpovednosti (Holmström & Röing, 2010). mHealth technológie umožňujú pacientom sledovať svoje zdravotné údaje v reálnom čase a aktívne sa zapájať do starostlivosti o svoje zdravie, čím sa zvyšuje ich autonómia a zodpovednosť (Lupton, 2013). Pacienti v neskorej moderne môžu o svojom zdraví uvažovať kriticky a reflexívne (Numerato et al., 2019), pričom vysoká dostupnosť medicínskych informácií tým prináša výzvy pre tradičné usporiadanie vzťahov v zdravotníctve (Al Muammar et al., 2018). Pološtruktúrované rozhovory s lekármi odhalili, že si všímajú potenciál mHealth technológií, ktoré môžu zlepšiť komunikáciu medzi lekármi a pacientmi a umožniť presnejšie a personalizovanejšie liečebné plány. Avšak, širšie využitie týchto technológií je obmedzené niekoľkými faktormi, vrátane nedôvery v nespoľahlivosť senzorov, nákladov na zariadenia a technologickej zdatnosti pacientov. Dôležitým motívom vymedzenia sa voči radikálnym predstavám o transformačnom potenciály zmeny digitálnej zdravotníckej paradigmy bolo zdôraznenie oblasti, kam technológie nedosiahnu: osobný kontakt. Ten lekári vnímajú ako kľúčový pilier ich práce a vzťahu s pacientom. Aj keď si lekári všímajú znižovanie informačnej asymetrie medzi nimi a pacientmi, zreteľne vnímajú asymetriu vedomostnú. Kľúčovým sa teda ukázali pochybnosti lekárov ohľadom schopnosti pacientov správne s medicínskymi informáciami zaobchádzať. Lekári vyjadrili ochotu pacientom umožniť zapojenie sa do svojho zdravia, no záviselo od miery aktivity a autonómie pacienta, či takúto aktivitu hodnotili pozitívne. Viditeľne sa ukazovala vnímaná potreba zachovania vedúcej pozície lekára ako trénovaného profesionála, pričom v najlepšom prípade pacient nasleduje a dopĺňa lekárovu predstavu postupu. Debata o revolúcii v zdravotnej starostlivosti, ako ju nastoluje Topol (2016), by teda mala zostať otvorená. Je totiž zreteľné, že v situáciách, kedy je pacient informovaný zle, a profesionálove postupy spochybňuje, vzniká vo vzťahu lekár-pacient napätie. Podobne, ako uvádza Jongsma et al, (2021), lekári naň reagujú zdôrazňovaním svojej pozície profesijnej autority.

Pre budúci výskum existuje možnosť aktívne pracovať s konkrétnym zameraním výskumnej vzorky. Skúsenosti a postoje sa totiž môžu výrazne líšiť medzi inými vekovými skupinami, na základe profesionálneho zamerania, či miesta práce. Zaujímavý pre ďalší výskum bude aj pohľad na postoje a skúseností druhej strany skúmaného vzťahu – pacientov. Prínosné by prípadne mohlo byť využitie alternatívnych prístupov ako Science and Technology Studies (Henwood & Marent, 2019). Prínosným pre budúce výskumy by sa mohol ukázať aj prístup založený na disciplíne Science and Technology Studies, ktorý táto práca nenasleduje. Literatúra STS pritom identifikuje štyri kľúčové oblasti výskumu: (1) sľubované digitálne zdravie, (2) (re)konfigurácia znalostí, (3) (re)konfigurácia konektivity a (4) (pre)konfigurácia kontroly. Tieto oblasti by mohli ponúknuť perspektívy toho, ako digitálne technológie vytvárajú ambivalenciu a menia zdravotné praktiky prostredníctvom protirečivých zdravotných diskurzov, nových informačných prostredí, digitálnych sietí a algoritmického rozhodovania (Henwood & Marent, 2019).

Zoznam literatúry

- Al Muammar, A. M., Ahmed, Z., & Aldahmash, A. M. (2018). Paradigm shift in healthcare through technology and patient-centeredness. *International Archives of Public Health and Community Medicine*, 2(1), 1710015. <https://doi.org/10.23937/IAPHCM-2017/1710015>
- Aurini, J. D., Heath, M., & Howells, S. (2016). Chapter 8. How to do data analysis: the beginner's guide to coding. In *The How to of Qualitative Research: Strategies for Executing High Quality Projects* (pp. 56-109). SAGE Publications Ltd.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1353/book.3131>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1980). Looking at levels of medicalization: A comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1), 75-79. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(80\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(80)90013-2)
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168-195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Chenail, R. J. (2011). Ten steps for conceptualizing and conducting qualitative research studies in a pragmatically curious manner. *The Qualitative Report*, 16(6), 1713-1730. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2011.1337>
- Dobiášová, K., Kotherová, Z., & Numerato, D. (2021). Institutional reforms to strengthen patient and public involvement in the Czech Republic since 2014. *Health Policy*, 125(5), 582-586. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.007>
- Elliott, A. (2013). Reinvention. In D. Lupton (2014), *Digital Sociology* (pp. 18-33). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315763888>
- Fitzpatrick, M. (2002). *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203216921>
- Foster, C. (2019). The rebirth of medical paternalism: An NHS Trust v Y. *Journal of Medical Ethics*, 45(1), 3–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105098>
- Gallagher, E. B. (1976). Lines of reconstruction and extension in the Parsonian sociology of illness. *Social Science & Medicine (1967)*, 10(5), 207-218. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90053-6](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90053-6)

- Gerhardt, U. (1979). The Parsonian paradigm and the identity of medical sociology. *The Sociological Review*, 27(2), 229-250. In Heidarnia, M. A., & Heidarnia, A. (2016), *Sick Role and a Critical Evaluation of its Application to our Understanding of the Relationship between Physician and Patients*. *Novelty in Biomedicine*, 4(3), 126–134. <https://doi.org/10.22037/nbm.v4i3.10648>
- Giddens, A. (1994). Living in a post-traditional society. In U. Beck, A. Giddens, & S. Lash (Eds.), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order* (pp. 56-109). Polity Press.
- Gries, W. (2018). Medicine or magic? Physicians in the middle ages. *The Histories*, 15(1), 8. <https://scholarworks.arcadia.edu/histories/vol15/iss1/8>
- Györfy, Z., Radó, N., & Meskó, B. (2020). Digitally engaged physicians about the digital health transition. *PLOS ONE*, 15(9), e0238658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238658>
- Hajar, R. (2017). The physician's oath: Historical perspectives. *Heart Views: The Official Journal of the Gulf Heart Association*, 18(4), 154–159. https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_131_17
- Heidarnia, M. A., & Heidarnia, A. (2016). Sick role and a critical evaluation of its application to our understanding of the relationship between physician and patients. *Novelty in Biomedicine*, 4(3), 126–134. <https://doi.org/10.22037/nbm.v4i3.10648>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hendl, T., & Shukla, A. (2024). Can digital health democratize health care? *Bioethics*.
- Henwood, F., & Marent, B. (2019). Understanding digital health: Productive tensions at the intersection of sociology of health and science and technology studies. *Sociology of health & illness*, 41, 1-15.
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>
- Jongsma, K. R., Bekker, M. N., Haitjema, S., & Bredenoord, A. L. (2021). How digital health affects the patient-physician relationship: An empirical-ethics study into the perspectives and experiences in obstetric care. *Pregnancy Hypertension*, 25, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.05.017>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Keslar, L. (2023). The evolution of the doctor-patient relationship. *Medical Economics Journal*, 100(10), 84.

Khan, N. (2022). Listen to your patient. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 72(725), 555. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X721181>

Lazcano-Ponce, E., Angeles-Llerenas, A., Rodríguez-Valentín, R., et al. (2020). Communication patterns in the doctor–patient relationship: Evaluating determinants associated with low paternalism in Mexico. *BMC Medical Ethics*, 21(125). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00566-3>

Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. In A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 56-109). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203422650>

Lupton, D. (2013). Quantifying the body: Monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. *Critical Public Health*, 23(4), 393-403. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.794931>

Lupton, D. (2014). Digital Sociology (pp. 164-187). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315763888>

Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1961). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 2(2), 86-94. <https://doi.org/10.2307/2948595>

Meskó, B., & Györffy, Z. (2019). The rise of the empowered physician in the digital health era. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e12490. <https://doi.org/10.2196/12490>

Millard, M. W. (2011). Can Osler teach us about 21st-century medical ethics? *Baylor University Medical Center Proceedings*, 24(3), 227-235. <https://doi.org/10.1080/08998280.2011.11928773>

Murgic, L., Hébert, P. C., Sovic, S., & Pavlekovic, G. (2015). Paternalism and autonomy: Views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Medical Ethics*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0008-3>

Numerato, D., Čada, K., & Honová, P. A. (2020). Citizenship, neoliberalism and healthcare. In *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe* (pp. 75-89). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020200000021007>

Numerato, D. (2022). In R. Hladík (Ed.), *Digitální obrat v českých humanitních a sociálních vědách* (pp. 75-89). Charles University in Prague, Karolinum Press. <https://doi.org/10.14712/9788024638730.11>

Numerato, D., Vochocová, L., Štětka, V., & Macková, A. (2019). The vaccination debate in the “post-truth” era: Social media as sites of multi-layered reflexivity. *Sociology of Health & Illness*, 41, 82-97. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12873>

Ogunbanjo, G. A. (2009). The Hippocratic oath: Revisited: CPD. *South African Family Practice*, 51(1), 30-31. <https://doi.org/10.1080/20786204.2009.10873850>

- Overhage, J. M., & McCallie Jr, D. (2020). Physician time spent using the electronic health record during outpatient encounters: A descriptive study. *Annals of Internal Medicine*, 172(3), 169-174. <https://doi.org/10.7326/M18-3684>
- Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC Medical Ethics*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-10>
- Paradis, S., Roussel, J., Bosson, J. L., & Kern, J. B. (2022). Use of smartphone health apps among patients aged 18 to 69 years in primary care: Population-based cross-sectional survey. *JMIR Formative Research*, 6(6), e34882. <https://doi.org/10.2196/34882>
- Sacristán, J. A. (2013). Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-6>
- Sauerbrei, A., Kerasidou, A., Lucivero, F., & Hallowell, N. (2023). The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship: Some problems and solutions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-01963-8>
- Topol, E. (2016). *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*. Basic Books. <https://doi.org/10.1177/1529100615621393>
- World Health Organization. (2018). *mHealth: Use of appropriate digital technologies for public health (A71/20)*. World Health Organization. https://doi.org/10.5005/jp/books/12836_8