

Komplementárna a alternatívna medicína na Slovensku z pohľadu sociálnych vied¹

Ivan Souček – Roman Hofreiter²

Katedra sociálnych štúdií a etnológie, FF UMB v Banskej Bystrici

Complementary and Alternative Medicine in Slovakia from the Social Science Perspective. Since the early 90's in the sociology of medicine and even in medical anthropology we have observed a growing number of publications dealing with the complementary alternative medicine (CAM). The article's first and second sections are reviewing the terminology related to the selected field of research and analysis the acceptance of CAM. The analysis of sociological surveys related to CAM in Slovakia is presented in the next part of article. Authors are using regression analysis to describe main supporting factors which are explaining support for CAM. Moreover, the authors focus on the role of homeopathy in contemporary Slovakian society and analyze legitimizing efforts of this alternative medical system. On the selected cases, the article shows how the homeopathy in Slovakia is dealing with biomedical monopoly on medical care and limited access to economic and social resources. Finally, the article points out that more research will need to be done that we can deeply understand all relevant aspects of CAM in Slovakia. Sociológia 2017, Vol. 49 (No. 4: 427-450)

Key words: social science; complementary and alternative medicine; commodification; legitimation; homeopathy

Úvod

Od začiatku 90. rokov sledujeme v sociológii medicíny a v medicínskej antropológii narastajúci počet publikácií zaoberajúcich sa problematikou komplementárnej a alternatívnej medicíny (ďalej CAM). (Anyinam 1990, Gevitz 1995, Chez – Jonas 1997, Barrett 2001, Adler 2002, Ernst – Fugh-Berman 2002, Foote – Ardah 2003, Kelner – Wellman 2003, Křížová 2004, Welsh et al. 2004, Baer 2005, Hirschhorn – Bourgeault 2005, Bishop et al. 2007, Su et al. 2008, Almeida 2012, Kimmerle et al. 2012, MacArtney – Wahlberg 2014, Křížová 2015) Na rozdiel od iných oblastí sociológie medicíny existuje na Slovensku v tejto sfére určitá výskumná a teoretická medzera. Odborná verejnosť tak u nás nemala doposiaľ príležitosť oboznámiť sa s poznatkami nadobudnutými pri výskume tohto čoraz rozšírenejšieho sociálneho javu. Cieľom štúdie je upriamiť pozornosť verejnosti na túto mimoriadne živú oblasť sociálno-vedného výskumu. Štúdiu sme rozdelili do štyroch častí. V jej úvode objasňujeme kľúčovú terminológiu a vzťah medzi pojmi akými sú alternatívna medicína, komplementárna medicína, tradičná medicína či integratívna medicína. Nasleduje časť venovaná analýze základných faktov súvisiacich s podporou nekon-

¹ Text vznikol ako výsledok riešenia projektu APVV 0309-11: Slovenská spoločnosť v medzinárodných komparatívnych výskumoch: pred krízou a počas krízy.

² Korešpondencia: Mgr. Ivan Souček, PhD., Mgr. Roman Hofreiter, PhD., Katedra sociálnych štúdií a etnológie Filozofická fakulta UMB, Cesta na amfiteáter 1, 974 01 Banská Bystrica, ivan.soucek@umb.sk

venčnej medicíny. V tretej časti článku sledujeme najmä základné súvislosti vysvetľujúce kladný postoj respondentov k využívaniu liečebných postupov, ktoré nepatria do hlavného prúdu medicíny. Vychádzali sme predovšetkým z výskumu ISSP z roku 2012 – modul Zdravie a zdravotná starostlivosť, ako doplňujúci zdroj údajov sme využili výskum agentúry Focus pre spoločnosť Boiron z roku 2016 venovaný dôvere k homeopatickým liekom. Na základe dát z oboch výskumov sledujeme, ako kladný postoj ku CAM súvisí so socio-demografickými charakteristikami respondenta (socio-behaviorálny model), s nedôverou voči lekárom a so zdravotným stavom respondenta.

Z viacerých výskumov vyplýva, že medzi najvyužívanejšie formy CAM v európskych krajinách patrí homeopatia. (WHO 2005; Stoneman et al. 2012) Tieto údaje potvrdzujú aj zisťovania Štatistického úradu z roku 2009, zameraného na zdravie slovenskej populácie (EHIS), v rámci ktorého sa mapovala aj návšteva ľudí u liečiteľa alternatívnej medicíny počas posledných 12 mesiacov. Z výsledkov publikovaných v roku 2011 vyplýva, že ľudia na Slovensku najčastejšie navštevujú homeopata (Gerhardtová 2011). Z toho dôvodu sa v štvrtej časti venujeme inštitucionálnym súvislostiam, ktoré podporujú legitimitu tohto prístupu k liečbe a k liekom. Homeopatia podľa nás predstavuje vhodný príklad, na ktorom je možné sledovať proces prenikania CAM do sféry starostlivosti o zdravie v slovenskej spoločnosti. Zároveň predstavuje viditeľný prejav súčasného medicínskeho pluralizmu. V závere poukazujeme na zistenie, že prostredie CAM sa transformuje s cieľom nadobudnutia vyššej miery legítimity nielen v medicínskom prostredí, ale i na celospoločenskej úrovni.

Alternatívna, nekonvenčná, komplementárna, tradičná či integratívna medicína?

Pravdepodobne najpoužívanejším termínom v sociológii a antropológii pre skupinu medicínskych postupov, ktoré sa v súčasnosti nepovažujú za integrálnu súčasť konvenčnej medicíny, je CAM. Zložené pomenovanie z dvoch prívlastkov, komplementárna a alternatívna, sa vyvinulo zo staršieho označenia alternatívna medicína (alternative medicine – AM). Podľa autoriek S. Cant a U. Sharma (1999) ovplyvnila túto zmenu okrem iného aj „Britská medicínska asociácia“ (BMA). Predstavitel'ov asociácie viedla k zmene označenia rozsiahla kritika zo strany prívržencov CAM, ktorí vyčítali asociácii priam až dogmatické odmietanie akejkoľvek inej formy medicíny, než tej konvenčnej. BMA sa preto rozhodla, že zmení svoju pozíciu a prestane zohrávať úlohu arbitra v spore medzi zástancami odlišných názorov na postavenie CAM v medicínskom svete. Postupným vývojom bolo slovné spojenie AM nahradené hodnotovo neutrálnejším pojmom nekonvenčná medicína (unconventional medicine – UCM) (Dalen 1998, Lumberg et al. 1995) a neskôr pojmom komplementárna medicína (complementary medicine – CM). (Zollman – Vickers

1999) Pôvodný termín alternatívna medicína sa však stihol pomerne rýchlo udomáčniť medzi bežnými ľuďmi a rôznymi praktikmi nekonvenčných medicínskych foriem. Začal sa preto postupne chápať ako synonymum pre komplementárnu medicínu. Odborníci však už pred niekoľkými desaťročiami upozorňovali, že existuje rozdiel medzi alternatívnymi a komplementárnymi formami medicíny. Zatiaľ čo v prípade alternatívnych foriem je dôležité ich náhradné či zástupné využitie pri liečebnom procese, pre komplementárne formy je charakteristické vzájomné dopĺňanie sa s konvenčnou medicínou. Aby sa zachytila rozdielna podstata týchto javov, vzniklo kombinované označenie komplementárna a alternatívna medicína (CAM)³. V odbornej diskusii sa tento pojem rýchlo udomácnil, bežná populácia ho však úplne neprijala.

Popri spomínaných termínoch stojí za zmienku ešte jeden. Približne na prelome tisícročí vznikol medzi rôznymi medicínskymi špecialistami v Spojených štátoch termín integratívna medicína, ktorý v niektorých oblastiach postupne nahrádza používanie termínov ako AM, UCM či CAM. (Easthope 2003, Shankar 2010) Integratívna medicína podľa Konzorcia akademických zdravotníckych centier pre integratívnu medicínu (CAHCIM), do ktorého patrí okolo 30 amerických univerzít, predstavuje „*praktizovanie medicíny, ktorá znovu upevňuje dôležitosť vzťahu medzi špecialistom a pacientom, zameriava sa na celú medicínu, je založená na dôkazoch, využíva všetky primerané terapeutické prístupy zdravotníckych profesionálov a disciplíny k dosiahnutiu optimálneho zdravia a liečenia*“⁴. Integratívna medicína, spájajúca v sebe prvky konvenčnej medicíny s prístupom a teóriou komplementárnej, alternatívnej či tradičnej medicíny, býva niekedy medzi výskumníkmi a lekármi zaoberajúcimi sa CAM prezentovaná aj ako „medicína budúcnosti“. Hoci sa objavujú tendencie začleniť integratívnu medicínu do komplexu CAM (Eisenberg 2010), či vnímať ju ako synonymum CAM, existuje viacero relevantných dôvodov odporujúcich takémuto postupu. (Barrett et al. 2003)

Aj v súčasnosti sa vedie medzi výskumníkmi rozsiahla diskusia o vhodnosti používania termínu CAM. Rozporuplnosť tohto termínu sa prejavuje nielen v samotnom označení, ale aj v jeho obsahovom vymedzení. Na rozdiel od pomerne homogénnej vedeckej medicíny, zahrňuje totiž CAM rôznorodé medicínske smery. Neprekvapuje, že rôzne definície CAM sa zvyknú neraz značne odlišovať, či dokonca si odporovať. Pre väčšinu z nich je však charakteristické tzv. negatívne vymedzenie, ako je tomu aj v prípade najčastejšie citovanej definície CAM od Národného centra pre komplementárna a al-

³ V tomto prípade stojí za zmienku vyhláška slovenského Štatistického úradu (516/2011 Z.z.), ktorou sa vydáva klasifikácia zamestnaní. V súvislosti s prezentovanou témou sa vo vyhláške uvádzajú povolania „špecialistí v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny“ a „odborní pracovníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny“. Vzhľadom na to, že termín CAM je celosvetovo používaný a prijímaný odborníkmi z viacerých oblastí, prikláňame sa k používaniu jeho slovenského prekladu aj v tejto štúdií.

⁴ <http://www.imconsortium.org/about/>

ternatívnu medicínu (NCCAM): „CAM je skupina rôznych medicínskych a zdravotníckych systémov, praktík a produktov, ktoré nie sú v súčasnosti považované za súčasť konvenčnej medicíny“.⁵ Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) sa rozhodla súhrnný komplex javov rozdeliť do dvoch samostatných oblastí: tradičná medicína (TM) a komplementárna a alternatívna medicína (CAM). Tradičná medicína sa chápe ako označenie celého zoskupenia poznatkov, schopností a praktík založených na teóriách, presvedčeniach a skúsenostiach rozličných pôvodných kultúr, či už vysvetliteľných alebo nie, určených na zachovanie zdravia ako i prevenciu, diagnózu, zlepšenie či vyliečenie fyzických a mentálnych chorôb. Komplementárna a alternatívna medicína sa potom podľa WHO interpretuje ako široké spektrum medicínskych praktík, ktoré netvoria súčasť tradície danej krajiny alebo neboli integrované do dominantného zdravotného systému. (WHO 2013) Pre potreby tejto štúdie sa prikláňame ku definícii, ktorá vysvetľuje CAM ako komplex javov súvisiacich s individuálnym presvedčením a z neho vyplývajúcich postupov zameraných na diagnostiku a vyliečenie chorého, respektíve zachovania jeho zdravia. Špecialisti CAM pritom spravidla vystupujú v praxi ako jednotlivci alebo ako malé skupiny osôb mimo oficiálne akceptované medicínske zoskupenia a pri svojich postupoch sa odvolávajú na systém poznatkov, ktorý je v ucelenej alebo len čiastočnej podobe nezlučiteľný s oficiálnou náukou aktuálneho miesta a doby ich pôsobenia. (Souček 2015)

V slovenskom prostredí má štúdium oficiálne neakceptovaných foriem medicíny vlastnú históriu a spája sa predovšetkým s etnomedicínou, vednou subdisciplínou skúmajúcou okrem iného i oblasť tzv. ľudového lekárstva či liečiteľstva. (Horváthová 1987) Hoci boli pred rokom 1989 všetky formy alternatívnej a tradičnej medicíny u nás pokladané za problematické a vedecká medicína bola jediným akceptovaným modelom zdravotnej starostlivosti, ľudové lekárstvo sa dostalo do pozornosti niektorých etnografov predovšetkým kvôli tomu, že prezentovalo príklad tradičného javu, dlhodobo kontinuálne uchovávaného v miestnom prostredí. Nekonenčná medicína mala preto v minulosti u nás odlišné postavenie než je tomu v niektorých západných krajinách, v ktorých sa odborný záujem o CAM vyvíjal odlišným spôsobom a oveľa skôr.

Na Slovensku podľa platného zákona musia byť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zohľadnené súčasné poznatky lekárskej vedy (§ 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.). Presné vymedzenie toho, čo sa považuje za súčasť lekárskej vedy však v zákone nie je. Vo všeobecnosti sa jedná o poznatky vyučované v lekárskech odboroch, ktoré sú prijímané väčšinou odborníkov v danom lekárskom odbore. Takto vymedzené poňatie medicíny však otvára priestor pre

⁵ <http://nccam.nih.gov/health/>

odlišnú mieru akceptácie rôznych prvkov CAM. Dokazuje to aj existencia „Ústavu tradičnej čínskej medicíny“ na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave. V oblasti vedeckej medicíny v súčasnosti existujú snahy o implementáciu niektorých vedecky verifikovateľných postupov a znalostí CAM. Ukazuje sa tak, že vzájomný vzťah medzi vedeckou medicínou a ostatnými formami medicíny nemá esenciálny charakter vymedzovania, ale skôr sa transformuje a prispôsobuje.

Podpora komplementárnej a alternatívnej medicíny: základné súvislosti

Na základe doteraz publikovaných analýz v Európe a v USA, zaoberajúcich sa využívaním a podporou CAM, môžeme vysvetliť rastúcu afinitu k využívaniu postupov mimo rámca oficiálnej medicíny práve meniacim sa vzťahom medzi lekárom a pacientom. V klasických sociologických prácach prevažoval obraz, prezentujúci rolu lekára ako príklad aktivity orientovanej primárne na univerzálne ciele, kde prevláda kolektívna orientácia konania s dominanciou afektívnej neutrality, v ktorej dominuje expertné poznanie. (Parsons 1939)⁶ Takáto situácia mala dva dôsledky. Tým prvým bolo, že kombinácia deklarovanej univerzalistickkej orientácie a expertného poznania umožňovala utvorenie dôvery medzi lekárom a pacientom. Prostredníctvom dôvery sme schopní prekonať neistotu a nedostatok poznania a dokážeme konať tak, ako by bol pre budúcnosť možný len určitý obmedzený okruh možností. (Keller 2010: 109) Druhým dôsledkom bolo, že na základe legitimacy opierajúcej sa o expertné poznanie, získavala medicína hlavného prúdu a lekári, ako jej hlavní reprezentanti, oprávnenie rozhodovať o správnosti aktivít vo vzťahu k zdraviu.

V súčasnosti sledujeme v západnej spoločnosti oslabovanie dôvery k viacerým inštitúciám a tento trend sa nevyhol ani lekárskej profesii. Utváraním „suverénneho spotrebiteľa“ (Fournier 2000: 80) dochádza k zmene vzťahu lekár – pacient/klient na vzťah poskytovateľa služby – zákazníka/spotrebiteľa. Zákazníci nie sú v tomto vzťahu pasívne podriadení autorite nestranného profesionála, ale ich voľba je taktiež súčasťou určitého životného štýlu a je prejavom informovanej voľby zákazníka. Zároveň sa konzument dožaduje a vyhľadáva čoraz viac informácií v oblasti zdravia, aby mohol urobiť zodpovednú voľbu medzi súperiacimi poskytovateľmi služby. Tým však postupne eroduje podstata vzťahu medzi lekárom, ako nositeľom expertného poznania a pacientom, ktorý tomuto poznaniu dôveruje. Takáto zmena prispieva k hľadaniu alternatív a ku kombinovaniu rôznych prístupov ku zdraviu. Z toho dôvodu je rast suverénneho spotrebiteľa jedným z predpokladov rozširovania CAM v západnej spoločnosti. Niektoré štúdie dokumentujú, že za prejavom klesajúcej dôvery je nespokojnosť so spôsobom práce lekárov v konvenčnom systéme

⁶ Tento pohľad na lekársku profesiu kopíruje Parsonsov model piatich vzorových premenných konania (pattern variables).

zdravotníctva. Priaznivci a užívatelia CAM sa vymedzujú voči neosobnému prístupu zameranému na rýchly výsledok a preferujú viac holistický prístup k liečbe, ktorý chápe človeka ako komplexný systém. (Stoneman et al. 2012: 5)

Druhou príčinou oslabujúcej sa dôvery vo vzťahu medzi lekárom a pacientom je prenikanie trhovej logiky do starostlivosti o zdravie. Pod logikou trhu máme na mysli široké spektrum diskurzívnych a materiálnych praktík, úzko spätých s trhovým liberalizmom, s kladením dôrazu na princíp ekonomickej efektivity, flexibility a individuálnu slobodu spotrebiteľa, zdôrazňujúc pritom zodpovednosť za svoju vlastnú voľbu. (Fournier 2000) Ako upozorňuje Freidson, celý koncept medicínskeho profesionalizmu bol vystavaný na oddeľovaní sa jednak od logiky trhu, ale aj od byrokratického riadenia vlastnej činnosti. (Freidson 2001) Tým sa podľa neho ustanovil profesionalizmus ako tretia logika koordinácie aktivít aktérov v spoločnosti. Hlavne od 80. rokov 20. storočia však sledujeme postupné prenikanie trhových princípov aj do tejto oblasti a kritériá ekonomickej efektivity sa stávajú dôležitými princípmi, ktoré v určitej podobe vstupujú intenzívnejšie do rozhodovania sa lekárov. V dôsledku toho dochádza k erózii legitimacy na základe deklarovaného univerzalizmu a kolektívnej orientácie pri výkone roly lekára. Časť spoločnosti získava pocit, že výkon lekárov je orientovaný predovšetkým vlastným záujmom (self interest, ziskom nielen lekára, ale aj organizácie), čo oslabuje dôveru v to, že hlavným riadiacim princípom je rozhodovanie na základe expertného poznania.

Podporu pre využívanie liečebných postupov mimo medicíny hlavného prúdu môžeme vysvetliť aj prostredníctvom socio-behaviorálneho modelu (SBM). Tento model predpokladá, že u priaznivcov a užívateľov CAM sa vyskytujú nasledujúce pravidelnosti: mladší vek, žena⁷, vyššie vzdelanie. Práve zistenia, že sú to hlavne mladší ľudia s vyšším vzdelaním nadväzujú na predchádzajúce konštatovanie o premene vzťahu medzi lekárom a pacientom do podoby suverénneho spotrebiteľa. Práve táto časť spoločnosti je tou, ktorá si predmetný prístup k zdraviu osvojuje najrýchlejšie. Vo vzťahu k príjmom respondentov sú výsledky doteraz realizovaných výskumov menej jednoznačné. Bishop a Lewith uvádzajú, že z 91 uskutočnených multivariačných analýz, 29 ukazuje súvis s rastúcou výškou príjmu, 4 ukazujú opačný vzťah a 58 neukazuje žiadnu štatisticky významnú súvislosť. (Bishop – Lewith 2008: 15) V spoločnostiach, kde existuje výraznejšia etnická rôznorodosť sa ukazuje ako dôležitá aj táto súvislosť (najmä vo vzťahu k čínskej a indickej etnickej príslušnosti).

⁷ Vo všeobecnosti však ženy častejšie než muži venujú väčšiu pozornosť téme zdravia. Častejšie než muži hľadajú pomoc aj u konvenčnej medicíny. (Bishop – Lewith 2008: 14) Z výskumov ISSP Rodina 2012 taktiež vyplýva, že ženy trávajú vyšší počet hodín starostlivosťou o starších, chorých a nevládných členov rodiny. To vysvetľuje aj ich vyšší záujem o tému zdravia. (Chorvát 2015: 96) Taktiež teoretické príspevky k tejto téme ukazujú, že starostlivosť o zdravie sa považuje za súčasť roly ženy v domácnosti. (Chorvát 2006: 36)

Za významný prediktor kladných postojov ku CAM a využívania CAM sa ukazuje aj zdravotný stav pacienta, najmä prítomnosť dlhodobého alebo chronického ochorenia, a to z nasledujúcich dôvodov. Dlhodobejšie ochorenie predstavuje predovšetkým v jeho začiatkoch určitú hraničnú a novú situáciu, respektíve situáciu neistoty. Zo sociologickej teórie vieme, že hraničné situácie sú v niektorých prípadoch aj zdrojom experimentovania a hľadania nových postupov. (Joas 1996) Voľba doplnkového alebo iného spôsobu liečby môže byť jedným z postupov ako získať pocit kontroly nad novou životnou skutočnosťou. Druhým dôvodom je, že dlhodobé chronické ochorenie vyvoláva po určitom čase pocit nespokojnosti s konvenčnou liečbou, pretože tá, aj keď bráni ďalšiemu postupu ochorenia, nedokáže v niektorých prípadoch ochorenie úplne vyliečiť. Dlhodobo chorí ľudia potom vyhľadávajú aj iné spôsoby a prístupy, ktoré sa im môžu javiť ako bezpečnejší spôsob brániaci ďalšiemu postupu ochorenia. Ďalším dôvodom je, že u ľudí s chronickým ochorením sa téma zdravia a zdravotnej starostlivosti stáva dôležitou súčasťou ich života. Z toho dôvodu venujú viac pozornosti novým informáciám, sledujú viac dianie a zároveň sú ochotní viac experimentovať s novými postupmi. (Stoneman et al. 2012: 5)

Analýza kladného hodnotenia CAM a využívania CAM na Slovensku

V nasledujúcej časti upriamime našu pozornosť na to, čo o fenoméne CAM môžeme vypovedať na základe uskutočnených výskumov v rámci Slovenska. Zaujímá nás predovšetkým analýza súvislostí medzi kladnými postojmi respondentov ku CAM a vybranými demografickými znakmi respondenta. Ďalej sa venujeme súvislosti medzi dôverou k lekárom a preferovaním CAM. V neposlednom rade sledujeme aj vzťah medzi zdravím respondenta a jeho postojom k využívaniu niektorých prvkov CAM. Opierame sa pritom o predpoklady, ktoré boli testované aj v zahraničných analýzach. Našu analýzu realizujeme na dátach získaných v rámci medzinárodného zisťovania ISSP – modul Zdravie a zdravotná starostlivosť (ďalej ISSP Zdravie), ktoré sa v roku 2012 uskutočnilo aj na Slovensku. Využívame aj dáta z výskumu pre spoločnosť Boiron v roku 2016, v ktorom sa skúmala dôvera obyvateľov Slovenskej republiky k homeopatickým liekom⁸.

⁸ Téma zdravia sa v rámci modulu ISSP objavila prvýkrát. V rámci modulu Zdravie a zdravotná starostlivosť sa zisťovali údaje týkajúce sa zdravotného stavu, starostlivosti o zdravie, rizikového správania, prístupu k zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym službám. Pozornosť sa venovala aj názorom respondentov na liečbu a ich dôvere v zdravotnícky systém. (Sopóci et al. 2015)

Viac informácií o výskume je dostupných na stránke Slovenského archívu sociálnych dát: http://sasd.sav.sk/sk/data_katalog_abs.php?id=sasd_2012001. Údaje z výskumu pre spoločnosť BOIRON musíme prezentovať detailnejšie, pretože firma BOIRON je jedným z producentov homeopatických liekov. Dáta zbierala agentúra Focus 8. 9. 2016 – 14. 9. 2016 v rámci omnibusového výskumu. Spôsob výberu vzorky bol kvótny výber (kvóty – pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť sídla a kraj). Metodika zberu dát: osobné rozhovory vyškolených anketárov s respondentmi. Primárne údaje boli zaznamenávané do počítača (CAPI). Súhlas na prácu s dátami sme získali od spoločnosti Boiron, ako aj od spoločnosti

Na základe výskumu ISSP Zdravie a výskumu dôvery k homeopatickým liekom môžeme analyzovať pôsobenie premenných v rámci socio-behaviorálneho modelu (vek, pohlavie, vzdelanie). Dáta z výskumu ISSP Zdravie nám ďalej umožňujú analyzovať vplyv zdravotnej situácie respondenta (chronické ochorenie) a pôsobenie dôvery, respektíve nedôvery k lekárom na kladné postoje ku CAM a využívanie CAM.

V rámci výskumu ISSP Zdravie sa téma CAM objavila v dvoch otázkach. V prvej z nich sa sledoval súhlas respondentov s nasledujúcim výrokom: Alternatívna medicína poskytuje lepšiu pomoc pri zdravotných problémoch ako oficiálna medicína. V druhej otázke sa skúmalo, či respondent za posledných 12 mesiacov navštívil liečiteľa⁹, ktorý praktikuje alternatívnu medicínu. Distribúciu odpovedí na obe otázky prezentujeme v tabuľke č. 1.

Tabuľka č. 1: **Distribúcia odpovedí respondentov na otázky týkajúce sa CAM v ISSP Zdravie**

Otázka 14a	Alternatívna medicína poskytuje lepšiu pomoc pri zdravotných problémoch ako oficiálna medicína					
	Úplne súhlasím	Skôr súhlasím	Ani súhlasím ani nesúhlasím	Skôr nesúhlasím	Úplne nesúhlasím	Neviem
N	24	121	349	256	214	164
%	2,1	10,7	30,9	22,7	19,0	14,5
Otázka 17b	Ako často ste za posledných 12 mesiacov navštívili liečiteľa, ktorý praktikuje alternatívnu medicínu					
	Nikdy	Výnimočne	Občas	Často	Veľmi často	Neviem
N	965	85	47	10	4	17
%	85,5	7,5	4,2	0,9	0,4	1,5

Počet respondentov 1128

Z nej vyplýva, že 12,8 % respondentov úplne alebo čiastočne súhlasí s tým, že CAM je lepšie riešenie ako oficiálna medicína. Samotná štruktúra otázky a aj ponúknutá škála odpovedí je však utvorená tak, že získavame najmä informáciu o tom, či si respondenti myslia, že alternatívna medicína je lepšia ako oficiálna. Preferovaný spôsob starostlivosti o zdravie však v kontexte súčasného medicínskeho pluralizmu nie je možné vždy zachytiť prostredníctvom dichotomického vzťahu medzi konvenčnou medicínou a CAM. V praxi sa totiž stále častejšie stretávame s kombinovaním, či dokonca synkretizáciou prvkov vedeckej a nekonvenčnej medicíny. Z odpovedí v druhej analyzovanej otázke

Focus. Samotné výstupy z tohto výskumu týkajúce sa dôvery sme porovnávali s dostupnými údajmi z iných štátov, pričom sme sa opierali o zisťovania, ktoré boli uskutočnené v rámci nekomerčného výskumu (predovšetkým veľká Británia a Nemecko). Z tohto porovnania vyplýva, že zistená miera dôvery v homeopatickú liečbu sa výrazne nelíši od situácie v Európe.

⁹ V slovenskej verzii dotazníka sa pracuje s termínom liečiteľ. Anglická verzia však pracuje s vhodnejším termínom practitioner, ktorý je možné preložiť ako praktik či špecialista.

vyplýva, že 13 % respondentov navštívilo liečiteľa praktizujúceho alternatívnu medicínu. Problematickou stránkou tejto otázky je, že sa sústreďí len na jeden prejav CAM, konkrétne návštevu špecialistu. Existujú však aj iné formy využívania alternatívnej medicíny, v súčasnosti dosť rozšírené, ktoré nevyžadujú priamo návštevu špecialistu. Príkladom môže byť užívanie voľnopredajných homeopatiík, aromaterapia, užívanie bylín a iné. Aj napriek určitým nedostatkom vyplývajúcim z formulácie otázok a nedostatočnej podrobnosti ponúknutých odpovedí v dotazníku, nám dáta z výskumu ISSP umožňujú sledovanie súvislostí medzi kladným hodnotením CAM a predpokladmi sociálno-behaviorálneho modelu, vyjadrenou ne/dôverou k lekárom a zdravotným stavom respondenta.

K dispozícii máme aj výsledky prieskumu, ktorý sledoval dôveru občanov SR k homeopatickej liečbe. Analýzu odpovedí z tohto výskumu sme uskutočnili preto, že podľa analýzy WHO (WHO 2005: 53) predstavuje homeopatická liečba najrozšírenejšiu formu alternatívnej starostlivosti o zdravie v Európe. Ďalším aspektom homeopatie na Slovensku sa navyše budeme venovať v nadchádzajúcej časti štúdie. Odpovede respondentov z výskumu sú v tabuľke č. 2. Z nej vyplýva, že 46,1 % zo všetkých opýtaných respondentov rozhodne dôveruje alebo skôr dôveruje homeopatickej liečbe.

Tabuľka č. 2: **Do akej miery dôverujete alebo nedôverujete homeopatickej liečbe?**

	Rozhodne dôverujem	Skôr dôverujem	Skôr nedôverujem	Rozhodne nedôverujem	Neviem
N	92	373	218	165	161
%	9,1	37	21,6	16,4	16,0

Počet respondentov 1009

Analýzu vzťahov medzi vybranými premennými sme uskutočnili prostredníctvom binárnej logistickej regresie (metóda Enter, Wardova metóda overenia významnosti)¹⁰. Zvolili sme si tri hlavné závislé premenné. Prvou z nich je názor respondenta na to, či alternatívna medicína poskytuje lepšiu pomoc ako oficiálna medicína. Ako sme už upozornili vyššie, formulácia otázky v dotazníku nám umožňuje sledovať názory v opozícii buď CAM alebo klasická medicína. Rozhodli sme sa, že budeme analyzovať súvislosti vysvetľujúce, prečo niektorí respondenti považujú CAM za lepšiu pomoc ako klasickú medicínu. Z toho dôvodu sme zvolili spôsob úpravy odpovedí do dichotomickej premennej, kde kladným odpovediam bol priradený znak 1 a ostat-

¹⁰ Vysvetlenie logistickej regresie je napríklad v Řeháková (2000), Kaščáková a Nedelová (2010). Logistická regresia vychádzajúca z dát ISSP Zdravie je v základnej podobe vysvetlená aj na ďalších miestach. (Džambazovič – Gerbery 2014: 209-214, Sopóci et al. 2015)

ným 0, odpovede „neviem“ sme vylúčili. Druhou závislou premennou je využívanie alternatívnej medicíny za posledných 12 mesiacov. Dichotomizovali sme otázku Q17b tak, že odpovedi „vôbec“ sme pridelili znak 0 a ostatným 1. Opätovne sme vylúčili odpovede „neviem“. Zaujímajú nás tak všetci tí respondenti, ktorí v posledných 12 mesiacoch navštívili špecialistu alternatívnej liečby. Tretou závislou premennou je dôvera k homeopatickým liekom. V tomto prípade sme dichotomizovali otázku tak, že odpovediam rozhodne dôverujem a skôr dôverujem sme pridelili znak 1 a ostatným 0. Vylúčili sme odpovede „neviem“.

Do logistickej regresie sme ku každej z týchto závislých premenných zaradili niekoľko nezávislých – vysvetľujúcich – premenných. Tie sme zvolili na základe vyššie opísaných analýz zahraničných výskumov a prezentujeme ich v tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3: **Prehľad nezávislých premenných zaradených do binárnej logistickej regresie**

Číslo	Názov premennej alebo znenie výroku	Premenná v logistickej regresii	Dotazník obsahujúci premennú	Pôvodné odpovede v dotazníku a spôsob ich dichotomizácie
1	Pohlavie respondenta	Muž 0 Žena 1	ISSP Zdravie; Dôvera k homeopatickej liečbe	
2	Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	0 - ZŠ, 1 - SŠ bez maturity, 2 - SŠ s maturitou, 3 - VŠ	ISSP Zdravie; Dôvera k homeopatickej liečbe	
3	Vek respondenta	0 (18 – 24), 1 (25 – 34), 2 (35 – 44), 3 (45 – 54), 4 (55 – 64), 5 (65 a viac)	ISSP Zdravie; Dôvera k homeopatickej liečbe	
4	Chronické ochorenie	0 nie 1 áno	ISSP Zdravie	
5	Vo všeobecnosti, lekárom možno dôverovať	0 áno 1 nie	ISSP Zdravie	1 úplne súhlasím 2 skôr súhlasím
6	Lekári diskutujú so svojimi pacientmi o všetkých možnostiach liečby	0 áno 1 nie	ISSP Zdravie	3 ani súhlasím ani nesúhlasím 4 skôr nesúhlasím 5 úplne nesúhlasím 1 (spojenie 4,5) 0 (spojenie 1,2,3)
7	Lekári sa starajú viac o svoje zárobky ako o pacienta	0 nie 1 áno	ISSP Zdravie	0 (spojenie 3, 4, 5) 1(spojenie 1, 2)

Prostredníctvom premenných číslo 1, 2, 3 sledujeme pôsobenie socio-behaviorálneho modelu na jednotlivé závislé premenné. Na základe analýz zahraničných výskumov, ktoré ukazujú nejednoznačný vplyv výšky príjmu na využívanie CAM sme s touto premennou nepracovali. Zaradením premennej číslo 4 sledujeme vplyv zdravotného stavu na pozitívne hodnotenie a využívanie CAM. Premenná bola v dotazníku ISSP Zdravie dichotomická a preto sme ju nemuseli upravovať.

V druhej časti tabuľky č. 3 sa nachádzajú premenné 5 a 6, ktoré sme vybrali, pretože umožňujú sledovať pôsobenie dôvery k lekárom a spokojnosti s komunikáciou lekárov na kladné hodnotenie CAM a využívanie CAM. Respondenti v dotazníku ISSP Zdravie mali vyjadriť svoj súhlas s predkladaným výrokom na 5-stupňovej škále. Z toho dôvodu sme odpovede upravili nasledujúcim spôsobom. Tým odpovediam, ktoré vyjadrujú nedôveru k lekárom alebo nespokojnosť s ich prácou, sme pridelili znak 1 a všetkým ostatným sme pridelili znak 0.

Prostredníctvom poslednej premennej 7 sledujeme, či súhlas s výrokom, že lekárom ide predovšetkým o vlastný prospech, neovplyvňuje kladný postoj ku CAM a využívanie CAM. V tomto prípade sme pristúpili k prekódovaniu pôvodných odpovedí nasledujúcim spôsobom. Súhlasu s výrokom, že lekárom ide predovšetkým o vlastný prospech (odpovede 1 a 2), sme pridelili znak 1 a ostatným sme pridelili znak 0. Vo všetkých úpravách pôvodných premenných sme teda sledovali princíp, že ak odpoveď vyjadrovala záporné hodnotenie voči lekárom alebo oficiálnej medicíne, tak sme jej pridelovali hodnotu 1 a ostatným sme pridelovali znak 0.

Výsledky regresnej analýzy prezentujeme v nasledujúcej tabuľke. (Tabuľka č. 4) V Modeli 1 sme do regresnej analýzy zaradili premenné týkajúce sa socio-behaviorálneho modelu a pôsobenie chronického ochorenia na kladné hodnotenie CAM. Tie sme doplnili o premenné sledujúce nedôveru k lekárom a nespokojnosť so spôsobom komunikácie lekárov. Výstupy analýzy v Modeli 1 ukazujú, že za vysvetľujúce premenné v tomto prípade môžeme považovať prítomnosť chronického ochorenia, vyjadrenú nedôveru k lekárom a vyjadrenú nespokojnosť so spôsobom komunikácie lekárov. Na základe toho môžeme konštatovať, že prítomnosť chronického ochorenia, nedôvera k lekárom a nespokojnosť s komunikáciou lekárov zvyšuje predpoklad, že jednotlivec bude považovať CAM za lepšie riešenie ako konvenčnú medicínu.

V Modeli 2 (tabuľka č. 4) sme ponechali všetky predchádzajúce premenné, ktoré sme doplnili o súhlas s výrokom, že lekárom ide predovšetkým o zisk. Z výsledkov vyplýva, že vysvetľujúcimi faktormi sú v tomto prípade prítomnosť chronického ochorenia a predovšetkým súhlas s výrokom, že lekárom ide len o vlastný prospech. U respondentov s chronickým ochorením je jeden a pol

násobne väčší predpoklad, že budú považovať CAM za lepšiu možnosť ako klasickú medicínu.

Tabuľka č. 4: Faktory vysvetľujúce preferenciu CAM pred klasickou medicínou

	Alternatívna medicína je lepšie riešenie (0 nie, 1 áno)			
	MODEL 1		MODEL 2	
	B	OR	B	OR
Konštanta	-1,097**	0,334	-1,835***	0,160
Pohlavie (ref. kategória muži)				
Ženy	0,135	1,145	0,145	1,156
Vzdelanie (ref. kategória ZŠ)				
SŠ bez maturity	0,224	1,251	0,200	1,221
SŠ s maturitou	0,155	1,168	0,134	1,143
VŠ	0,225	1,253	0,275	1,317
Vek respondenta	-0,093	0,911	-0,085	0,919
Chronické ochorenie (ref. kategória NIE)				
Áno	0,396*	1,486	0,415*	1,514
Dôvera k lekárom	0,590**	0,555	0,424	0,655
Komunikácia s lekárom	0,453*	0,636	0,257	0,744
Lekárom ide len o vlastný prospech			0,752***	2,120
Sumarizácia				
<i>Hosmer and Lemeshow Test</i>	0,535		0,975	
<i>N</i>	964		964	

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Súhlas s názorom v Modeli 2, že lekári sa starajú predovšetkým o vlastné zárobky než o prospech pacienta, zvyšuje dvojnásobne možnosť súhlasu s tým, že CAM sa považuje lepšiu voľbu ako klasická medicína. Potvrdzujú to aj zistenia z ostatných zahraničných analýz, kde sa práve faktor odporu voči prílišnej komodifikácii zdravia ukazuje ako veľmi dôležitý zdroj podpory CAM. S kritikou komodifikácie zdravotníctva a predovšetkým farmaceutického priemyslu pracujú aj niektoré smery v rámci CAM.

V oboch modeloch sa vzdelanie, pohlavie alebo vek nepreukázali ako štatisticky významný prediktor vysvetľujúci preferenciu CAM pred klasickou medicínou. Môže to súvisieť aj s tým, že formulácie predpokladov socio-behaviorálneho modelu sa uskutočňovali na základe výskumov, kde bol vzťah ku CAM sledovaný prostredníctvom podrobnejšie formulovaných otázok a nesledovali výlučne dichotomický postoj, že CAM je lepšie riešenie ako klasická medicína. V nasledujúcej tabuľke č. 5 prezentujeme výsledky regresných analýz zameraných na analýzu faktorov vysvetľujúcich návštevu špecialistu CAM a dôveru v homeopatické lieky.

Tabuľka č. 5: Faktory vysvetľujúce návštevu liečiteľa za posledných 12 mesiacov a dôveru k homeopatickej liečbe

	Návšteva liečiteľa (0 nie, 1 áno)		Dôvera v homeopatickú liečbu (0 nie, 1 áno)	
	B	OR	B	OR
Konštanta	-1,803 ***	0,165	-0,878 **	0416
Pohlavie (ref. kategória muži)				
Ženy	0,142	1,153	0,676 ***	1,966
Vzdelanie (ref. kategória ZŠ)				
SŠ bez maturity	-0,041	0,960	0,007	1,007
SŠ s maturitou	0,213	1,237	0,420	1,522
VŠ	0,795 **	2,215	0,822 ***	2,41
Vek respondenta	-0,068	0,934	-0,093 *	0,911
Chronické ochorenie (ref. kategórie NIE)				
Áno	0,929 ***	2,532		
Dôvera k lekárom	-0,327	0,721		
Komunikácia s lekárom	-0,172	0,842		
Lekárom ide len o vlastný prospech	-0,143	0,866		
Sumarizácia				
<i>Hosmer and Lemeshow Test</i>	0,534		0,857	
<i>N</i>	1111		848	

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Na základe analýzy sa ako štatisticky významné faktory vysvetľujúce vyhľadanie špecialistu (liečiteľa) ukazujú vzdelanie a prítomnosť chronickej choroby. U chronicky chorých osôb a u absolventov vysokej školy je štatisticky významnejší predpoklad, že v posledných 12 mesiacoch navštívili špecialistu alternatívnej medicíny. Tým sa čiastočne potvrdzujú trendy z iných zahraničných výskumov, aj keď súvislosť s pohlavím a vekom sa ani v tomto prípade nepreukázala ako významná. Taktiež predpoklady týkajúce sa dôvery k lekárom, komunikácie lekárov a komodifikácie práce lekárov sa neukázali ako štatisticky významné.

Zatiaľ čo v prípade otázok zameraných skôr na všeobecné vnímanie CAM a nešpecifikované využívanie CAM sa predpoklady socio-behaviorálneho modelu neukázali ako signifikantné, v prípade analýzy dôvery k homeopatickej liečbe sa predpoklady z tohto modelu potvrdili. U žien, u ľudí s absolvovanou vysokou školou a u mladších je vyšší predpoklad, že budú vyjadrovať dôveru k tomuto typu liečby. V tomto prípade sa však v dotazníku nenachádzali údaje, prostredníctvom ktorých by sme mohli sledovať pôsobenie ďalších premenných.

Na základe dát z výskumu ISSP môžeme povedať, že prítomnosť chronickeho ochorenia zvyšuje možnosť kladného hodnotenia CAM a zvyšuje predpoklad, že respondent v posledných 12 mesiacoch navštívil praktika

(liečiteľ'a). Šancu, že respondent bude kladným spôsobom hodnotiť CAM pred konvenčnou medicínou, zvyšuje nespokojnosť so spôsobom komunikácie lekárov, nedôvera k lekárom a súhlas s názorom, že lekárom ide predovšetkým o vlastný prospech. Význam vzdelania sa ukázal len v prípade návštevy špecialistu (liečiteľ'a), kde u respondentov s vysokoškolským vzdelaním existuje dvojnásobná šanca než u respondentov so základnou školou, že za posledných 12 mesiacov navštívili špecialistu alternatívnej medicíny. Pôsobenie veku a pohlavia sa v žiadnej inej súvislosti neukázalo. Inak je to v prípade dôvery k homeopatickým liekom. Tam sa potvrdili niektoré predpoklady socio-behaviorálneho modelu. Predovšetkým u žien, u mladších a u ľudí s vyšším vzdelaním je vyššia šanca, že budú homeopatikám vyjadrovať väčšiu dôveru.

Homeopatia na Slovensku a snahy o jej legitimizáciu

V predchádzajúcej časti textu sme na základe dát z výskumu ukázali, že aj v rámci SR sa potvrdzuje, že homeopatia patrí k výrazne akceptovanej a využíwanej forme CAM. Zároveň predstavuje aj jednu z najdiskutovanejších tém v rámci celej oblasti zdravotnej starostlivosti. Pozrieme sa preto bližšie na to, aké postavenie má tento typ nekonvenčnej liečby v súčasnosti na Slovensku a aké procesy legitimizácie charakterizujú jeho aktuálnu podobu¹¹. Zameriame sa na dva nasledujúce aspekty. Prvým sú pokusy homeopatických špecialistov kontrolovať výkon svojej praxe prostredníctvom vytvárania profesijných zoskupení a združení. Druhý, pravdepodobne najdôležitejší zdroj akceptácie homeopatických postupov v spoločnosti, súvisí s možnosťou voľného nákupu homeopatických liekov v lekárňach. Tomuto fenoménu sa taktiež venujeme detailnejšie v nasledujúcej časti.

Za zakladateľa homeopatie je považovaný nemecký lekár Samuel Hahnemann, žijúci na prelome 18. a 19. storočia. Tomu sa podarilo sformulovať základné homeopatické koncepty v čase rozsiahlych epidémií v Európe. Hahnemann sa snažil prostredníctvom šetrnejších metód, než sa v tej dobe aplikovali v medicíne, pomôcť postihnutým a zabrániť zhoršeniu ich zdravotného stavu. Za približne dvesto rokov od prvej homeopatickej teórie sa táto metóda rozšírila takmer do všetkých kútov sveta a v súčasnosti predstavuje druhý najrozšírenejší medicínsky systém popri tzv. vedeckej medicíne. (WHO 2005) Medzi súčasnými homeopatmi však existujú viaceré rozdiely v diagnostickom a terapeutickom procese, ktoré vychádzajú z rozdielneho poňatia človeka v rámci jednotlivých homeopatických škôl. Väčšina homeopatických škôl vychádza

¹¹ Jeden z autorov tejto štúdie mal možnosť čerpať informácie o homeopatii na Slovensku počas zúčastneného pozorovania medzi skupinou homeopatov v rámci odborných seminárov organizovaných Slovenskou akadémiou klasickej homeopatie. V ich priebehu mal možnosť čiastočne sa oboznámiť s výučbou a spôsobom vzdelávania homeopatie. Medzi rokmi 2013 – 2016 mal rovnako možnosť uskutočniť viacero rozhovorov nielen so špecialistami homeopatie, ale i využívatel'mi tejto metódy u nás i v zahraničí.

z konceptu vitálnej sily človeka a hlási sa k dvom základným premisám, medzi ktoré patrí princíp podobnosti (*similia similibus curentur/curantur*) a princíp minimálnej účinnej dávky v lieku. (Ross 2012)

Najstaršia história homeopatie na Slovensku je spojená s jej existenciou v rakúsko-uhorskej monarchii. Do roku 1837 bola homeopatia v monarchii oficiálne zakázaná. K odvolaniu tohto nariadenia došlo potom, ako lekárske fakulty v Prahe a vo Viedni vydali pozitívne hodnotenie homeopatie. T. Pukančíková (2011) označuje za priekopníka slovenskej homeopatie v tomto období lekára menom Jozef Attomyr (1807 – 1856). Ten vraj udržiaval kontakty aj so samotným Hahnemannom a vo svojich spisoch opisuje viaceré skúsenosti z vlastnej homeopatickej praxe. Zmieňuje sa aj o svojej rozsiahlej lekárničke, ktorá mala zahŕňať až 150 homeopatických liekov. V zozname členov rakúskej homeopatickej lekárskej asociácie z roku 1862 sa spomínajú aj dvaja bratislavskí lekári a archívne dokumenty uvádzajú pôsobenie až ôsmich homeopatických lekárov v Bratislave. (Pukančíková 2011) Po druhej svetovej vojne, v roku 1950, bola homeopatia v Československu zakázaná. V duchu pozitivisticky orientovanej vedy a marxistickej filozofie bola homeopatia v socialistickom období pokladaná za ideologicky problematickú. E. Křížová (2015) uvádza, že homeopatia nebola vykonávaná ani vyučovaná. S tým súvisí aj skutočnosť, že neboli vydávané žiadne odborné periodiká o homeopatii, a tým pádom vlastne neexistovala. Dá sa však predpokladať, že existoval úzky okruh záujemcov o tento typ liečby, ktorý čerpal informácie prevažne zo zahraničnej literatúry. Zvýšený záujem o homeopatiu registrujeme preto až od začiatku 90-tych rokov. (Pukančíková 2011, Křížová 2015)

Napriek rastúcej obľube medzi laikmi a lekármi sa pôsobenie homeopatie spája naďalej predovšetkým s kontroverznou prípravou liekov či nepodloženými liečebnými úspechmi. Potvrdzuje to aj stanovisko prezídia Slovenskej lekárskej spoločnosti zo dňa 14. júna 2016, ktoré podľa vlastných slov reaguje na situáciu v odbornej i širšej verejnosti vyvolanú billboardovou kampaňou zameranou na propagáciu homeopatie. V stanovisku sa okrem iného uvádza nasledujúce: „*Homeopatia predstavuje liečiteľský systém z okruhu tzv. alternatívnej medicíny, ktorý je založený na vedecky neoverených predpokladoch, teóriách a praktikách, ktoré sú v príkrom rozpore s vedecko-odbornou podstatou a správnou praxou súčasnej medicíny. Preto homeopatické postupy alebo prostriedky (vrátane tzv. homeopatických liekov) nemožno, ako také, považovať za lekárske prostriedky či postupy lége artis. Nemožno ich teda z lekárskeho hľadiska pacientom odporúčať alebo aplikovať tak, akoby to boli overené postupy alebo prostriedky dnešnej medicíny. Svojou povahou a vlastnosťami sa*

*tieto postupy a prostriedky jednoznačne nachádzajú mimo oblasti vedeckej medicíny*¹².

Na Slovensku neexistuje žiadna legislatívna norma upravujúca pôsobenie špecialistov CAM, teda ani homeopatov. Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (č. 576/2004 Z. z.) sa definuje zdravotná starostlivosť nasledujúcim spôsobom: „*súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.*“ Z formulácie vyplýva, že zdravotnú starostlivosť môžu poskytovať iba a výhradne zdravotnícki pracovníci, ktorých bližšie vymenúva § 27 zákona č. 578/2004 Z. z. Akýkoľvek špecialista CAM sa v tomto zozname nenachádza, preto ich nemožno z pohľadu zákona pokladať za zdravotníckych pracovníkov. Podľa P. Kováča (2008) z toho vyplývajú ďalekosiahle právne dôsledky, medzi ktoré zaraďuje nasledujúce skutočnosti: praktici CAM nepotrebujú žiadnu licenciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, nemajú žiadnu povinnosť preukazovať svoje vzdelanie a nepodliehajú žiadnej odbornej kontrole. Zákon zároveň nestanovuje žiadne obmedzenia, ktoré by neumožňovali lekárom poskytovať služby v oblasti CAM. Všetci, ktorí tak robia, to uskutočňujú len na vlastnú zodpovednosť. (Hlavatý et al. 2011)

Na Slovensku nie je možné študovať homeopatiu na žiadnom univerzitnom pracovisku, preto nie je možné zlegalizovať jej praktizovanie v kontexte systému zdravotníckeho vzdelávania. Záujemcovia o štúdium homeopatie sú preto odkázaní na aktivity rôznych súkromných vzdelávacích inštitúcií. Momentálne existujú pre záujemcov o homeopatiu súkromné školiace akcie vedené predovšetkým Slovenskou akadémiou klasickej homeopatie (SAKH) a Slovenskou lekárskou homeopatickou spoločnosťou (SLHS). Tie sa rozchádzajú v názore na to, kto môže homeopatiu aktívne praktizovať. Zatiaľ čo prvá organizácia umožňuje štúdium aj nelekárom a nezdravotníckym pracovníkom, tá druhá, ako už z názvu vyplýva, poskytuje vzdelávanie len lekárom, farmaceutom či veterinárom. Okrem spomínaných dvoch organizácií existuje ešte viacero menších súkromných vzdelávacích aktivít určených prevažne pre ľudí bez oficiálne uznávaného medicínskeho vzdelania.

Slovenská lekárska homeopatická spoločnosť vznikla v roku 1991, vtedy ešte pod názvom Slovenská homeopatická spoločnosť, a už od tohto obdobia začala realizovať vzdelávacie semináre. Spočiatku boli zastrešené farmaceutic-

¹² Pozri bližšie na <http://sls.sk/new/aktualne-informacie/stanovisko-prezidia-sls>

kou firmou Boiron, ktorej aktivity sa neskôr formálne oddelili a pokračovali po vlastnej línii. Od roku 1997 je SLHS súčasťou Európskej sekcie homeopatie (ECH) a v súčasnosti, vzhľadom na absenciu výučby homeopatie na lekárskech fakultách, vystupuje smerom k verejnosti ako jediná kompetentná inštitúcia, ktorá umožňuje komplexné vzdelávanie v homeopatii pre lekárov a farmaceutov.

Slovenská akadémia klasickej homeopatie ponúka pre záujemcov z lekárskeho i nelekárskeho prostredia v súčasnosti dva druhy kurzov, štvorročné, určené pre získanie hlbších poznatkov z homeopatie a polročné, určené pre domáce samoliečenie a jednoduchšie, akútne zdravotné problémy. Akadémia každý rok organizuje aj viacero víkendových seminárov so zahraničnými hosťami a od účastníkov dlhšieho vzdelávania sa vyžaduje účasť na týchto podujatiach. Súčasť vzdelávania SAKH tvoria okrem výsostne homeopatických tém ako materia medica či farmakológia aj poznatky z oblasti vedeckej anatómie, fyziológie či patológie. Medicínske základy sú povinné pre všetkých nezdravotníckych a nemedicínskych pracovníkov a po ich prezenčnom absolvovaní je potrebné zložiť skúšku. Po úspešnom absolvovaní štvorročného štúdia SAKH dostanú absolventi diplom a sú oprávnení používať titul „SAKH“ za menom. Snahou Akadémie je vplývať aj na unifikáciu diagnostických a terapeutických postupov v homeopatii. Vzhľadom na heterogenitu prostredia homeopatie je však efekt tejto snahy otázný. Dosvedčujú to aj aktivity 1. Kliniky klasickej homeopatie (1. KKH), pobočky Vithoukasovej Medzinárodnej akadémie klasickej homeopatie na Slovensku, ktorá tiež organizuje vzdelávacie kurzy. Hoci sa takisto odvoláva na klasické princípy homeopatie, vo viacerých oblastiach a názoroch na homeopatiu sa s predstaviteľmi SAKH rozchádza. Podľa informácií na oficiálnej stránke kliniky nie je potrebné napríklad v rámci kurzu absolvovať žiadne medicínske vzdelanie, ako je tomu v prípade SAKH. Vychádza teda z predpokladu, že biomedicínsky a homeopatický prístup k chorobe, liečbe a zdraviu je nezlučiteľný¹³.

Od roku 2007 pôsobí u nás aj Slovenská komora homeopatov (SKH), ktorá je členom Európskej centrálnej rady homeopatov (ECCH) a Medzinárodnej rady pre homeopatiu (ICH). Na svojej webovej stránke uvádza približne 200 členov pôsobiach v rôznych regiónoch Slovenska. Na rozdiel od Slovenskej lekárskej komory, ktorá je zriadená štátom, ide o občianske združenie. Na internetovej stránke združenia sa uvádza, že jeho poslaním je *„podporovať, rozvíjať, zastupovať a obhajovať záujmy členov – homeopatov a homeopatie v Slovenskej republike. Združenie zastupuje záujmy členov voči orgánom štátnej moci, štátnej správy, miestnej a regionálnej samosprávy, súdnictva, iným inštitúciám a organizáciám, ako aj voči zahraničným inštitúciám pôsobiacim*

¹³ Pozri bližšie <http://www.homeoclinic.sk/sk/>

v oblasti homeopatie, najmä v Európskej centrálnej rade pre homeopatov (ECCH)¹⁴. Profesionálnym členom združenia sa môže stať fyzická osoba, ktorá je absolventom homeopatického vzdelávania zodpovedajúceho príslušným štandardom určeným Európskou centrálnou radou pre homeopatov, vykonáva homeopatickú prax a absolvovala najmenej dva semináre homeopatického vzdelávania v kalendárnom roku. Uchádzači o členstvo v komore musia okrem súhlasu so stanovami súhlasiť aj s dodržiavaním etického kódexu, v ktorom sa hovorí, že homeopatia je doplnková liečba a ponúka alternatívu pri niektorých chronických či náhlych ťažkostiach¹⁵. Podľa kódexu by homeopat navyše nemal posudzovať prácu alopatického lekára, komentovať jeho prístup, či upravovať jeho liečebné metódy. SKH sa zároveň snaží vystupovať smerom k verejnosti ako inštitúcia reprezentujúca záujmy všetkých homeopatov na Slovensku. V poslednom období sledujeme aj aktivity, pri ktorých sa s pomocou populárnych osobností z verejného života snaží o vplyv na verejnú mienku¹⁶.

V duchu neoweberského prístupu môžeme niektoré skutočnosti zdravotnej starostlivosti interpretovať v kontexte procesu uzatvárania a monopolizácie. Monopolizáciu je možné teoreticky uchopiť ako prostriedok, ktorým sociálne skupiny blokujú prístup ostatných k výkonu a realizácii určitej činnosti. Ako upozorňuje Collins (1990: 25), úspešný proces monopolizácie je charakterizovaný tým, že príslušníci určitého zamestnania začnú úplne kontrolovať výkon činností, môžu autonómne definovať pravidlá, na základe ktorých je možné túto činnosť vykonávať, ďalej začnú definovať spôsob vzdelávania a kontrolujú výkon činnosti v súlade s definovanými pravidlami. Prístup k privilegiám v tomto prípade reprezentuje aj vedecká oblasť medicíny, ktorá limituje aktivity ostatných, nekonvenčných medicínskych skupín. Na príklade homeopatie môžeme sledovať jeden zo spôsobov, akým sa nekonvenčné formy medicíny vyrovnávajú s monopolným postavením dominantného subjektu na poli zdravotnej starostlivosti a obmedzeným prístupom k ekonomickému a sociálnemu kapitálu. Predstavitelia niektorých homeopatických zoskupení na Slovensku sa inštitucionalizáciou svojej praxe, implementáciou vedeckej medicíny do vzdelávacieho procesu, unifikáciou postupov, vydávaním potvrdení o úspešnom absolvovaní štúdia, registráciou špecialistov a celkovou profesionalizáciou vzdelávania snažia nadobudnúť legitimitu a s tým súvisiace výhodnejšie postavenie v oblasti medicínskej starostlivosti.

Ešte výraznejší zdroj legitimizácie homeopatie v súčasnej spoločnosti súvisí s voľným predajom homeopatií v lekárňach. Prítomnosť homeopatických

¹⁴ <https://www.komorahomeopatov.sk/o-sk/stanovy>

¹⁵ Pozri bližšie <https://www.komorahomeopatov.sk/o-sk/eticky-kodex>

¹⁶ Pozri napríklad <http://strategie.hnonline.sk/media/783604-zname-osobnosti-v-kampani-propaguju-homeopatiu-pripad-riesi-rpr>

liekov v lekárňach umožňujú špecifické časti zákona o lieku a zdravotníckych pomôckach (362/2011 Z.z.), vychádzajúceho z európskej smernice (2001/83/ES)¹⁷. Štátny ústav pre kontrolu liečiv podľa tohto zákona určuje na humánne homeopatické lieky zjednodušený postup registrácie. To znamená, že pri registrácii homeopatických preparátov sa nevyžaduje toxikologicko-farmakologické a klinické skúšanie. Pri takomto type prípravku však musí byť na obale uvedené, že ide o homeopatický liek bez schválených terapeutických indikácií. Tento postup detailnejšie vysvetľuje spomínaná európska smernica, v ktorej sa píše: „So zreteľom na osobitné vlastnosti homeopatických liekov, ako je veľmi nízky obsah účinných látok, ktoré obsahujú, a na zložité používanie obvyklých štatistických metód týkajúcich sa klinických skúšok je žiaduce zabezpečiť osobitný zjednodušený registračný postup pre tie homeopatické lieky, ktoré sa umiestňujú na trh bez terapeutických indikácií v liekovej forme a v dávke, ktoré pre pacienta nepredstavujú žiadne riziko.“ V praxi to potom vyzerá tak, že veľkú časť homeopatických liečiv je možné u nás zakúpiť bez lekárskeho predpisu u viacerých poskytovateľov liekov. Predaj homeopatických liekov v našich lekárňach sa v priebehu posledných rokov stabilizoval a z každoročného prehľadu spotreby liekov dokonca vyplýva, že dochádza k miernemu poklesu v počte predaných balení a aj celkovej úhrady za homeopatiká.

Tabuľka č. 6: **Predajnosť homeopatík bez receptu v rokoch 2014 – 2016**¹⁸

	2014	2015	2016
Množstvo liekov v baleniach	578 941,9	552 265,9	471 713,5
Celková úhrada v €	2 960 535,8	2 960 142,2	2 659 516,8

V tomto kontexte treba dať do pozornosti aj skutočnosť, že v rámci homeopatie existuje jeden smer, podporovaný predovšetkým veľkými farmaceutickými firmami, ktorý sa zameriava na využívanie viaczložkových liekov pre konkrétne typy diagnóz. Na rozdiel od rozšíreného homeopatického postupu, pri ktorom sa výber liečebného preparátu odvíja od konkrétnych či konštitutívnych charakteristík jednotlivca, pri tejto metóde sa kladie dôraz na dopredu pripravený produkt pokrývajúci všeobecné charakteristiky choroby. Hoci to odporuje Hahnemannovej teórii jedného konkrétneho lieku a niektoré homeopatické školy ho priamo odmietajú (1. KKH), teší sa v súčasnosti asi najväčšej obľube medzi ľuďmi.

Som presvedčená, že pokiaľ má človek len nejaký menší zdravotný problém, nie je potrebné hneď bežať za lekárom. V lekárňach je množstvo homeopatík na rôzne prob-

¹⁷ Pre celé znenie smernice pozri: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83_cons2009/2001_83_cons2009_sk.pdf

¹⁸ Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, Spotreba liekov a zdravotníckych pomôcok v SR 2014 – 2016.

lémy a nie je problém si ich kúpiť bez predpisu. Viac krát to pomohlo mne, aj mojej rodine. (žena, užívateľka homeopatie, 28 rokov)

Ja osobne tieto lieky (viaczložkové homeopatiká – pozn. autorov) nerád odporúčam pacientom. Neriešia totiž podstatu problému a zameriavajú sa len na niektoré príznaky. Ale nemám problémy s tým, že ich ľudia vyhľadávajú a často pomôžu pri akútnych problémoch. (muž, aktívny homeopat, 43 rokov)

Záver

Záujem o rôzne podoby CAM je aj u nás značný a je možné predpokladať, že bude v budúcnosti ešte narastať. V našej štúdii sme poukázali na skutočnosť, že v porovnaní s inými európskymi krajinami na Slovensku abscentuje ucelený výskum, ktorý by detailnejším spôsobom pokrýval špecifické problémy súvisiace s CAM ako sú napríklad rôzne spôsoby využívania nekonvenčnej medicíny, spokojnosť s týmito službami či miera, v akej dochádza u ľudí ku kombinácii rôznych medicínskych postupov. Ukazuje to aj analýza základných súvislostí kladného hodnotenia CAM a využívania CAM na Slovensku. Na základe dát z výskumu ISSP Zdravie sme dokázali identifikovať niektoré súvislosti zvyšujúce možnosť príklonu k liečebným postupom mimo hlavného prúdu medicíny. Spomeňme najmä vyjadrenú nedôveru k lekárom, prítomnosť chronického ochorenia a súhlas s výrokom, že lekárom ide len o vlastný prospech. Taktiež sme na príklade výskumu dôvery k homeopatickým liekom preukázali, že aj v tomto prípade platia zistenia overené aj v zahraničných výskumoch, konkrétne, že najmä mladší, vzdelanejší a ženy prejavujú vyššiu mieru dôvery k tomuto typu starostlivosti o zdravie. Zároveň nám však analýza neumožnila ísť do väčších podrobností a objasniť niektoré špecifiká CAM naviazané na situáciu v Slovenskej republike. Tieto a mnohé ďalšie otázky tak predstavujú najväčšiu výzvu do budúcnosti pre sociálne vedy zaoberajúce sa problematikou súčasného medicínskeho pluralizmu.

Na príklade homeopatie na Slovensku sme si ukázali, že prostredie CAM sa transformuje a vyvíja v snahe nadobudnúť vyššiu mieru legitimacy nielen v medicínskom prostredí, ale i na celospoločenskej úrovni. Pri pohľade na niektoré krajiny s dlhšou históriou pôsobenia CAM ako je Slovensko je však vidieť, že proces legitimizácie a integrácie môže trvať pomerne dlhé obdobie a nemusí v konečnom dôsledku znamenať reálnu zmenu postavenia. Dôkazom je postavenie akupunktúry v niektorých krajinách západnej Európy, ktorá aj napriek výraznému posunu smerom k vedeckej medicíne stále nemôže byť považovaná za plnohodnotnú súčasť zdravotnej starostlivosti. Z príkladu implementácie vedeckých poznatkov do výučbového procesu homeopatov v rámci niektorých škôl, či využívania viaczložkových liekov pre konkrétny typ diagnózy je zreteľná navyše tendencia o vytvorenie vedeckého obrazu homeopatie. Súvisí to so spoločenským dopytom a zvyšovaním atraktívnosti ponúka-

ných služieb, ako ukázal i projekt CAMbrella, zatiaľ najrozsiahlejší výskum zameraný na mapovanie aktuálnej situácie CAM v Európe¹⁹. Potvrdzuje nielen to, že pomerne veľké množstvo populácie v západnom svete má pozitívny postoj ku CAM, ale i to, že ľudia požadujú efektívnejšiu a transparentnejšiu reguláciu špecialistov CAM, či intenzívnejšie prepájanie poznatkov biomedicíny s prístupmi komplementárnej, alternatívnej a tradičnej medicíny. Reálna prax navyše ukazuje trend hybridizácie medicínskych postupov, keďže podobne ako praktici CAM preberajú do svojich postupov biomedicínske prvky, tak atestovaní biomedicínski lekári rozširujú ponuku svojich služieb aj o metódy komplementárnej a alternatívnej medicíny. Viacero lekárov vo svojej klinickej praxi využíva aj prvky homeopatie či dokonca ich kombinujú so zaužívanými biomedicínskymi postupmi. Napriek tomu, že plná integrácia do zdravotníckeho systému je v krátkodobom časovom horizonte nepravdepodobná, súčasné nerovnomerné postavenie vedeckej medicíny a CAM dáva tušiť ďalšie posuny v tejto sfére.

Ivan Souček aktuálne pôsobí ako odborný asistent na Katedre sociálnych štúdií a etnológie Filozofickej fakulty UMB v Banskej Bystrici. Jeho primárnym profesijným záujmom je medicínska antropológia a antropológia náboženstva. Intenzívne sa zaujíma aj o problematiku transformácie ľudových foriem liečiteľstva na Slovensku či výskyt nových foriem komplementárnej a alternatívnej medicíny ázijskej proveniencie u nás. Na tieto témy publikoval viacero vedeckých článkov a kapitol. Je autorom prvej a doposiaľ jedinej slovenskej monografie, ktorá sa zaoberá fenoménom nekonvenčnej medicíny z pohľadu sociálnych a kultúrnych vied. Osobne realizoval niekoľko kvalitatívnych terénnych výskumov doma i v zahraničí, zameraných na oblasť etnomedicíny a medicínskej antropológie.

Roman Hofreiter v súčasnosti pôsobí na Katedre sociálnych štúdií a etnológie Filozofickej fakulty UMB v Banskej Bystrici. Vyštudoval na Katedre sociológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity. Doktorát obhájil na Katedre sociológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. V súčasnosti sa venuje ekonomickej sociológii, sociológii práce a sociologickým teóriám.

LITERATÚRA

ADLER, S. R., 2002: Integrative Medicine and Culture: Toward an Anthropology of CAM. *Medical Anthropology Quarterly* 16, č. 4, s. 412-414.

¹⁹ Pre ďalšie výsledky projektu pozri záverečnú správu CAMbrella, Final Report Summary – CAMBRELLA (A pan-European research network for complementary and alternative medicine (CAM)) http://cordis.europa.eu/result/rcn/57185_en.html

- ALMEIDA, J., 2012: The Differential Incorporation of CAM into the Medical Establishment: The Case of Acupuncture and Homeopathy in Portugal. *Health Sociology Review* 21, č. 1, s. 5-22.
- ANYINAM, C., 1990: Alternative Medicine in Western Countries: An Agenda for Medical Geography. *The Canadian Geographer* 34, č. 1, s. 69-76.
- BAER, H. A., 2005: Social Scientific and Historical Studies of Complementary and Alternative Medicine in Anglophone countries. *Medical Anthropology Quarterly* 19, č. 3, s. 350-356.
- BARRETT, B., 2001: Complementary and Alternative Medicine: What's it all About? *WMJ* 100, č. 7, s. 20-26.
- BARRETT, B – MARCHAND, L – SCHEDER, J – PLANE, M. B – MABERRY, R – APPELBAUM, D – RAKEL, D – RABAGO, D., 2003: Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 9, č. 6, s. 937-947.
- BISHOP, F. L – YARDLEY, L – LEWITH, G. T., 2007: A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Health Psychology* 12, č. 6, s. 851-867.
- BISHOP, F. L. – LEWITH, G. T., 2008: Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristic and Health Factors Associated with CAM Use. *eCAM* 2010 (7/1), s. 11-28.
- CANT, S. – SHARMA, U., 1999: *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: Routledge.
- COLLINS, R., 1990: Changing Conceptions in the Sociology of Professions. In: Torstendahl, R. – Burrage, M. (eds): *The Formation of Professions*. London: Sage, s. 11-23.
- DALEN, J. E., 1998: Conventional and Unconventional Medicine: Can They Be Integrated? *Archives of Internal Medicine* 158, č. 20, s. 2179-2181.
- DŽAMBAZOVIĆ, R. – GERBERY, D., 2014: Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno ekonomický status ako determinant zdravia. *Sociológia* 46, č. 2, s. 194-219.
- EASTHOPE, G., 2003: Alternative, Complementary, or Integrative? *Complementary Therapies in Medicine* 11, č. 1, s. 2-3.
- EISENBERG, D. M., 2010: Trends in Integrative Medicine: A U.S. Perspective. *European Journal of Integrative Medicine* 2, č. 4, s. 160.
- ERNST, E. – FUGH-BERMAN, A., 2002: Complementary and Alternative Medicine: what is it all About? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 59, č. 2, s. 140-144.
- FOOTE-ARDAH, C. E., 2003: The Meaning of Complementary and Alternative Medicine Practices Among People with HIV in the United States: Strategies for Managing Everyday Life. *Sociology of Health and Illness* 25, č. 5, s. 481-500.
- FOURNIER, V., 2000: Boundary Work and the (Un)Making of Professions. In: Malin, N., (ed.): *Professions, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge, s. 67-87.
- FREIDSON, E., 2001: *Professionalism. The third logic*. London: Polity Press.

- GERHARDTOVÁ, A., 2011: EHIS 2009 – Európske zisťovanie o zdraví 2009. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky.
- GEVITZ, N., 1995: Alternative Medicine and the Orthodox Canon. *Mount Sinai Journal of Medicine* 62, č. 2, s. 127-131.
- HIRSCHKORN, K. A. – BOURGEAULT, I. L., 2005: Conceptualizing Mainstream Health Care Providers Behaviours in Relation to Complementary and Alternative Medicine. *Social Science & Medicine* 61, č. 1, s. 157-170.
- HORVÁTHOVÁ, E., 1987: K vývoju etnomedicíny na Slovensku. In: Mistrík, J., (ed.): *Studia Academica Slovaca* 16. Bratislava: Alfa, s. 151-166.
- HLAVATÝ, T. et al., 2011: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR.
- CHORVÁT, I., 2006: K niektorým aspektom rodového prístupu k výchove detí a prácam v domácnosti. *Sociológia* 38, č. 1, s. 31-48.
- CHORVÁT, I., 2015: Ženy, muži a domáca práca na Slovensku: pretrvávajúce vzory alebo perspektíva zmeny. In: Chorvát, I. – Džambazovič, R., (eds.): *Rodina na Slovensku v teórii a vo výskume*. Bratislava: Stimul, s. 83-110.
- CHEZ, R. A. – JONAS, W. B., 1997: The Challenge of Complementary and Alternative Medicine. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 177, č. 5, s. 1156-1161.
- JOAS, H., 1996: *The Creativity of Action*. Chicago: University of Chicago Press.
- KAŠČÁKOVÁ, A. – NEDELOVÁ, G., 2010: Štatistické metódy pre spoločenské a humanitné vedy. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela.
- KELLER, J., 2010: *Nejistota a dôvera*. Praha: SLON.
- KELNER, M. – WELLMAN, B., 2003: *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*. London: Routledge.
- KIMMERLE, J. – GERBING, K-K. – THIEL, A. – CRESS, U., 2012: Exchange of Complementary and Alternative Medical Knowledge in Sport-related Internet Fora. *Sociology of Sport Journal* 29, č. 3, s. 348-364.
- KOVÁČ, P., 2008: Lekár a liečiteľia. *Via pract.* 5, č. 1, s. 44-45.
- KŘÍŽOVÁ, E., 2015: *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum.
- KŘÍŽOVÁ, E., (ed.) 2004: *Alternativní medicína jako problém*. Praha : Karolinum.
- LUMBERG, D. L. – GRANT, W. D. – HENDRICKS, S. R. – KAMPS, C. A. – DEWAN, M. J., 1995: The Physician and Unconventional Medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 1, č. 3, s. 31-35.
- MACARTNEY, J. I. – WAHLBERG, A., 2014: The Problem of Complementary and Alternative Medicine Use Today: Eyes Half Closed? *Qualitative Health Research* 24, č. 1, s. 114-123.
- PARSONS, T., 1939: The Professions and Social Structure. *Social Forces* 17, s. 457-467.
- PUKANČÍKOVÁ, T., 2011: História homeopatie na Slovensku. *Homeopatické zvesti* č. 2, s. 1-3.
- ROSS, A. I., 2012: *The Anthropology of Alternative Medicine*. London: Berg.
- ŘEHÁKOVÁ, B., 2000: Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis* 36, č. 4, s. 475-492.

- SHANKAR, D., 2010: Conceptual Framework for New Models of Integrative Medicine. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine* 1, č. 1, s. 3-5.
- SOPÓCI, J. – DŽAMBAZOVIČ, R. – GERBERY, D., 2015: Zdravie a zdravotná starostlivosť na Slovensku – nerovnosť v zdraví. Bratislava: Stimul.
- SOUČEK, I., 2015: Komplementárna a alternatívna medicína v teórii a praxi. Bratislava: IRIS.
- STONEMAN, P. – STURGIS, P. – ALLUM, N., 2012: Understanding Support for Complementary and Alternative Medicine in General Populations: Use and Perceived Efficacy. *Health* 17, č. 5, s. 512-529.
- SU, D. – LI, L. – PAGÁN, J. A., 2008: Acculturation and the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Social Science & Medicine* 66, č. 2, s. 439-453.
- WELSH, S. – KELNER, M. – WELLMAN, B. – BOON, H., 2004: Moving Forward? Complementary and Alternative Practitioners Seeking Self-regulation. *Sociology of Health and Illness* 26, č. 2, s. 216-241.
- WHO, 2005: WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Kobe: Center for Health Development.
- WHO, 2013: WHO Traditional Medicine Strategy: 2014 – 2023.
- ZOLLMAN, C. – VICKERS, A., 1999: What is Complementary Medicine? *BMJ* 319, č. 7211, s. 693-696.