

**Západočeská univerzita v Plzni**  
**Fakulta filozofická**

**Diplomová práce**

**Plzeň 2013**

**Jitka Skálová**

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie  
Studijní program sociologie  
Studijní obor sociologie

**Diplomová práce**

Alternativní postoje k biomedicínckému vědění

**Jitka Skálová**

*Vedoucí práce:*

PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.  
Katedra sociologie  
Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval (a) samostatně a použil (a) jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2013*

.....

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Jaroslavě Hasmanové Marhánkové, Ph.D. za vedení práce, připomínky, nápady a také za pomoc při kontaktování o.s. Rozalio. Dále děkuji své rodině a všem, kteří ochotně naslouchali mým četným úvahám nad prací. Jejich zájem a trpělivost mi pomohly utřídit mnohé z myšlenek.

## Obsah

1 Úvod.....	1
2 Teoretická část.....	3
2.1 Koncept biomoci a biopolitik v moderní společnosti.....	3
2.1.1 Povinnost očkování součástí disciplinární moci .....	6
2.2 Nová dimenze občanství .....	7
2.2.1 Biologické občanství .....	7
2.2.2 Kolektivní dimenze biologického občanství .....	9
2.2.3 Biospolečenství - biologicky aktivní občané .....	10
2.3 Proměna pozice jednotlivce v medicínském systému .....	12
2.4 Povinnost očkování medicínským pohledem .....	16
2.4.1 Historie očkování .....	16
2.4.2 Očkování v kontextu České republiky .....	17
2.5 Odmítání povinnosti očkování .....	18
2.6 Medicínský vs. alternativní diskurs povinnosti očkování .....	22
2.7 Občanské sdružení Rozalio .....	28
3 Empirická část .....	32
3.1 Výzkumná otázka .....	32
3.2 Strategie výzkumu .....	32
3.3 Vybrané sociodemografické charakteristiky respondentů dotazníkového šetření .....	34
3.4 Průběhy rozhovorů .....	39
3.5 Hlavní zjištění .....	43
3.5.1 Důvody odmítnutí/ odsunutí povinného očkování .....	43
3.5.2 Důvody odmítnutí/ odsunutí povinného očkování v kontextu nežádoucích účinků vaccín .....	51
3.5.3 Matky - nositelky expertního vědění .....	56
3.5.4 Povinnost očkování v kontextu českého zdravotnictví .....	60
3.5.5 Biologicky aktivní občané .....	69
3.5.6 Bioetika v kontextu vztahu lékař – pacient .....	75
4 Závěr.....	81
5 Použitá literatura a zdroje.....	85
6 Resumé	
7 Přílohy	

# 1 Úvod

V diplomové práci se zabývám tématem alternativního postoje k biomedicínskému vědění a to konkrétně *odmítáním povinnosti očkování*. Odmítání povinného očkování není zcela novým jevem v kontextu moderní společnosti, Česká republika se však potýká s tímto fenoménem zejména po roce 1989. Česká společnost po roce 1989 prochází politickou a sociální transformací, které se pojí se znovuobjevením otevřeného prosazování odlišných postojů a názorů v souladu s myšlenkami individuálních práv a autonomního rozhodování jedince jako jedné ze zásad liberalismu, tzn. svobody jako prioritní hodnoty života v demokratické zemi.

Přestože je očkování mnoha odborníky z řad lékařských autorit považováno za jeden z největších úspěchů lékařského výzkumu, ne všichni členové společnosti považují ochranu před infekčními nemocemi získanou vakcinací za jednoznačné pozitivum. Přestože systém povinnosti očkování má v kontextu Československa resp. České republiky dlouholetou tradici, v současné době se stále více rodičů zamýšlí nad tím, zda je pro jejich děti očkování skutečným přínosem nebo naopak přílišným zásahem do lidského organismu. Někteří z nich odmítají přijmout očkovací povinnost nařízenou státem, očkovací systém považují za příliš rigidní a preferují v otázkách péče o své zdraví a zdraví svých dětí svobodnou volbu, která by měla být součástí rozhodování na základě osobních preferencí každého jedince žijícího v demokratické společnosti.

Rodiče, kteří odmítají povinné očkování, jsou často majoritní společností a odborníky z oblasti vakcinace nahlíženi jako podivínští, alternativně zaměřeni jedinci, kteří ohrožují zdraví nejen svých dětí, ale zároveň celé společnosti a je přehlížena skutečnost, že v okolních státech není očkování založeno na systému povinnosti, ale dobrovolnosti. V těchto zemích však i přes dobrovolnost vakcinace existuje vysoká proočkovanosť dětí proti nejzávažnějším infekčním nemocem a zároveň odpovědnost za nežádoucí

post-vakcinační reakce nese stát, zatímco v České republice, kde je očkování státem nařízené, nese odpovědnost pediatr a rodič.

O výběru tématu jsem přemýšlela z několika rovin pohledu. Prvním z nich je již zmiňovaná aktuálnost tématu. Dále se mi toto téma jeví jako vhodné propojení sociologie – oboru, který studuji, s medicínským oborem epidemiologií, v němž již řadu let pracuji. Součástí mojí pracovní náplně je nejen statistika infekčních nemocí, ale zároveň i sledování proočkování dětské populace proti vybraným infekcím. Problematika odmítání očkování je relativně novým jevem v české společnosti a je podle mého názoru dobré nahlížet na tento problém jak z hlediska medicínského, tak sociologického.

Cílem mé práce je zmapování a hlubší náhled do důvodů a motivací vedoucí rodiče k odmítání povinnosti očkování a jejich osobních zkušeností s reakcí majoritní společnosti a odborníky, kteří očkování zajišťují či odmítání očkování následně řeší. Součástí výzkumné otázky bude i zaměření se na profil rodiče odmítajícího očkování. Budu hledat, zda není přítomna u rodičů odmítající povinnost očkování nějaká společná charakteristika.

V první části diplomové práce popíši teoretická východiska, ze kterých v práci vycházím - koncept biomoci, biologického občanství a to zejména v kontextu vztahu lékaře a pacienta. Další část bude věnována medicínskému diskurzu očkování, přičemž považuji za nezbytné popsat vznik odmítání očkování v souvislostech historického vzniku očkování samotného a vývoje povinnosti očkování a pro ucelenost problematiky celý fenomén zasazují do národní a nadnárodní úrovně. Následuje část empirická obsahující výzkumnou otázku, popis strategie výzkumu a nejzajímavější výsledky získané kvalitativní a kvantitativní analýzou dat.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Koncept biomoci a biopolitik v moderní společnosti

Zdraví a život jedinců byly vždy předmětem zájmu a kontroly ze strany státu. Zatímco v tradiční společnosti suverenita uplatňovala svou moc a kontrolu nad životem především skrze právo život ukončit, v 18. století dochází k proměně uplatňování kontroly života a zdraví jedinců, která je definována především na základě práva kultivace života – dochází k formování moderní biopolitiky [Foucault 2005: 215 - 216]. Foucault charakterizuje vztah mezi zdravím a formou moci a tento fenomén nazývá biomoc. Ve svém vysvětlení vzniku biomoci a biopolitiky odkazuje na základy, z nichž nové formy moci vycházejí - spojení individuálního chování a biologie, které jsou propojeny s otázkami národní politiky a moci [Foucault 1976 in Leach, Fairhead 2007: 37]. Dalo by se konstatovat, že moc se chopila zodpovědnosti za život, svoji zodpovědnost vztáhla k člověku a jeho životní podstatě. Došlo k převedení biologické substance člověka na úroveň státního zájmu a „státního vlastnictví“ [Foucault 2005: 215].

Formy moderní moci jsou dle Foucaulta [2000: 201] příliš těsné a ukládají jedinci nejen závazky, ale zároveň i omezení a zákazy. Individuální těla se nacházejí prostřednictvím technik (neboli biopolitiky) obracejících se k člověku jako k živé bytosti pod mocenskou kontrolou a managementem, který zasahuje do života jedince a zároveň do života celé populace, celé globální masy, Foucault tvrdí [2005: 217 - 221], že tento management zasahuje všechen *lidský druh*. Biopolitika zároveň zavádí kázeňské mechanismy, které bezpečně chrání před nahodilostí a regulují biologické procesy člověka. Biomoc pracuje s mechanismy sloužící k disciplinaci těla, přičemž konečným cílem je především kultivace života jedince [Parusniková 2000: 34]. Metody kontrol těl se staly během 17. a 18. obecnými formami ovládnutí. Prostřednictvím nich vznikají ve společnosti podřízená, vycvičená neboli poslušná těla [Foucault 2000: 201 - 202].



Moc v moderní společnosti lze identifikovat jako celospolečenskou síť vztahů nebo strategické pole mocenského působení [Foucault 1980 in Parusniková 2000: 133]. Biomoc, moc v moderní společnosti, se soustřeďuje obzvláště na zušlechtění a zkvalitnění života a to skrze tzv. kultivaci života. Středem zájmu je tak kvalitní a zdravá populace<sup>1</sup>, která prostřednictvím aktivní sebekázně jednotlivých individuí pečuje o zušlechtování svého života. Moc v moderní společnosti kontroluje a dohlíží na způsob žití populace tak, aby zvýšila a ochránila její kvalitu a rovněž proto, aby zabránila vzniku a zároveň odstranila nedostatky, které by mohly tuto kvalitu ohrozit [Foucault 2005: 215 - 235]. Biomoc lze definovat rovněž jako jistou formu moci či vědění, které se podílejí na formování společenského systému, ve kterém jsou jedinci nejen zdraví, ale také zabezpečení (*secure*) a v neposlední řadě jsou přínosem společnosti [Dreyfusa Rabinow 1989: 116 in Parusniková 2000: 133]. Tato forma moci není vykonávána jen přímými zástupci státu, ale vykonávají ji všichni, kteří disponují mocí nad existencí lidských bytostí. Moc nad životem v současné době zastávají autority z řad právníků, lékařů, vědců, kněží. „Tento vliv pramení z jejich spojení se suverenitou (státem), do kterého vstoupili“ [Agamben 1998: 122 in Rabonow, Rose 2006: 202].

Kvalitní život a zdraví jsou v současnosti převažujícím diskurzem, který ovlivňuje utváření a pojetí našich identit. Dominantní diskurz zdraví a rozličná témata, která se s ním pojí, vstupují do společenského prostoru z různých směrů. Lze mezi ně zařadit programy týkající se prevencí nebo zdravotně-osvětových kampaní, které však již nejsou zahajovány a prezentovány pouze státem. Diskurz zdraví je v současné době stále více ovlivňován obchodními zájmy [Parusniková 2000: 131]. Jak Parusniková dále tvrdí, k náležitému chování jsme vyzýváni ve jménu dobrého zdraví, které jde ruku v ruce s prodloužením kvalitního života a naopak negativní postoje k potřebnému kvalitnímu zdraví vedou k životu depresivnímu a plnému stresových situací.

---

<sup>1</sup> V případě povinnosti očkování bez infekčních často smrtelných nemocí.

Kvalitní život a „zdraví se tak stává morální povinností civilizovaného jedince“ [Parusniková 2000: 132].

V moderní společnosti se předpokládá samozřejmá internalizace hodnot spojených se zdravím, prevencí a preventivními opatřeními, které nesou konotaci civilizovanosti, normality a morálky. Lidem, kteří tyto hodnoty odmítají přijmout, hrozí společenská diskvalifikace [Parusniková 2000: 139]. Samotný projekt biopolitiky dohlíží na zdravotní nezávadnost - body politics nevyhnutelně vyžaduje kontrolu těl a odstranění tzv. cizích těl [Rose 2001: 2]. V pozdně moderních, demokraticky liberálních společnostech, charakteristických svobodnou volbou jako prioritní hodnotou života ve společnosti ve vztahu s autonomním rozhodováním každého jejího člena dostává termín svoboda poněkud jiný nádech. Lidé prostřednictvím internalizovaných hodnot jednají zdánlivě svobodně a „svoboda je zde souborem praktik, které jsou součástí [...] sebedisciplíny“ [Petersen a Lupton 1996: 159 in Parusniková 2000: 139].

Foucault tedy poukazuje zejména na tu skutečnost, že moc si uzurpuje právo zasahovat do toho, *jak* by člověk měl žít a *jak* by měl svůj život vést. Zároveň se soustředí na vtáhnutí života každého jedince do systému politiky a vlády a jeho začlenění do administrativních struktur státu. Biomoc řídí a kontroluje jedince a celou populaci pomocí subtilních a neviditelných mechanismů, které ji napomáhají v regulaci populace a také v její manipulaci - tyto jemné mechanismy jsou šířeny pomocí byrokratických aparátů, které jsou nedílnou součástí moderního státu [Parusniková 2000: 133]. „*Biomoc tak integruje život do oblasti politiky a vládnutí – stává se správou zdraví*“ [ibid]. Politickým zájmem moderního státu je zájem zejména ekonomický, intervenovaný do oblasti zdraví ve smyslu nákladů na špatné zdraví, ušlý zisk v případě nemocenské dovolené a zároveň zájem morální, znamenající potřebu omezit nerovnosti v oblasti zdraví a následné interpretace ve formě veřejných ukazatelů ukazující úspěšnost politiky spravující zdraví populace [Rose 2001: 5 - 6].

### 2.1.1 Povinnost očkování součástí disciplinární moci

Součástí disciplinární moci a biopolitiky je také zdravotní a hygienický systém, které pomocí kázeňských a regulačních mechanismů zajišťují optimálnost biologických procesů populace [Foucault 2005: 222 - 225]. V tomto smyslu se dle Foucaulta stává medicína<sup>2</sup> „[...] jistou politickou a intervenční technikou, jež působí současně na tělo a populaci, na organismus a biologické procesy a jež má ukázněující a regulativní důsledky“ [Foucault 2005: 225 - 226]. Očekává se, že lékaři, najímaní státem, městem, panstvím či obcemi budou upřednostňovat spíše zájem ochrany veřejného zdraví než zájem individuální léčby nemocného [Křížová 2006: 16].

Intervenční techniky působí na tělo a populaci a donucují jedince k *povinné* účasti na prevenci svého zdraví, jedná se o formu biopolitiky, která „kombinuje zdravotní a administrativní metody v péči o populaci; zdraví je politizováno a zařazeno jako priorita vládních programů<sup>3</sup>“ [Parusniková 2000: 135]. Ke zvyšování úrovně zdraví jsou nezbytné podrobné znalosti o dané populaci. K tomu je zapotřebí shromažďovat informace o populaci vypovídající a zároveň tyto informace třídít a interpretovat. Tříděním vzniklé kategorie jsou předmětem péče a regulace, jejichž cílem je zlepšení života. „Cílem biopolitiky je společnost zabezpečení a blahobytu (*welfare society*), která poskytuje všem jednotlivcům základní sociální jistoty, ve kterých hraje klíčovou úlohu systém všeobecné zdravotní péče (*public health*)“ [Parusniková 2000: 135]. Tato technika však v konečném důsledku podřizuje, ukázněje a kontroluje jedince ve společnosti, neboť samotný systém všeobecné zdravotní péče spatřuje ve společnosti celek charakteristický systematičností a racionalitou, ve kterém jsou jedinci zajedno registrováni a zároveň se s nimi nakládá jako s jednotkami

---

<sup>2</sup> „Medicína je možná nejstarší místo, kde je možné pozorovat hru pravdy, moci a etiky ve vztahu k subjektu a možnosti kvalitního a [...] vzkvétajícího života“ [Rabinow, Rose 2006: 200].

<sup>3</sup> Jako příklad je možné uvést Usnesení vlády České republiky o *Národním akčním plánu na zvýšení proočkování proti sezónní chřipce v České republice*, ze dne 10. 8. 2011. Nejedná se sice o povinné očkování proti chřipce, ale o očkování doporučené, které by na podzim každého roku mělo podstoupit co nejvíce lidí a to zejména z tzv. rizikových skupin, tj. lidí s chronickými onemocněními dýchacích cest, srdce a cév.

používanými v abstraktních statistických analýzách. Parusniková [2000: 135 - 136] však také upozorňuje, že tento model společnosti je daleko od ideálu, opravdu nežijeme v disciplinované společnosti, ale ve společnosti disciplinární. Nicméně biomoc se snaží skrze subtilní disciplinární techniky tuto společnost a její populaci usměrňovat a v neposlední řadě kontrolovat.

Zřejmě však není úplně akceptovatelné interpretovat povinnost očkování výlučně v negativním slova smyslu, tedy *pouze* jako prostředek k usměrnění a kontrole populace. Ambivalence přístupů je typickým znakem současné moderní společnosti: „Tento systém bezpochyby přinesl ohromné zlepšení životních podmínek a zdravotního stavu celé populace, [...] tento fakt Foucaultova filozofie nikdy neznevažuje. Ukazuje nám však i «druhou stránku mince», a sice že populace je také těmito systémy jistot kontrolována. Bezpečí je «vykoupeno» poslušností“ [Parusniková 2000: 135].

## **2.2 Nová dimenze občanství**

### **2.2.1 Biologické občanství**

Individuální lidská práva, stejně jako mnoho dalších konceptů či fenoménů, prošla v posledních letech důsledkem transformace společnosti proměnou a lze konstatovat, že v současnosti lidská práva disponují novou dimenzí - dimenzí biologickou. V minulosti byla práva politická, sociální a právní spojena s povinnostmi jednotlivců, kteří byli součástí dané politické jednoty. V současné době se zdá, že každý člověk vlastní práva pouze na základě své existence jakožto lidské bytosti. Jedinci tak získali druh biologického občanství, které značí univerzální právo ochrany života lidské bytosti a zároveň její důstojnosti. Z těchto argumentů lze vyvodit to, že v termínech biologické etiky má život každé lidské bytosti stejnou cenu. Avšak různé postupy a techniky ukazují, že biologické životy jednotlivých bytostí jsou neustále předmětem hodnotových soudů. Je zřejmé, že vstupujeme do věku eticky politické, biologické a genetické zodpovědnosti [Rose 2001: 22].

Nejen individuální lidská práva či občanská práva, ale také samotné občanství disponuje poměrně novou dimenzí - dimenzí biologickou. Vývoj občanských práv můžeme sledovat od jejich vzniku v 18. století, po zahrnutí politické dimenze občanství v 19. století až po rozšíření o sociální dimenzi ve 20. století. V současné době, která je charakteristická značným vývojem biotechnologií a biomedicíny, se formuje nový druh občanství - občanství biologické. Zatímco v dřívějším období bylo občanství politické či sociální založeno především na národnostním rozměru a hlavní ideou koncepce občanství byla myšlenka jednotného národního státu, kulturně a nábožensky sjednoceného s jasnými a vymezenými hranicemi ekonomiky a politiky, dnes již nelze národ definovat na základě kulturní, náboženské, politické a hospodářské jednoty. V současnosti, charakteristické mimo jiné procesy globalizace a migrace, již není možná jednoznačná definice občanství na základě národnosti [Rose, Novas 2003: 1].

Také pohled do historie podporuje tezi o zohledňování biologických prvků, tedy myšlenek rasy a eugeniky v tvorbě konceptu občanství. Demografické statistiky rovněž dokládají tu skutečnost, že vize občanství nezřídka zohledňovala biologické, rasové či krevní aspekty, tento fenomén, i když v jakési primární podobě, můžeme pozorovat již od 18. – 19. století. Spojení národa a biologie se projevovalo zejména v uvažování o rozdílech mezi národy ve vztahu k schopnosti nadřazení a (ne)ovládání jedněch národů druhými. Tyto představy byly vybudovány na základě biologické taxonomie<sup>4</sup> a to jak na úrovni individuů, tak kolektivů a následně předávány napříč generacemi [Rose, Novas 2003: 3]. Na základě těchto argumentů Rose a Novas [ibid] tvrdí, že termín „biologické občanství“ odkazuje k popisu konceptu, který zahrnuje všechny formy občanství, jejichž podstata je determinována náhledem na biologickou existenci lidských bytostí jako na

---

<sup>4</sup> Taxonomie je vědní disciplína zabývající se klasifikací organismů. Jejím cílem je klasifikovat všechny známé biologické skupiny neboli taxony podle určitých pravidel do jednotlivých hierarchicky uspořádaných biologických kategorií. V širším slova smyslu se taxonomie překrývá s biologickou systematikou, která studuje nejen klasifikace, ale také obecné principy variability, její příčiny a důsledky [Stace 1989: 5].

autonomní jednotky, stejně jako na existenci komunit zahrnující rodiny a rody a na existenci populace, rasy a druhu. Biologické občanství se obdobně jako jiné typy občanství transformuje a reteritorializuje skrze národní, lokální a nadnárodní dimenze. Nahlížení na existenci lidských bytostí na úrovni biologických premis tak zcela zřejmě souvisí s pojmy občanství a zároveň s vytvářením projekcí občanství a to jednak na úrovni jednotlivce a současně na úrovni národních států.

Koncept biologického občanství je konceptem současně individualizujícím a také kolektivizujícím. Individualizující rozměr konceptu odkazuje k somatickým znalostem vlastního těla a napomáhá vytváření individuální odpovědnosti za svůj život. Kolektivní rozměr konceptu vychází z pojmů vážících se k tělesným problémům a rizikům, které vytvářejí základy k sjednocení jedinců [Rose, Novas 2003: 5 - 6]. Kolektivní dimenzi biologického občanství se detailněji věnuje následující kapitola.

### **2.2.2 Kolektivní dimenze biologického občanství**

Kolektivy vznikající na biosociálním základě se formují kolem společně sdíleného biologického pojetí identity. Mnohé z kolektivů založených na biologické dimenzi přitom odmítají převládající lékařské vědění a lékařské pravomoci, zároveň odmítají přijmout podřazenou a pasivní pozici pacienta. Některé z kolektivů nejsou striktními odmítači lékařského vědění, ale spíše usilují o prosazení alternativního postoje k lékařským poznatkům. Aktivity těchto biosociálních seskupení mají povahu rozličných kampaní usilujících především o lepší informovanost či náležité zacházení ze strany lékařských autorit. Na veřejně pořádané kampaně často navazují veřejné spory rozmanitého druhu diskutující zejména zkušenosti tělesnosti a etické důsledky, které z prožitých zkušeností vyplývají. Všechny jmenované okolnosti otevírají prostor pro diskuze nad příslušnými pravomocemi a nad odpovědností veřejných orgánů a jedinců samotných. Vznikají tak nové prostory pro politické debaty a nové styly aktivismu [Rose, Novas 2003: 5 - 7].

Nelze se tedy domnívat, že biologické aspekty člověka nesouvisí či nejsou nedílnou součástí národních a politických zájmů. Naopak, biologické zájmy člověka se stávají národní prioritou, což je viditelné například na různých příspěvkových programech zdravotních pojišťoven, které podporují zdraví a péči o něj. Genetické zvláštnosti každého národa se také v současnosti stávají klíčem pro pochopení vzniku a rozšíření některých specifických a závažných druhů chorob, kterými mohou být určité skupiny zhoubných karcinomů či psychických poruch. Vymezení populace na národní úrovni umožňuje nejen pochopení specifických patologických odchylek, ale stává se rovněž zdrojem biomedicínkého využití. A politika právě proto, že funguje na základě vztahu ekonomiky a biologie člověka, zahrnuje silně normativní etické soudy, které diskutují nejen život samotný, ale také jeho konec. „Politická ekonomie zdraví, se pak skládá ze vztahů mezi státním aparátem, vědeckými a lékařskými poznatky, činností komerčních podniků a se zdravím souvisejícími potřebami jednotlivců“ [Rose, Novas 2003: 7 - 29].

Lze identifikovat mnoho kolektivů sdružující se kolem své biologické identity. Jsou to například jedinci s vysokým cholesterolem, predispozicí ke karcinomům různého typu, vyznačující se mentální poruchou či rodiče odmítající povinnost očkování [Rose, Novas 2003: 12 - 13]. V České republice se rodiče odmítající povinnost očkování sdružují v občanském sdružení Rozalio. Občanské sdružení Rozalio je charakteristické nadnárodním přesahem - spolupracuje se zahraničními organizacemi rodičů, které se snaží o dosažení větší informovanosti v oblastech očkování, členové sdružení se účastní zahraničních symposií a konferencí a překládají cizojazyčné texty a publikace zaměřující se na otázky spojené s očkováním.

### **2.2.3 Biospolečenství - biologicky aktivní občané**

Po rozmachu internetu se objevilo velké množství komunit založených na biosociálním základě, které hojně využívají internet a to jednak ke sdružování a zároveň k četným diskuzím [Rose, Novas 2003: 19]. Na internetu

tak můžeme objevit mnoho webových stránek obsahující diskuze běžných uživatelů internetu zaměřující se na témata spojená se zdravím. Diskutující si předávají především osobní zkušenosti se zdravím a doporučení vhodná k řešení možných, zdravotních problémů. Rose a Novas [2003: 22] tvrdí, že tito „internetoví aktivisté“ byli jistými průkopníky aktivního biomedicínského občanství. Také „antivakcionisté“ využívají možnosti internetu a to zejména jeho schopnost obrátit se na ty rodiče, kteří hledají jakékoliv informace o očkování a to především informace o jeho bezpečnosti a negativních dopadech, které očkovací látky mohou na lidský organismus mít. Zvědaví rodiče jsou schopni požadované informace na internetu najít velmi rychle a snadno [Zimmerman et al. 2005].

Aktivismus a odpovědnost za své zdraví se staly nejen žádoucí, ale dokonce požadovanou morální povinností každého jedince. Ten je povinen vést svůj život odpovědně nejen kvůli sobě samotnému, ale zejména kvůli ostatním členům společnosti. Ti jedinci, kteří se odmítají ztotožnit se společností odpovědných občanů, jsou nahlíženi jako problémová část populace. Utváření různých forem biosociální závisí nejen na technologické vyspělosti a technologické dostupnosti každé společnosti, ale zároveň také na konkrétní koncepci a pojmání občanství ve vztahu s osobností každého jedince. Můžeme tedy pozorovat na různých místech světa různé druhy biosociálních vztahů a biosociálních občanství [Rose, Novas 2003: 22 - 23].

Vznik biologického občanství, které značí proces zviditelňování těla v biomedicínských pojmech, je spjat s formováním nových etických zásad, které se následně přesouvají do tržních vztahů. Nově utvářející se biologické hodnoty disponují dvěma dimenzemi - jsou etické a obchodní a to zejména proto, že život sám je komodita charakteristická značnou ekonomickou hodnotou, přičemž manipulace s ní povzbuzuje aktivní vztah k vlastnímu zdraví. Vznikají však nová etická dilemata v kontextu vztahů mezi ctností, vitalitou a bio–hodnotou. Etické principy tak řídí samotnou obchodní výměnu.



Obchodní transakce<sup>5</sup> charakteristické biologickou dimenzí jsou koncipovány v návaznosti na informovaný souhlas, který potvrzuje korektní etické zacházení s lidskými tkáněmi [Rose, Novas 2003: 36 - 37]. Etické principy v tomto smyslu jsou užitečné nejen k získávání cenných zdrojů, ale jsou také ekonomickým aktivem, na jehož základě je firma schopna budovat vztahy s jinými obchodníky, s nimiž následně uskutečňuje obchodní transakce [Rosell 1991 in Rose 2003: 34]. Etika se tak stává podstatnou pro produkci zdraví i bohatství [Rose, Novas 2003: 34 - 35].

### **2.3 Proměna pozice jednotlivce v medicínském systému**

Technologický a medicínský pokrok velmi značně ovlivnil a přispěl ke zpřesnění a rozvoji lékařské diagnostiky i následné léčbě nemocí. Zároveň však napomohl k ochladnutí vztahu mezi lékařem a pacientem a k vymizení fyzického kontaktu mezi nimi [Křížová 2006: 128 - 130]. Pacient se tak stává spíše jen zajímavým případem než konkrétním člověkem, který má fyzické nebo psychické potíže. Bez patřičné komunikace mezi lékařem a pacientem se tak pacient ocitá v nové a v pro něj neznámé situaci, která může být příčinnou pocitu úzkosti a strachu [Rucki 2000: 8; Heřt 1995: 11]. Lékařovou etickou povinností by však mělo být získání důvěry pacienta a sdělení všech okolností nemoci a případné léčby [Křížová 2002: 429]<sup>6</sup>.

Obecná etika aplikovaná na medicínské zásahy, tzv. bioetika, se dotýká vztahu lékaře a živé bytosti - pacienta. Samotný vztah mezi lékařem a pacientem je charakteristický svou zvláštní povahou. Na jedné straně stojí autorita lékaře, který pomocí objektivních medicínských poznatků pečuje o zdraví pacienta a na druhé straně stojí pacient očekávající od lékaře nejen péči, ale také určitou dávku lidské solidarity<sup>7</sup> [Ondok 1999: 46].

---

<sup>5</sup> Odběr krve, plasmy, dárcovství orgánů apod.

<sup>6</sup> V současné době je tato povinnost uzákoněna Zákonem 372/2011 Sb.

<sup>7</sup> „Solidaritou se v nejobecnějším smyslu rozumí pocit spojení, díky němuž jsou jiné lidské bytosti vnímány jako «jeden z nás»“ [Tailor 1997: 137].

„Mezilidská solidarita a vzájemný respekt musí být součástí vztahu mezi lékařem a jeho nemocným“ [Munzarová 2002: 25]. K profesionalitě lékaře náleží komunikace s pacientem, prostřednictvím které je schopen srozumitelně informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a péči o něj [Ondok 1999: 46]. Vztah mezi lékařem a pacientem, který prošel za poslední léta viditelnou proměnou od vztahu paternalistického ke vztahu, kdy pacient odmítá svou čistě pasivní pozici a naopak svobodně a autonomně rozhoduje o svém zdraví a péči o něj, lze zasadit do kontextu jedné z institucí ve společnosti, kterou je zdravotnictví. Zdraví člověka a péče o něj je svázáno s podmínkami společnosti, ve které člověk žije [Ondok 2005: 41]. „Zdravotnictví představuje medicínský, sociální a právní systém věcných a personálních prostředků, které slouží k uchování zdraví, respektive k boji proti nemocem“ [ibid].

Komplexní pohled na člověka jako pacienta však v současné době zaniká v důsledku přílišné specializace a technologizace medicínských oborů - tento jev může vyústit v nedostatečnost při naplňování psychosociálních potřeb pacientů. Dochází k situaci, kdy se u frustrujícího pacienta prohlubují psychosomatické obtíže avšak bez medicínsko-diagnosticky stvrzeného nálezu. Na základě uvedených argumentů lze konstatovat, že v těchto situacích klasická medicína, které se vytyká zejména její přetechnizovanost, dehumanizace a finanční náročnost, selhává [Rucki 2000: 8; Heřt 1995: 11].

Je zřejmé, že klasická medicína prochází krizí nedůvěry. Tento poznatek je identifikovatelný ve vzrůstající nespokojenosti pacientů s léčebnými intervencemi a samotným procesem vy/léčení - pokles důvěry jedinců v lékaře je víc než zřetelný [Inglis 1995: 8]. Zde můžeme hledat jeden z důvodů toho, proč nejen pacienti, ale obecně lidé, kteří žijí v západních společnostech, vyhledávají a zajímají se o alternativní a nekonvenční medicínu, prostřednictvím které pečují o své zdraví. Na jedné straně dochází ze strany lékařů k přeceňování biotechnologií a na straně druhé k podceňování psychologické stránky léčby, která má v léčebném procesu své opodstatnění.

Lékař příliš podrobně hodnotí laboratorní výsledky na úkor dialogu s pacientem - ten často touží jednak po tom, aby lékař pozorně vyslechl výčet zdravotních problémů, kterým musí čelit a současně od něj očekává povzbuzení nebo útěchu [Heřt 1995: 13]. Moderní medicína se tak odehrává mimo vztah lékař – pacient. V moderních, ale neosobních zdravotnických zařízeních pacient nezná lékaře a lékař pacienta. Lékař neví nic o tom, jak tento člověk žije, tento poznatek však může být klíčem k určení diagnózy [Hnízdil 2012: 6].

Stejně tak nekritické prezentování medicíny ve smyslu její všemocnosti týkající se úspěchů vyléčitelnosti neduhů všeho druhu a následná neschopnost lékaře zbavit pacienta banálních potíží jako například ekzému, bolesti zad a migrény vedou k jedincem vnímanému rozporu mezi deklarovanými a konkrétními úspěchy tradiční medicíny. Tento jev následně vede k nedůvěře v tradiční medicínu a zároveň k hledání pomoci jinde, tedy u medicíny alternativní<sup>8</sup> [Heřt 1995: 19 - 20].

Lze konstatovat, že v dnešní době dochází k otřesení víry v medicínu jako ve všemocnou instituci. Na fenomén pochybování v medicínu v tradičním slova smyslu a potažmo ve správnost povinného očkování můžeme nahlížet jako na pokles důvěry ve vědu obecně. Ulrich Beck [2002: 258 - 259] tvrdí, že věda se v rámci reflexivní modernizace<sup>9</sup> stává zdrojem příčin problémů ve společnosti. Veřejné mínění společnosti kriticky hodnotí nejen úspěšně dosažené cíle medicíny, na miský vah proti nim klade také její neúspěchy a nesplněné sliby. Nedílnou součástí úspěchů vědy je dle Becka její kritika, přičemž se vědecké poznatky stávají stále méně dostačujícími pro společenskou definici pravdy.

---

<sup>8</sup> Jednou ze základních myšlenek alternativní medicíny je zpochybňování medicíny tradiční a zejména zásluh klasického lékařství na vymýcení infekčních chorob [Inglis 1995: 313 - 315].

<sup>9</sup> Podle Becka reflexivní modernizace, která je charakteristikou dnešní společnosti, sama sebe neřízeně a nepředvídatelně identifikuje jako problém a tím podkopává samotnou modernizaci. V kritické reflexi zpochybňuje ty principy, na kterých sama stojí [Beck 1994: 176].

Pro samotné lékaře je poněkud nesnadné přijmout za fakt tu skutečnost, že alternativní medicína se stává reálnou součástí dnešní doby. Alternativní medicína z jejich pohledu nesplňuje kritéria vědy, ke kterým je lékař vázán skrze profesní povinnost a to především z toho důvodu, že předpoklady teoretických vysvětlení jsou nedostatečné a alternativní medicína tudíž nemůže být zahrnuta do kategorií postupů vycházejících z vědeckých poznatků. Do těchto kategorií nespadá zejména vzhledem k nemožnosti efektivní kontroly klinického hodnocení spolehlivosti léčebných metod. Moderní věda založená na principech přírodních věd disponuje nespornou legitimní podstatou, která slouží jako opora vývoje a úspěchu moderní medicíny. Moderní věda je charakteristická spolehlivostí a chrání obě strany – lékaře, kterému vymezuje mantinely standardizovaných postupů (*lege artis*<sup>10</sup>) a zároveň chrání i pacienta, a to zejména před přílišným experimentováním ze strany lékaře [Křížová 2002: 425].

Spolu s pokrokem vědy a to jak genetiky a molekulární biochemie, tak humanitních disciplín, přispívá fenomén frustrace k proměně konceptu zdraví a nemoci, a stejně tak přispívá k jeho individualizaci. Rozhodování lékaře je problematické existující pluralitou řešení a zároveň respektováním individuální volby nemocného, která je ovlivňována osobními hodnotovými postoji, preferencemi a touhami. Medicínská a lékařská problematika disponuje značnou komplikovaností, které jistě není schopen rozumět jedinec, který medicínu nestudoval, a je pravděpodobné, že laické vidění mívá dispozice k opomíjení některých důležitých faktů, tudíž k jistému, částečnému zjednodušování. Zároveň je potřeba se ptát, jak dalece je zájem laiků o své zdraví legitimní. Odpověď na tuto otázku je jednoznačně kladná [Křížová 2006: 128 - 130].

---

<sup>10</sup> Mezi důležité medicínské normy náleží postup „*lege artis*“. „Ten vyjadřuje, že lékařský zásah je v souladu se známými a dostupnými vědeckými poznatky i provozovanou praxí – bývá předkládán jako postup «podle pravidel (lékařského) umění», «zákonným způsobem» nebo «podle zákona», i když se nejedná o konkrétní právní předpis, ale o odborné medicínské pravidlo. Neznačená to však, že jako *lege artis* je prohlášen jediný postup – zcela naopak jako *lege artis* mohou být posuzovány různé terapeutické přístupy či jejich modifikace“ [Křížová 2006: 44].

Jak upozorňuje Blume [2006: 639] charakteristikou dnešní doby je individualismus s důrazem na respektování autonomie jedince, jeho lidských práv a svobodných voleb. Tyto skutečnosti dle něj pravděpodobně souvisí rovněž se změnou postoje k veřejnému zdraví. Žijeme v době, kdy jsou členi společnosti neustále upozorňováni na to, že by jejich vztah k systému zdravotní péče měl být založen na aktivní a zároveň kritické spotřebě, kdy jedinci přebírají zodpovědnost za své vlastní zdraví. Blume se zamýšlí nad tím, zda tato ideologická změna nemůže být také příčinou vzniku kritických postojů k očkování. S důrazem na individuální práva a povinnosti dochází k nárůstu vzdělaných rodičů, přistupujících k medicínskému vědění pomocí kritického smýšlení. Nejenže mají k dispozici velké množství informací, ale často se nacházejí v situacích, kdy nejsou zcela spokojeni s přístupem lékařů neakceptujících jejich individuální práva a volby. Dle Bluma tak vzniká ideologický konflikt nacházející se v samém jádru veřejného zdraví. Tento konflikt je založen na skutečnosti vyplývající z opozičního postoje individuálních práv a odborného diskurzu veřejného zdraví.

## **2.4 Povinnost očkování medicínským pohledem**

### **2.4.1 Historie očkování**

Zcela první základy úvah o možnosti očkování můžeme datovat do dob, kdy se zjistilo, že lidé, kteří prodělali a přežili infekční onemocnění, již podruhé tou samou nákazou neonemocní. První očkování<sup>11</sup> bylo provedeno v roce 1796 a jednalo se o očkování proti pravým neštovicím. V 18. století byly současně s velkými objevy v přírodních vědách a technice položeny základy mikrobiologie, hygieny a preventivní medicíny. V rámci opatření k zabránění šíření a přenosu onemocnění byly postupně objevovány očkovací látky proti vzteklině, choleře, tyfu a moru. Tyto objevy byly již produktem systematického vědeckého výzkumu a jsou spojeny se jmény proslulých vědců, jakými byli

---

<sup>11</sup> Očkování je prováděno pomocí aplikace očkovací látky (vakcíny), což je „preparát, který obsahuje antigeny (molekuly) jednoho či více patogenních organismů a po aplikaci člověku nebo zvířeti vyvolá protilátkovou odezvu a navodí tak vznik aktivní imunity“ [Beran, Havlík, Vonka 2005: 150 - 151].

Robert Koch<sup>12</sup> či Louis Pasteur<sup>13</sup>. Vývoj nových vakcín k prevenci a sér k léčbě infekcí se mohutně rozvíjel v meziválečném období. Na konci 2. světové války se již běžně připravovaly vakcíny proti záškrtu, dávivému kašli, tetanu, tuberkulóze a chřipce, tedy proti infekcím, proti nimž se běžně očkuje i v současnosti. Do 2. světové války se očkování provádělo cíleně u skupin, které byly ohroženy epidemiemi či u jedinců, kteří si mohli očkování finančně dovolit. Po 2. světové válce došlo k zavedení plošného očkování, zároveň k postupnému likvidování infekčních nemocí, přičemž za největší úspěch se považuje eradikace neboli vymýcení pravých neštovic a to na celém světě. Očkování je v současné době považováno za jeden z kvalitních způsobů ochrany před vážnými, často smrtelnými infekčními chorobami [Beran, Havlík, Vonka 2005: 139 - 145].

#### **2.4.2 Očkování v kontextu České republiky**

Československo respektive Česká republika je charakteristická dlouholetou tradicí v oblasti očkování. Československo jako první země na světě dokázalo pomocí celoplošného očkování eradikovat výskyt přenosné dětské obrny a zároveň bylo jistým novátorem v zavádění plošného očkování i proti dalším infekčním nemocem jako jsou např. spalničky, příušnice, zarděnky, záškrť, dávivý kašel apod. Historie očkování se v České republice datuje už od roku 1821, kdy se začalo s očkováním proti pravým neštovicím a to na základě císařského dokumentu. V roce 1953 bylo zavedeno povinné očkování dětí proti tuberkulóze [Beran, Havlík, Vonka 2005:193 - 194].

V České republice popisuje provedení povinného očkování vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem, která dělí očkování na pravidelné, zvláštní, mimořádné, očkování

---

<sup>12</sup> Robert Koch byl německý lékař, mikrobiolog, zakladatel oboru bakteriologie, objevitel původce cholery a tuberkulózy. Dostupné z [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1905/koch-bio.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1905/koch-bio.html). [Citováno 19. 4. 2012].

<sup>13</sup> Louis Pasteur byl francouzský chemik, zakladatel oboru mikrobiologie. Dostupné z [http://www.historylearningsite.co.uk/louis\\_pasteur.htm](http://www.historylearningsite.co.uk/louis_pasteur.htm). [Citováno 19. 4. 2012].

při úrazech a očkování na žádost. Absolvovat povinné očkování neznamená, že bychom se měli nechat naočkovat všemi dostupnými vakcínami. Tato povinnost očkování se vztahuje pouze na ty infekční nemoci, které by mohly v případě neočkování ohrozit celou populaci [Prymula 2011]. Pravidelné očkování ve znění vyhlášky zahrnuje očkování základní a přeočkování. Vyhláška zároveň stanovuje podmínky provedení očkování [s. 7282]. Ze zákonem stanovené povinnosti podrobit se očkování vyplývá, že povinné očkování je hrazeno státem, tudíž ze státem uložené povinnosti neplynou pro rodiče žádné finanční náklady. Zákon zároveň ukládá povinnost podrobení se očkování všem jedincům žijícím na území České republiky. Jedinou výjimkou ze zákona jsou osoby s tzv. trvalými kontraindikacemi [Petrov 2011: 10], tudíž s takovým časově neomezeným (tzn. trvalým) stavem jedince, který přímo vylučuje některé medicínské intervence [Hirte 2002: 72].

## **2.5 Odmítání povinnosti očkování**

Ne všichni jedinci žijící v naší společnosti se však ztotožňují s myšlenkou jednoznačně kladného významu očkování. Povinnost podrobit se očkování danou zákonem považují za zásah do autonomního rozhodování jedince. Reakce na odmítání očkování jsou z řad lékařských autorit vesměs negativní. Upozorňují především na rizika, která odmítání očkování přináší, jak upozorňuje předseda České vakcinologické společnosti Jana Evangelista Purkyně (ČSL JEP)<sup>14</sup> Roman Prymula: „Dnešní generace si už nepamatuje, že malé děti často umíraly na vážné choroby, a občas proto o očkování pochybuje. A to i přesto, že jiné alternativy pro boj s některými nemocemi dosud neexistují. Očkování patří bezpochyby vedle chlorování vody k nejúčinnějším preventivním veřejně-zdravotnickým opatřením v historii. Díky očkování byla řada infekčních onemocnění eliminována, či alespoň účinně kontrolována“ [Prymula 2011].

---

<sup>14</sup> Česká vakcinologická společnost Jana Evangelisty Purkyně se zabývá rozvojem v oblasti vakcinologie (neboli očkování), dostupné z <http://www.vakcinace.eu/vybor-spolocnosti>. [Citováno 1. 4. 2012].

Tabulka č. 1 Přehled onemocnění a úmrtí před a po zavedení očkování

<b>Dopady zavedení očkování v České republice</b>				
	<b>Před očkováním</b>		<b>Po očkování</b>	
<b>Onemocnění</b>	<b>Počet nemocných</b>	<b>Počet úmrtí</b>	<b>Počet nemocných</b>	<b>Počet úmrtí</b>
<b>Záškrt</b>	9 000	300	jednotky	0
<b>Spalničky</b>	50 000	50	10	0
<b>Černý kašel</b>	34 000	80	desítky	0
<b>Dětská obrna</b>	600	50	0	0
<b>Příušnice</b>	60 000	x	881	0

Zdroj: Prymula 2011

Odpor proti *povinnému* očkování není ve světovém měřítku jev nový a v současné době není také typický pouze pro Českou republiku. „Tento fenomén, jehož vznik se datuje na přelom 18. a 19. století, se objevil téměř okamžitě po objevení očkovacích látek a snaze ochránit populaci před infekčními nemocemi“ [Wolfe 2002]. Zatímco v době komunistického režimu byl odpor vůči autoritativním nařízením státu tvrdě stíhán, v porevoluční době dochází v České republice ke znovuobjevení se otevřeného prosazování odlišných postojů a názorů v souladu s myšlenkami individuálních práv<sup>15</sup> a autonomního rozhodování jedince jako jedné ze zásad liberalismu, tzn. svobody jako prioritní hodnoty života v demokratické zemi. Jedinci odmítají přijmout omezování svých osobních voleb z toho důvodu, že možnost svobodné volby by měla být zásadní součástí liberálně demokratického režimu a zasahování do svobodné volby je dle liberalismu považováno za nepřípustné a morálně nepřijatelné. Ukazuje se však, že svobodná jednání a svobodné volby jednotlivců ovlivňují strukturální faktory dané společnosti a to nejen v osobních přístupech ve zdraví, ale zároveň i v mnoha jiných oblastech [Calnan 2004]. Odpůrci povinnosti očkování tak především argumentují tím, že stát nemá právo stanovit povinnost autoritativním způsobem, neboť tím

<sup>15</sup> „Pojem individualismus označuje také to, co mnoho lidí považuje za nejobdivuhodnější vymoženost moderní civilizace. Žijeme dnes ve světě, v němž lidé mají právo sami si zvolit svůj vzor života a podle svého svědomí se rozhodnout, jaká přesvědčení chtějí zastávat [...]. Jen málo lidí se chce vzdát této vymoženosti“ [Tayler 1997: 20].



zasahuje do autonomních oblastí jedince, které jsou zaručeny ústavami moderních liberálně demokratických států [Petrov 2011: 11].

Sami odborníci na očkování nahlíží problém odmítání povinného očkování často ve spojitosti s nedostatečnou komunikací mezi lékařem a pacientem, tedy přesněji v tom, že lékař není schopen pacientovi či rodiči dostatečně vysvětlit pozitiva a možná negativa očkování. Kriticky hodnotí zejména automatický předpoklad zachování vysoké proočkovanosti z etapy socialismu do etapy po transformaci společnosti v roce 1989 [Janda, Škovránková 2003: 9]. Nadřazený vztah lékaře nad pacientem<sup>16</sup>, který byl v rámci daného vztahu původně spíše jen pasivním účastníkem v období tzv. státu blahobytu charakteristického především paternalistickými tendencemi, již není v současné době přijatelný. Odpovědnost za život a zdraví pacienta v tomto období nesl lékař sám [Jemelka 2008: 24], zatímco v současnosti nejen vztah mezi lékařem a pacientem, ale i základní pojmy vážící se k tomuto vztahu (péče o zdraví) procházejí proměnou. Za možné příčiny vzniku této proměny můžeme považovat obavy jedinců z přílišné rozpínavosti a zásahů státu do jejich svobodných voleb. „Dochází k přesunutí těžiště odpovědnosti z kolektivní na osobní, což klade požadavek větší otevřenosti medicíny vůči laické perspektivě“ [Křížová 2006: 46]. Zároveň se „vychází z předpokladu, že *informovaný pacient lépe spolupracuje* (což se týká i oblasti prevence)“ [Jemelka 2008: 24]. Nedílnou součástí dnešního vztahu mezi lékařem a pacientem je tedy svoboda a autonomní rozhodování jedinců (pacientů) o svém zdraví a péči o něj. Současné zdravotnictví tak z tohoto důvodu disponuje tzv. institutem informovaného souhlasu<sup>17</sup>, který náleží mezi základní

---

<sup>16</sup> Vztah takového druhu lze nazvat vztahem paternalistickým. Takto označený vztah nese negativní konotaci, protože pod pojmem paternalismus si představíme zejména lékařské autoritářství, přičemž lékař pacienta nebere příliš vážně, vnímá ho jako neautonomního a nesvéprávného jedince, jehož pozice je pasivní, tudíž bez vědomostí a schopnosti rozhodování. Přestože paternalismus je spojován spíše s negativní konotací, v ideálním typu je zcela ve shodě s hippokratovou tradicí, ve které je prospěch pacienta na prvním místě a v jeho zájmu lékař rozhoduje. Vztah byl vybudován na důvěře pacienta v lékaře a jeho schopnost správně se rozhodnout [Kuče 2007: 40 - 46].

<sup>17</sup> Právo na informovaný souhlas je v českém právním řádu zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, mezinárodní smlouvě podle čl. 10 Ústavy ČR, kterým je Ústavního zákona č. 1/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů [Petrov 2011: 11]. Současně také v zákoně 372/2011 Sb.

práva každého jedince (pacienta) během poskytování zdravotní péče. Znamená to, že každý jedinec (v tomto případě postupující očkování<sup>18</sup> či jeho zákonný zástupce) musí být předem seznámen s povahou zákroku a také s případnými možnými riziky či vedlejšími reakcemi, které mohou po zákroku nastat [Petrov 2011: 11]<sup>19</sup>.

Jak tvrdí Roman Prymula [2011], hrozba a blízkost úmrtí na infekční choroby zmizely lidem z podvědomí a zdá se, jakoby infekční nemoci přestaly existovat. Mnoho antivakcionistů v současné době nepovažuje očkování za nezbytné, ale naopak očkování považují za škodlivou intervenci do lidského organismu, která narušuje jeho integritu, ohrožuje jeho obranyschopnost a zaplavuje ho cizorodými a jedovatými látkami. „Přestože racionální odůvodnění zpravidla zcela chybí, posluchačů je dost, neboť je zaměňována demokracie s anarchismem či ideální společností, která nemá žádná omezení pro své občany“ [Prymula 2011].

*Odpůrci, odmítači* či *odpírači* vakcinace (očkování), tzv. antivakcionisté, jsou povětšinou organizováni nadnárodně. Tato hnutí zahrnují jedince z mnoha rozličných sociálních pozic, kteří jsou převážně vzdělanými a dobře informovanými spotřebiteli zdravotní péče a zároveň disponují komplexním zdůvodněním jejich přesvědčení, které lze charakterizovat jako směs světových názorů o životním prostředí získaných zejména prostřednictvím kritického čtení vědecké a alternativní literatury [Wolfe 2002].

Motivace aktivit zaměřených na zpochybňování medicíny a lékařství v tradičním slova smyslu<sup>20</sup> nejsou vždy zcela zřejmé. Zastánci povinného

---

<sup>18</sup> Nejen očkovaný jedinec, ale každý člověk, který se podporuje jakémukoliv lékařskému zásahu, musí být předem seznámen s povahou a důsledky lékařské intervence.

<sup>19</sup> Zákon 372/2011 Sb.

<sup>20</sup> Lékařství a medicínu v tradičním slova smyslu můžeme chápat v kontextu zdraví jako autoritativní vědění. „Autoritativní vědění je takové, které mezi paralelními systémy vědění získává převahu a stává se závaznou normou pro jednání v konkrétních situacích. Ustavování autoritativního vědění je neustálý sociální proces, který reflektuje a udržuje mocenské vztahy v rámci komunity jednajících, na které přitom působí jako přirozený nebo demokraticky dohodnutý řád věcí. Legitimizace jednoho typu vědění zároveň devalvuje nebo zcela potlačuje jiné systémy vědění. Jejich zastánce označuje jako zpátečnické, nepoučené nebo naivní potíživisty“ [Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 93].

očkovaní mnohdy zdůrazňují nízkou vědeckou hodnotu argumentace směřující proti očkovaní a naopak zdůrazňují jisté ekonomické profity stojící v pozadí publikací věnující se odmítání očkovaní, jak uvádí například Prymula: „Psaní publikací zaměřených na potírání očkovaní s omezenými vědeckými vstupy je nepochybně jednodušší než soupeření s celosvětovými vědeckými autoritami. Paradoxně se tato literatura mnohdy prodává lépe než oficiální doporučení a přináší autorům nemalý ekonomicky prospěch<sup>21</sup>“ [Prymula 2011].

V České republice se antivakcionisté sdružují do občanských sdružení, přičemž informace a zkušenosti z oblasti očkovaní si předávají nejen prostřednictvím četných diskuzí na internetu, ale také prostřednictvím pořádaných besed, seminářů a přednášek. V české společnosti jsou nejvíce aktivními v oblasti odmítání povinnosti očkovaní členové občanského sdružení Rozalio<sup>22</sup>. Lze konstatovat, že „svět vakcinace tak tvoří nové sociální vztahy a nové formy sociálna“ [Leach, Fairhead 2007: 162].

## **2.6 Medicínský vs. alternativní diskurs povinnosti očkovaní**

Během posledních třiceti let narostly mezi jedinci obavy z bezpečnosti vakcín. Rodiče žijící v industrializované společnosti odmítají nechat své děti očkovat. Tato situace vyvolává značné obavy na straně ochránců veřejného zdraví. Jakmile proočkovanost klesne pod 90 % populace, obávají se ztráty kolektivní imunity a otevření se prostoru pro šíření původců nález a násobení rizika onemocnět infekční chorobou [Blume 2005: 630].

Odmítavé postoje antivakcionistů k povinnému očkovaní jsou kritizovány většinou společností a zejména odborníky z oblastí prevence infekčních onemocnění. Kritika vesměs argumentuje tím, že antivakcionisté využívají

---

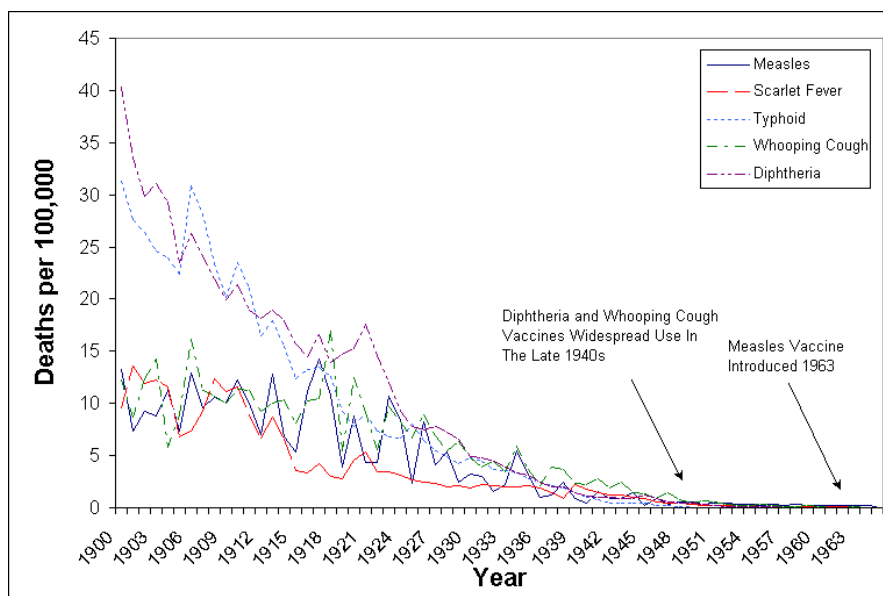
<sup>21</sup> Jenou z mnohých publikací je například kniha s názvem *Očkování - obchod se strachem* [2003] autora Gerharda Buchwalda, odborníka na očkovací problematiku v německy mluvících zemích, která upozorňuje zejména na rizika plynoucí z očkovaní a na vztah mezi očkovaním a chronickými chorobami, které se v současnosti vyskytují u populace v hojně míře; další knihou je publikace *Očkování pro a proti* [2002] od Martina Hirte, která poukazuje mimo jiné na provázanost povinnosti očkovaní s farmaceutickým průmyslem.

<sup>22</sup> Dostupné z <http://www.rozalio.cz/>. [Citováno 24. 1. 2012].

informací vytržené z kontextu a úmyslně opomíjejí pozitivní přínosy očkování [Petrov 2011: 11]. Žijeme však v postmoderní době, která je charakteristická pluralitou názorů, postojů a myšlenek. Pro postmoderní myšlení je charakteristické považování pravdy za relativní a zároveň kladení si otázek a hledání „jiné“ pravdy. Tak se snadno může stát, že k alternativním názorům se jedinci přiklánějí více než k názorům a poznatkům vědy [Zimmerman et al. 2005].

Veřejnost nebo spíše samotní antivakcionisté velmi citlivě reagují na jakoukoliv zmínku o negativních účincích očkování, ale jak tvrdí Prymula [2011] s komplikacemi, které po očkování mohou nastat, se musí počítat. Jejich počet dle Prymuly zdaleka nepřesahuje klady očkování, z nichž hlavním je vymýcení mnohých závažných a smrtelných chorob. Mezi nejčastěji zmiňované negativní účinky očkování patří způsobování chronických onemocnění, dále kontaminace vakcín pro organismus nežádoucími látkami a dočasnost jejich účinnosti. Antivakcionisté odsuzují konvenční medicínu pro její nedostatečnost a podporují medicínu alternativní. Používají emotivní rétoriku ve smyslu tvrzení o spiknutí, kamufláži, porušování občanských svobod, totalitarismu a nemorálnosti [Zimmerman et al. 2005]. Antivakcionisté současně odmítají nejsilnější argument používaný zastánci povinného očkování, kteří tvrdí, že očkování přispělo k poklesu úmrtnosti na smrtelné infekční nemoci, nebo k jejich vymýcení. K podložení relevantnosti odmítání tohoto argumentu často využívají komparaci vývoje úmrtnosti na nemoci, proti nimž se očkuje, s vývojem úmrtnosti na jiné infekční nemoci, proti nimž se neočkuje. Komparace znázorňuje podobný sestupný trend výskytu infekčních nemocí probíhající již dlouho před zahájením masového očkování.

Graf. č.1 Pokles incidence úmrtí na spalničky, spálu, tyfus, černý kašel a diftérii před a po zavedení vakcinace<sup>23</sup>



Časopis Pediatrics Journal v roce 2000 publikoval výzkum, který dokládá pokles incidence většiny infekčních nemocí jako záškrt, tetanus, obrna, dávnivý kašel, spalničky, chřipka, TBC a spála již před 2. světovou válkou, tedy před zavedením očkování. Jak antivakcionisté tvrdí, důvody pro ústup těchto nemocí mohou být jiné než zavedení očkování: lepší hygiena a čistá voda, lepší životní podmínky, ústup chudoby a hladu<sup>24</sup>.

V protikladných postojích a názorech zastánců očkování a antivakcionistů tak lze spatřit fenomén, který je jednou z nedílných součástí dnešní společnosti. Současnou společnost doprovází jistá dávka ambivalence, která se nevyhýbá ani medicínským zásahům. Medicínské zásahy mohou mít buď pozitivní, nebo negativní dopady anebo nejčastěji jak pozitivní tak negativní [Kuře 2007: 42]. Ambivalence v medicíně značí odlišnost dopadů určitých totožných technologií na pacienta, aplikování dané terapie pacientovi v určitém rozsahu pomůže a naopak mu může také uškodit ve smyslu

<sup>23</sup> Bystrianyk, R. Vaccines and Disease. Dostupné z <http://www.whale.to/a/bystrianyk3.html>. [Citováno 11. 5. 2012].

<sup>24</sup> Dostupné z [http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-ockovaci-povinnost-jinyrna-ocima-f18/p\\_veda.asp?c=A100817\\_175013\\_p\\_veda\\_wag](http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-ockovaci-povinnost-jinyrna-ocima-f18/p_veda.asp?c=A100817_175013_p_veda_wag). [Citováno 11. 5. 2012].

negativních vedlejších účinků. „Medicínská ambivalence se ve svém důsledku projeví v podobě morální ambivalence při medicínském rozhodování. [...] Medicínská nejednoznačnost a etická ambivalence umocňují obtížnost rozhodování v medicíně“ [ibid].

V diskurzu pozitiv a negativ očkování můžeme taktéž identifikovat polemiku mezi individuálním a kolektivním právem, v tomto případě mezi právem každého individua na autonomním a nezávislém rozhodování ve věcech tělesné nedotknutelnosti a kolektivním právem na zajištění ochrany veřejného zdraví. Cílem očkování je totiž jednak ochrana individua před infekčními chorobami, ale zároveň ochrana kolektivu, společnosti, populace před infekčními nemocemi [Petrov 2011: 11 - 12]. Debaty, týkající se individuálních a kolektivních práv, bývají tak často problematické. „Je-li jednou nějaké právo uznáno, měl by ho stát oklešťovat jedině tehdy, je-li předložen závažný důvod, který nelze sladit s předpoklady, o něž se musí opírat původní právo“ [Dworkin 2001: 252 in Petrov 2011: 12]. Dworkin předpokládá, že omezit individuální práva ve prospěch kolektivního dobra lze jen u několika dobře ospravedlnitelných důvodů [ibid].

Dalším autorem, který řeší výše nastíněné dilema vycházejíc z liberalismu a to dilema mezi individuálním a kolektivním zájmem, je Michael Foucault [2009]. „Tento zájem je spojený s bezpečím, tzn. [...] chránit kolektivní zájem proti individuálním zájmům a totéž z opačné strany: potřeba chránit individuální zájmy proti všemu, co by se mohlo objevit ve vztahu vůči nim jako zasahování vycházející z kolektivního zájmu“ [Foucault 2009: 71]. Dle Foucaulta [2009: 70 - 74] to, že liberalismus produkuje svobodu, znamená, že na druhé straně stanovuje protiváhu a druhou stránku svobody ve formě různých omezení, kontrol, nátlaků, závazků a to vše fungující pod rouškou hrozby. Svoboda a ukázněující techniky pracují dle něj jako spojené nádoby. Ve svém vysvětlení jde však ještě dál – kontrola je dle něj principiálním motorem svobody. Individuálními selháními, kterými mohou být v moderní společnosti stejně tak nemoci jako i stáří, nesmí znamenat pro ostatní jedince nebo

kolektiv žádné nebezpečí. Liberalismus tak svou povahou zajišťuje jedincům na jedné straně svobodu stejně tak jako na druhé straně kontrolu.

Pokud bychom srovnali situaci týkající se povinného očkování v České republice se zeměmi západní Evropy, zjistili bychom, že v těchto zemích převažuje nad systémem povinného očkování systém založený na dobrovolnosti. Systémy s principem dobrovolnosti však disponují jistými omezeními, která se týkají například středoškolské školní docházky podmíněné očkováním proti vybraným typům infekčních nemocí. Prymula [2011] vyzdvihuje jednoznačná pozitiva očkování argumentem uvědomění si přínosu očkování jedinci žijícími ve společnostech s dobrovolným systémem očkování. Lidé žijící v těchto zemích očkování v zájmu svého života a zdraví dobrovolně podstupují. Zároveň je nezbytné dodat, že v zemích, které jsou charakteristické systémem dobrovolného očkování, se několikrát v minulosti objevily epidemie nemocí, které se v České republice buď nevyskytují, nebo vyskytují jen sporadicky. Příkladem může být epidemie spalniček (které podléhají povinnému očkování v ČR) v letech 1999 – 2000 v Nizozemí, kdy počet nemocných dosáhl 2 961 případů a tři případy onemocnění skončily fatálně [CDC 2000].

Povinnost podrobit se očkování nařízenou státem lze tedy nahlížet jako praktickou taktiku chránící jedince před nebezpečím ohrožující jeho zdravý a kvalitní život, které mu může způsobit velké zdravotní nepříjemnosti nebo v krajním případě dokonce smrt, přičemž rozhodnutí rodičů o tom, že své děti očkovat nenechají, bývají většinovou společností považována za sobecká, mnohdy přímo za neetická a to v tom smyslu, že využívají tzv. kolektivně dosažené imunity vzniklé po očkování jedinců majoritní společnosti a která může zabránit tomu, aby jejich neočkované dítě infekční nemocí neonemocnělo [Leach, Fairhead 2007: 16]. Otázkou zajisté zůstává to, jak by klasické zdravotnické organizace měly přistupovat k hnutím odmítajícím povinnost očkování. Příliš pasivní reakce mohou být interpretovány ve spojení s ohrožováním zdraví ve společnosti, zatímco příliš agresivní přístup vůči

těmto hnutím může být chápán ve smyslu ohrožování hodnot individuální svobody a svobody projevu, které jsme si vybuodovali a kterých si ceníme a chráníme [Wolfe 2002].

Pravidelné očkování dětí sice existuje v celé západní společnosti, ale na rozdíl od České republiky se jedná o vakcinaci doporučenou, dobrovolnou a zároveň hrazenou státem, který rovněž nese za případné nežádoucí účinky vzniklé po očkování odpovědnost. Zástupci Ligy na ochranu lidských práv kritizují systém povinnosti očkování v ČR zejména kvůli propojenosti jedinců o povinnosti očkování rozhodujících s farmaceutickými firmami a to především se společností GlaxoSmithKline, která je hlavním dodavatelem vakcín pro povinná očkování v ČR [Candigliota 2012: 11].

Úpravy povinnosti očkování ve smyslu zavádění nových očkovacích povinností<sup>25</sup> nejsou dle zástupců ligy odborně a veřejně dostatečně zdůvodňované a zároveň nedodržení povinnosti podléhá následnému udělování sankcí. Přestože byla v roce 2010 na příkaz tehdejší ministryně zdravotnictví zřízena v ČR tzv. Národní imunizační komise (NIKO), která do jisté míry napomohla transparentnějšímu průběhu očkovací politiky, vzhledem k obsazení komise je její fungování silně jednostranné. Členy komise lze charakterizovat jako zástupce „proočkovacích“ skupin a odborníci, kteří jsou schopni kriticky zhodnotit rizika očkování a kteří se zabývají jeho nežádoucími účinky - neurologové, imunologové či alergologové, v komisi chybí. Komise také postrádá nezávislé odborníky na očkování a zároveň je v ní nedostatečně řešen tzv. konflikt zájmů u jedinců odpovědných současně více organizacím a

---

<sup>25</sup> Jedná se například o očkování proti hepatitidě B, jehož povinnost byla uzákoněna v roce 2001 a to bez zpracování relevantní studie prospěšnosti tohoto očkování a bez výrazných změn incidence hepatitidy B v ČR [Candigliota 2012: 14]. „Odborný posudek, který na základě zadání od Státního zdravotního ústavu zpracoval přední český epidemiolog MUDr. Jaroslav Helcl, DrSc., došel k názoru, že není důvod pro plošné zavedení tohoto očkování (doslova se v posudku píše: «...není tedy vhodné zavádět pravidelné očkování novorozenců v našem státě»). Povinné očkování bylo přesto jako povinné zavedeno. Tento typ žloutenky se přitom přenáší prakticky výhradně čerstvou krví a pohlavním stykem. Ohroženými skupinami jsou tedy především narkomani a promiskuitní jedinci. V populaci do 14 let se tato nemoc prakticky nevyskytuje – s výjimkou případů, kdy se přenese z matky na plod ještě během těhotenství“ [Sedláček 2012].



autoritám, jejichž zájmy a požadavky se rozcházejí<sup>26</sup>. Neutrannost a nezávislost členů NIKO může být nahlížena přinejmenším jako značně problematická [Candigliota 2012: 16 - 19].

## 2.7 Občanské sdružení Rozalio

Jak již bylo v práci zmíněno, v České republice je v současné době neaktivnější v oblastech odmítání povinnosti očkování o.s. Rozalio, které vzniklo v roce 2007. Členové sdružení však nejsou (jak sami tvrdí) striktními „antivakcionisty“ neboli očkování dětí přímo neodsuzují či neodmítají. To, co odmítají, je spíše *povinnost* očkování než očkování samotné. Samotní zástupci/kyně sdružení shrnují filozofii jejich činnosti slovy: „systém očkování v České republice je považován za nepřiměřeně rigidní a represivní a Česká republika, která nařizuje velký počet očkování jako povinná, nejenže nemá systém pro odškodňování poškozených, ale vůbec na sebe nepřebírá za následky očkování jakoukoli odpovědnost<sup>27</sup>“. Negativně se vymezují zejména k nařizování očkování státem. Dle mínění členů občanského sdružení, pokud stát očkování nařizuje, respektive doporučuje očkovat v zájmu ochrany všech členů společnosti, měl by být také schopen zaručit náležité odškodnění jedincům, kterým vedlejší účinky očkování poškodí zdraví. Odškodnění by mělo být zaručeno nejen v případech, kdy je kauzální vztah mezi očkováním a poškozením jasně prokazatelný, ale také v případech, kdy je negativní dopad na zdraví po očkování pravděpodobný, tedy v situacích kdy se jiná příčina poškození zdraví nenajde<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Například intenzivní spolupráce s farmaceutickými firmami vs. členství v NIKO, které by mělo být v souladu s kritickým přístupem k pozitivům, ale i negativům očkování bez ohledu na zájmy farmaceutických firem nebo přítomnost reklam na vakcíny (podle Candiglioty často klamavých a manipulativních) na webových stránkách Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP jejíž předsedkyně je rovněž členkou NIKO [Candigliota 2012: 17 - 26].

<sup>27</sup> Dostupné z <http://www.rozalio.cz/>. [Citováno 11. 4. 2012].

<sup>28</sup> Příkladem může být kauza z roku 2011 popisovaná na stránkách Ligy pro ochranu lidských práv, „kdy chlapec ochrnil po povinném očkování hexavakcínou a Prevenarem. Zdravého chlapce rodiče nechali naočkovat hexavakcínou a současně Prevenarem a to na základě důrazného doporučení pediatřičky, která je však nepoučila o možných rizicích současného očkování hexavakcínou i Prevenarem, ani o možnostech odkladu či rozkladu s ohledem na zdravotní stav dítěte, často po očkování nemocného. Zatímco neurologové označili vakcinaci jako jednu z možných příčin chlapcova ochrnutí, znalecká komise ustanovená Krajským úřadem Středočeského kraje dospěla k podivně jednoznačnému a opačnému závěru, že očkování nebylo příčinou

Členové sdružení argumentují ve jménu občanských svobod, zejména právem na soukromí a právem na svobodu myšlení a náboženského vyznání. Odmítači očkování odůvodňují své postoje především tím, že vakcíny nejsou dostatečně bezpečné a mají časté nežádoucími vedlejšími dopady na zdraví jedince [Petrov 2011: 11].

Členové sdružení zároveň upozorňují na tu skutečnost, že rodiče, kteří požadují svobodnou volbu v rozhodování o (ne)naočkování svého dítěte či úpravě/posunu termínů očkování, jsou nejen pokutováni, ale také diskriminováni tím, že je jejich dětem odepřen vstup do jeslí a školek a zároveň je dětem znemožněna účast na kolektivních pobytech pořádaných základními školami<sup>29</sup> (školy v přírodě, sportovní soustředění apod.)<sup>30</sup>.

Na internetových stránkách sdružení můžeme také najít výzvu k podepsání petice za svobodnou volbu k očkování<sup>31</sup>, v níž odpůrci povinného očkování dále zdůvodňují svůj postoj k očkování:

**„Dopředu nelze dokázat, že očkování dítěte nebude mít žádné nežádoucí účinky, ani že v jeho důsledku nemůže dojít k dočasnému nebo trvalému poškození zdraví dítěte, proto je svobodný souhlas rodičů k tomuto zákroku zásadním právním krokem. Možné nežádoucí účinky vakcinace vyplývají jak přímo ze složení vakcíny [...] tak z nepředvídatelné imunitní reakce každého jedince, která může vést k závažnému poškození očkovaného. Rodiče o této skutečnosti často nejsou vůbec informováni“<sup>32</sup>.**

---

neurologického postižení. Krajský úřad následně odmítl vydat rodičům kompletní znalecký posudek i se jmény lékařů. Ten se podařilo získat až na základě odvolání k Ministerstvu zdravotnictví“. Dostupné z <http://lhp.cz/pripady/3279/>. [Citováno 29. 5. 2012].

<sup>29</sup> „Nenačkované dítě nemůže být podle § 50 zákona č.258/2000 Sb. přijato do jeslí či mateřské školy. Za odmítnutí podrobit se povinnosti očkování lze podle § 29 odst. 1 písm. f) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů uložit pokutu až do výše 50 000Kč“ [Petrov 2001: 10].

<sup>30</sup> Dostupné z <http://petice.webnode.cz/>. [Citováno 31.3 2012].

<sup>31</sup> Dostupné tamtéž. [Citováno 31.3 2012].

<sup>32</sup> Dostupné tamtéž. [Citováno 31.3 2012].

Relevantnost petice je podepřena zveřejněním podepsání petice známými osobnostmi, kterými jsou například Táňa Fischerová, Vladimír Merta, Petr Vachler a další. Součástí petice je rovněž zveřejnění podpory odmítání povinnosti očkování ze strany hlavy státu – bývalého prezidenta ČR Václava Klause, který se k petici vyjádřil následovně: „Povinné očkování mě velmi zlobí [...]. Mohu Vás ubezpečit, že budu i nadále vystupovat proti automatismu povinného očkování“<sup>33</sup>.

Cílem občanského sdružení je zprostředkovat rodičům všestranné informace o problematice očkování a podpořit je tak v jejich zodpovědném rozhodování v otázkách zdraví jejich dětí; vytvářet prostor pro věcnou diskusi o problematice očkování; jménem rodičů se podílet na změně právní úpravy očkování v ČR tak, aby konečné slovo v rozhodování o očkování dětí měli rodiče, resp. zákonní zástupci dítěte, jelikož tento postup odpovídá formě mezinárodních úmluv závazných také pro ČR. Sdružení uznává význam očkování a jeho reálný přínos v boji s infekčními chorobami. Neguje tvrzení, že by bylo odbornou organizací či sdružením odpůrců očkování a zároveň také to, že by chtělo dávat rodičům hotové návody a názory. Sdružení naopak vyzývá každého čtenáře webových stránek ke kritickému ověření všech informací. Vymezuje se k přebírání jakékoliv zodpovědnosti za správnost a úplnost informací, textů a zejména diskusních příspěvků. Dle tvrzení sdružení tyto informace nemusí odpovídat názorům o.s. Rozalio<sup>34</sup>.

Strategie občanského sdružení spočívá zejména v informovanosti rodičů v otázkách očkování. Provozuje webové stránky, lze ho vyhledat také na facebooku, kde má přes devět stovek příznivců. Na těchto stránkách mohou případní zájemci nalézt dostatečné množství informací, odkazů, ale také termínů pořádaných seminářů a besed na téma očkování, jeho pozitiv a negativ. Součástí stránek je diskusní fórum, kde si rodiče sdělují zkušenosti

---

<sup>33</sup> Dostupné <http://www.rozalio.cz>. [Citováno 31.3 2012].

<sup>34</sup> Dostupné tamtéž. [Citováno 22. 4. 2012].

s úřady, lékaři a v neposlední řadě s nežádoucími účinky očkování. Další strategií sdružení je oslovování oficiálních míst a institucí, a to z toho důvodu, že usiluje o prosazování individuálních přístupů k očkování, tzn. o změnu právní ústavy v ČR tak, aby konečným rozhodnutím o očkování disponovali rodiče. Součástí strategie je rovněž právní podpora rodičů požadujících individuální přístup k očkování.

## **3 Empirická část**

### **3.1 Výzkumná otázka**

Cílem této práce je zmapovat a hlouběji nahlédnout do důvodů a motivací vedoucí rodiče k odmítání povinnosti očkování a zároveň najít jejich případné společné charakteristiky. Práce se také zaměřuje na osobní zkušenosti rodičů s reakcemi většinové společnosti a odborníky, kteří očkování zajišťují či odmítání očkování následně řeší. Motivací tohoto výzkumného záměru je nejen aktuálnost tématu, vhodné propojení sociologie a znalostí z oblasti statistiky infekčních nemocí včetně proočkování, které tvoří část mé současné pracovní náplně, ale především nesouhlas s jednostranně vedenou společenskou diskuzí nad povinným očkováním, tzn. diskuzí vedenou zejména skrze argumentace pro-očkovacích lékařů, kteří dialog nad povinností očkování směřují povětšinou pomocí rétoriky ve smyslu ohrožení neproočkované české společnosti infekčními nemocemi. Tito lékaři - vakcinologové zároveň přehlížejí skutečnost, že v mnoha okolních státech je systém očkování založen na systému dobrovolnosti. Na druhé straně této diskuze stojí jen několik webových stránek, knih a skupina rodičů, kteří nejsou považováni za rovnoprávné partnery diskuze, ale naopak za jakási podivná alternativní individua, jejichž argumentům není věnován v médiích téměř žádný prostor [Machala 2012].

### **3.2 Strategie výzkumu**

Ve výzkumu využívám dvou metod sběru dat, přičemž strategie sběru dat byla dvoufázová - první etapou bylo částečně kvantitativní dotazníkové šetření, které mapuje demografické údaje respondentů/respondentek vyjadřující svůj náhled na povinnost očkování (pohlaví, věk, rodinný stav, bydliště podle kraje a velikosti obce, nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání, počet dětí, obor zaměstnání rodičů apod.).

Dotazník obsahoval i několik otevřených otázek<sup>35</sup>, týkajících se názorů na povinnost očkování a zkušeností řešení tohoto problému s dětským lékařem. Důvodem pro zvolení dotazníkového šetření jako prvotního kroku v tomto výzkumu bylo nejen zmapovat základní demografické charakteristiky rodičů odmítajících povinnost očkování a jejich základní argumenty spojené s problematikou povinnosti očkování v ČR, ale zároveň dotazník představoval formu oslovení komunikačních partnerů či partnerek k další spolupráci a to k osobní schůzce za účelem provedení hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Hloubkové polostrukturované rozhovory představují klíčový nástroj sběru dat tohoto výzkumu.

Dotazník byl vytvořen v aplikaci Google documents a odkaz na něj umístěn na webových stránkách o.s. Rozalio, které bylo požádáno o spolupráci na výzkumu. Odkaz na dotazník byl zároveň umístěn na Facebooku tohoto občanského sdružení, které mělo v době výzkumu 823 příznivců<sup>36</sup>. Dotazník vyplnilo v období od 30. 5. do 29. 10. 2012 celkem 372 respondentů<sup>37</sup>.

V dotazníku převládaly kritické postoje k povinnosti očkování, přesto se v něm rovněž objevilo minimum souhlasných postojů s povinností očkování v ČR. Tyto odpovědi jsem však z analýzy dotazníkového šetření vyřadila a to z toho důvodu, že primárním cílem práce je zjistit kritické postoje k povinnosti očkování a porozumět důvodům, motivacím a argumentacím, které vedou rodiče k vymezování se proti této povinnosti.

---

<sup>35</sup> Vybrané citace z otevřených otázek dotazníku jsou vždy v analýze označeny číselným pořadím řádku.

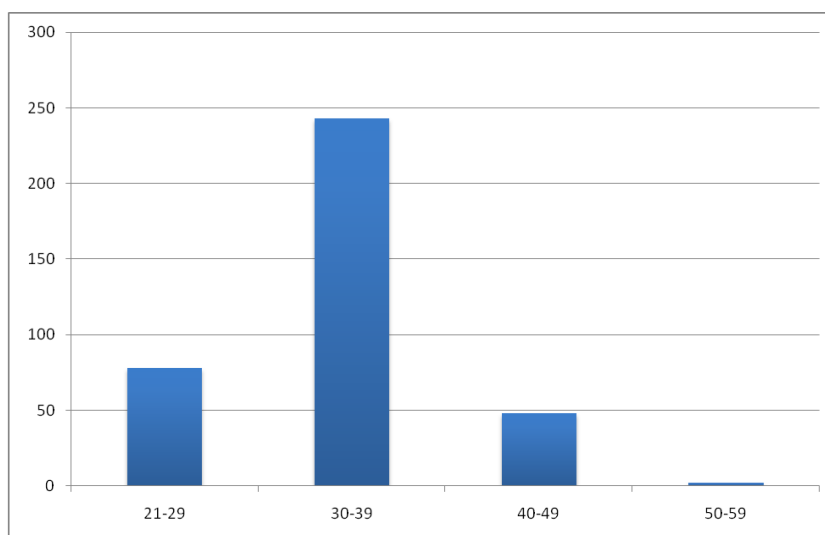
<sup>36</sup> Dostupné z <http://www.facebook.com/pages/Rozalio-os/173829189320982?ref=ts>. [Citováno 16. 10. 2012].

<sup>37</sup> Dotazník je součástí příloh DP.

### 3.3 Vybrané sociodemografické charakteristiky respondentů dotazníkového šetření

Dotazník umístěný na webových a facebookových stránkách o.s. Rozalio vyplnilo celkem 372 respondentů, z toho 7 % (26) mužů a 93 % (346) žen. Je zřejmé, že ženy zaujímají v péči o zdraví dítěte dominantnější pozici než muži (otázce žen v kontextu péče o zdraví dítěte se budu dále podrobněji věnovat v kapitole 3.5.3). Věkové zastoupení respondentů dotazníkové šetření demonstruje graf č. 2. Je patrné, že ve věku mezi 30 – 40 lety se nachází nejpočetnější část rodičů zajímajících se o problematiku očkování. Podobný trend je zřetelný i v počtu narozených dětí podle věku matky, ženám v tomto věkovém rozmezí se v roce 2011 narodilo nejvíce dětí<sup>38</sup> [ČSÚ 2012]. Rodiče dětí ve věku, kdy podstupují povinná očkování jsou těmi, kteří se o tuto problematiku nejčastěji zajímají. Věkový průměr respondentů byl 34 let, nejmladší ve věku 21 a nejstarší ve věku 54 let.

Graf č. 2 Zastoupení respondentů dotazníkového šetření podle věku (N=371<sup>39</sup>)

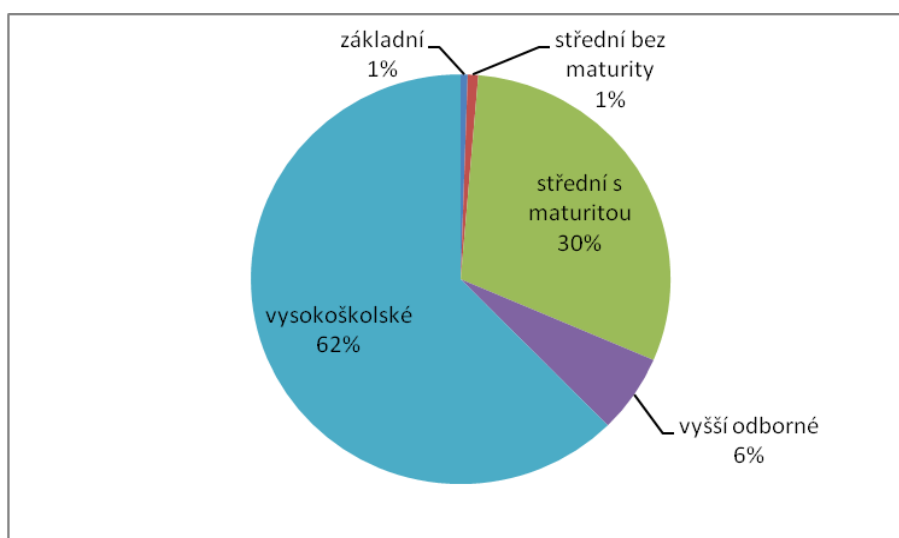


<sup>38</sup> Ženám ve věku 20 – 29 let se v roce 2011 narodilo 46 841 dětí, ženám ve věku 30 - 39 se v témže roce narodilo 56 539 dětí, ženám ve věku 40 – 49 let 2 212 dětí a ženám nad 50 let pouze 8 dětí [ČSÚ 2012].

<sup>39</sup> Jedna z respondentek dotazníkového šetření pole „věk“ nevyplnila.

Z grafu č. 3 je zřejmé, že dle nejvyššího dosaženého vzdělání jsou rodiče diskutující problémy s povinností očkování a zároveň očkovací povinnost odmítající převážně jedinci s vysokoškolským vzděláním (62 %).

Graf č. 3 Zastoupení respondentů dotazníkového šetření podle nejvyššího dosaženého vzdělání (N=372)



Vysokoškolsky vzdělaní rodiče sami zdůrazňují dosažené vzdělání jako druh institucionální<sup>40</sup> formy kulturního kapitálu [Bourdieu 1998: 114], který využívají zejména při vyjednávání s lékaři. „[...] ti, kdo disponují kulturním kapitálem, disponují současně schopností prokazovat svou legitimitu, legitimitu své sociální pozice a zejména legitimitu své symbolické dominance a autority celou řadou prostředků, kterými nositelé «pouze» lidského kapitálu prostě nedisponují“ [Petrušek 1989: 212 in Možný 1991: 27]. Zároveň se pomocí argumentace úrovně dosaženého vzdělání vymezují k obecnému diskurzu, který je ve společnosti o rodičích odmítající povinné očkování nastolen, jak je patrné například z rozhovoru s paní Klárou:

*„No a jinak možná, co mě třeba hodně trápí, že vlastně v té diskuzi se vždycky říká, že ty rodiče, kteří neočkují, tak jsou jakoby míň vzdělaní, alternativní, ujetí, neumějí vyhodnotit ty rizika a tak dále. My máme s partnerem vlastně dvě vysoké školy, on dělal i doktorát na statistiku, myslím si že oba máme docela vysoký manažerský pozice, takže si spíš myslím, že je to o té zodpovědnosti. O zodpovědném přístupu*

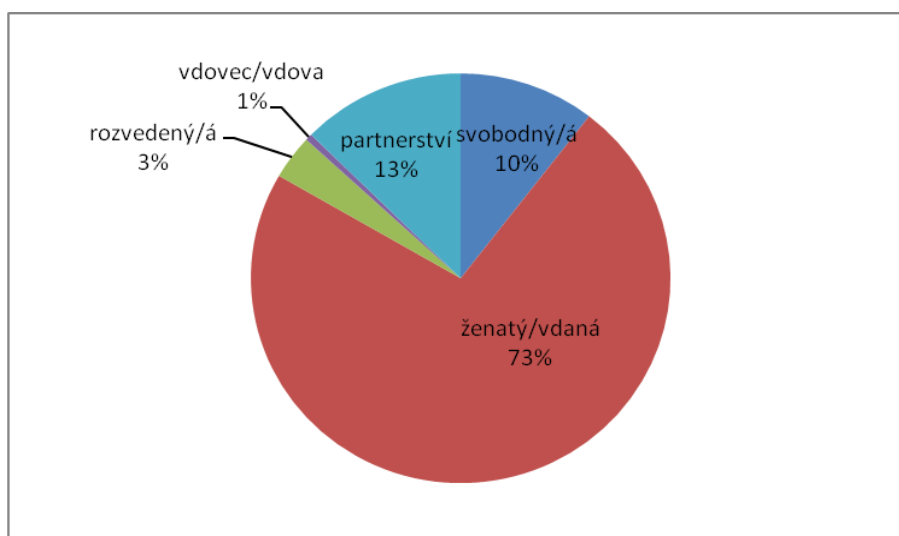
<sup>40</sup> Institucionální forma kulturního kapitálu dle Bourdieho zahrnuje diplomy a osvědčení, svědčící o dosaženém vzdělání.



*k životu, spíš si myslím, že se tyhle lidi rekrutují z téhle kategorie, než že bysme byli nějací úplně ulítlí, [...] ani si nemyslím, že bychom byli členi nějakých sekt, což si myslím, že je důležité aby zaznělo, opravdu by bylo dobré, aby ta celospolečenská diskuze se prostě zvedla na nějaký partnerský úroveň a ne z pozice moci.“ (Klára)*

Graf č. 4 ilustruje skutečnost, že nejpočetnější skupinou respondentů, kteří vyplnili webový dotazník (73 %), jsou jedinci žijící v manželském svazku.

Graf č. 4 Zastoupení respondentů dotazníkového šetření podle rodinného stavu  
(N=372)

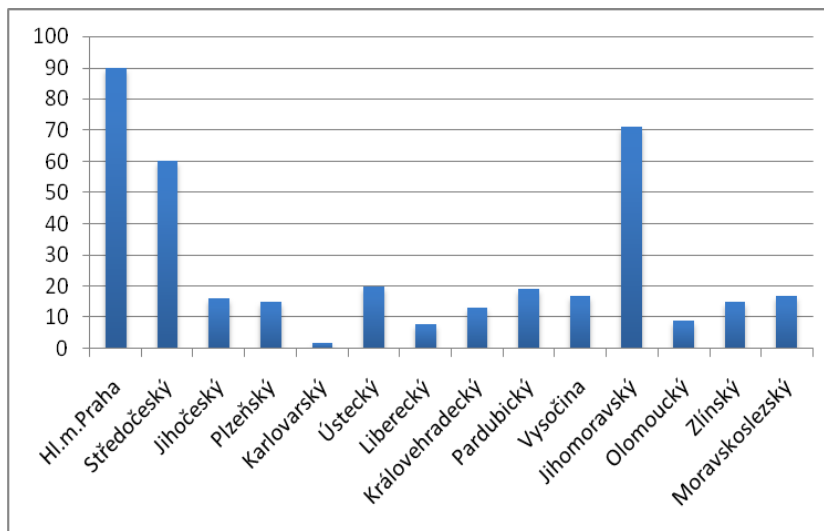


Je zřejmé, že jedinci zaujímající kritický postoj k povinnosti očkování jsou spíše tradičně založení lidé, vyznávající tradiční rodinné vzorce, ve kterých rodina představuje „[...] archetyp instituce zajišťující nezbytnou míru stability a kontinuity sociálního systému v proudu historických přeměn“ [Možný 1990: 63]. Tyto rodiny rovněž následují tradiční genderový diskurz, který pojí pozici ženy v rodině s pozicí hlavní pečovatelky.

Z grafu č. 5 je patrné, že nejvyšší zájem o problematiku povinného očkování je v Praze a v Jihomoravském kraji. Tato skutečnost může být mimo jiné dána například tím, že právě v Praze a Brně existují specializované ambulance pro očkování a to Ambulance pro očkování při Fakultní nemocnici v Motole pod vedením MUDr. Jitky Škovránkové [Janda, Škovránková 2003: 1]

a Specializovaná ambulance pro očkování ve FN Brno pod vedením MUDr. Zlatavy Jirsenské<sup>41</sup>.

Graf č. 5 Zastoupení respondentů dotazníkového šetření podle kraje bydliště (N=372)



Specializovaná pracoviště se zabývají obecně problematikou očkování, doporučováním individuálních očkovacích plánů a řešením kontraindikací očkování. Zároveň je Jihomoravský kraj specifický tím, že zatímco v ostatních krajích odmítačů povinného očkování přibývá dle statistik hygienických stanic po jednotlivcích, vedoucí Krajské hygienické stanice MUDr. Renata Vaverková tvrdí, že v Jihomoravském kraji jich přibývá ročně o desítky jedinců<sup>42</sup>.

Dalším z možných důvodů, proč zejména v Praze a v Jihomoravském kraji je problematika povinnosti očkování dle statistických výstupů z dotazníkového šetření jednou z nejdiskutovanějších problematik, je existence o.s. Rozalio se sídlem v Praze a pevná brněnská základna sociálně ekologického hnutí Nesehnutí, jehož ústředním motem je „svoboda – zodpovědnost – angažovanost“ a jehož cílem je „[...] ukázat, že změna společnosti založená na respektu k lidem, zvířatům i přírodě je možná a musí

<sup>41</sup> Dostupné z <http://www.fnbrno.cz/detska-nemocnice/klinika-detskych-infekcnich-nemoci/ambulance/t2839>. [Citováno 22. 10. 2012].

<sup>42</sup> Dostupné z <http://www.novinky.cz/domaci/159606-pribyva-rodicu-kteri-odmitaji-ockovani-deti-hrozi-jim-zasah-policie.html>. [Citováno 22. 10. 2012].

vycházet především zdola. Podporuje **angažované** lidi, kteří se zajímají o dění okolo sebe, a kteří považují **zodpovědnost** za život na naší planetě za nedílnou součást své **svobody**<sup>43</sup>. V obou případech se jedná o silné neziskové organizace, okolo kterých se shromažďují lidé preferující odpovědnost, aktivismus a svobodu v rozhodování o svém životě.

Skupina respondentů, která vyplnila online dotazník, byla skupina heterogenní z hlediska velikosti obce místa bydliště. Dotazník vyplnili jedinci z měst s velkým počtem obyvatel, stejně jako ze středně velkých měst, ale i z obcí s počtem obyvatel pod 1000. Zájem o problematiku očkování je dle statistických výstupů z online dotazníku problémem protínající celou Českou republiku.

Jak jsem již zmínila, součástí dotazníku byla prosba o další spolupráci na výzkumu prostřednictvím osobních hloubkových rozhovorů, které tvoří stěžejní část výzkumu. Kvalitativní metodologie je stěžejní z důvodu zaměření výzkumu zejména na *porozumění* osobních motivů, důvodů a zkušeností rodičů povinnost očkování odmítající. Tento výzkum je kolektivní případovou studií, která se zaměřuje na hloubkový výzkum několika případů v rámci určité problematiky [Stake 1995]. „Kolektivní případová studie znamená hloubkové zkoumání více instrumentálních případů. Přitom jde o teoretizování v širším kontextu“ [Hendl 2008: 107].

Dotazník obsahující žádost o další spolupráci byl umístěn na webových a facebookových stránkách o.s. Rozalio. Odezva na žádost o rozhovor byla mezi rodiči opravdu velká, zároveň se mi dostalo ze strany mnoha rodičů velké podpory ve smyslu ocenění mého zájmu pracovat na ve společnosti dosti problematické a dle jejich mínění jednostranně diskutované tématice. Rodiče odmítající povinnost očkování mají silnou potřebu aktivismu v této oblasti, snaží se o šíření názorů mezi ostatní rodiče a obecně v celé společnosti. Jejich snaha je směřována především ke změně systému očkování v ČR,

---

<sup>43</sup> Dostupné z <http://nesehnuti.cz/o-nas/>. [Citováno 1. 11. 2012].

kteřý považují za rigidní a protiústavní. Uvědomění si této skutečnosti je důležité k pochopení jejich chování a fenoménu odmítání povinnosti očkování jako takového.

### 3.4 Průběhy rozhovorů

Rozhovory byly provedeny celkem se 14 komunikačními partnerkami, které se liší věkem, počtem dětí (1 – 3), věkem dětí (nejmladšímu dítěti bylo v době rozhovoru 7 týdnů, nejstaršímu 18 let) a místem bydliště (krajem, velikostí obce).

Tabulka č. 2 Vybrané demografické charakteristiky participantek výzkumu<sup>44</sup>

Jméno	Věk	Vzdělání
Marcela	31	SŠ
Jana	38	VŠ
Eliška	34	VOŠ
Ivana	42	VŠ
Andrea	30	VŠ
Sabina	33	VŠ
Pavla	35	SŠ
Hana	33	VŠ
Petra	35	VŠ
Barbora	29	VŠ
Simona	35	VŠ
Klára	42	VŠ
Anna	29	VŠ
Valérie	31	VŠ

Pro hloubkové rozhovory jsem měla připraveno několik základních tématických okruhů, které jsem postupně s participantkami probírala a reagovala na jejich odpovědi doplňujícími otázkami. Participantky jsem před zahájením rozhovoru informovala o svém středoškolském zdravotnickém vzdělání a současně o mé pracovní náplni, která se zaměřuje, jak již bylo zmíněno, zejména na statistiku infekčních nemocí a statistiku proočkování povinnými vakcínami a která byla jednou z motivací věnovat se v diplomové práci právě této problematice. Zpočátku a to i během vytváření samotného projektu výzkumu jsem si uvědomila, že specializace mého středoškolského

<sup>44</sup> Detailnější informace o participantkách výzkumu jsou součástí příloh DP.

vzdělání a současná pracovní náplň by mohly být jistým problémem v navázání kontaktu s participantkami výzkumu. Tato úvaha vznikla na základě toho, že jsem si byla dobře vědoma a to nejen později z demografických výstupů dotazníkového šetření, ale i z procházení webu o.s. Rozalio, že participantkami výzkumu budou ženy vzdělané a dobře o problematice povinnosti očkování informované, čímž myslím, že ženy mají velmi jasné povědomí a zároveň osobní zkušenosti<sup>45</sup> s tím, že medicínský diskurz povinnosti očkování je silně proočkovací, nepřipouští téměř žádnou diskuzi nad problematikou nesouhlasu s povinností očkování, předkládá povinnost očkování jednostranně a to většinou bez upozornění na možná negativa s očkováním spojená. Moje osoba představující nejen výzkumnici, ale také zaměstnankyni zdravotnického zařízení podléhajícího státu, který povinnost očkování nařizuje, fakticky svou pracovní náplní participuje a spolupracuje s tímto medicínským diskurzem<sup>46</sup>. Jinak řečeno jsem na základě mého pracovní pozice a pracovní náplně vlastně součástí tohoto silně proočkovacího medicínského diskurzu, byť v soukromí mohu mít na problematiku povinnosti očkování odlišný názor. Měla jsem obavy, že by po sdělení mého pracovního zaměření měly participantky strach, že je naopak budu přesvědčovat o pozitivních stránkách povinného očkování a nutnosti své děti naočkovat.

Medicínský diskurs se však dle mého mínění nepříliš zajímá o *skutečné* důvody, proč je mnohdy povinné očkování rodiči odmítáno, rodiče povinnost očkování odmítající považuje za podivínské, omezené, alternativně zaměřené jedince, kteří zdraví svých dětí a potažmo celé společnosti ve skutečnosti nechrání, ale spíše ohrožují. Domnívám se, že medicínský diskurz příliš nezohledňuje individuální situace, které k odmítání mohou vést, je ve své

---

<sup>45</sup> Například v záložce o.s. Rozalio „Vaše příběhy a úvahy“ lze nalézt popsané skutečné zkušenosti maminek s očkováním jejich dětí. Dostupné na [http://rozalio.cz/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=0&Itemid=156](http://rozalio.cz/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=0&Itemid=156). [Citováno 20. 10. 2012].

<sup>46</sup> Jak jsem již zmínila v kapitole 2.6, medicínský diskurz pracuje s tím, že očkování je řazeno k jednomu z nejúčinnějších preventivních opatření, díky němuž byla řada infekčních onemocnění eradikována nebo přinejmenším účinně kontrolována [Prymula 2011].

podstatě v otázkách povinnosti očkování v přeneseném slova smyslu „totalitní“ a velmi rigidní, jak mi také potvrdila jedna z komunikačních partnerek:

*„Možná právě proto, že je u nás takový postoj, jakože všichni musí očkovat a nikdo nedá takový ty vyvážený informace, jako dávejte si pozor, může to mít i negativní účinky, může vám to vlastně poškodit dítě, tak pak člověk začne hledat a pak se dostane na úplně druhou stranu toho tábora. Že možná kdyby to nebylo tak striktní, tak bychom jenom odložili do roku nebo možná do dvou let, ale třeba bych to taky vůbec neřešila.“ (Hana)*

Nicméně v souladu s dodržением etických zásad výzkumu jsem před začátkem každého rozhovoru komunikační partnerku o svém vzdělání a pracovní náplni informovala s tím, že moje pracovní zaměření spolu se studiem sociologie byly jednou z motivací zaměřit výzkum tímto směrem<sup>47</sup>. Byla jsem mile překvapena, že všechny participantky toto propojení zdravotnického a sociologického náhledu na problematiku odmítání povinnosti očkování spíše uvítaly a to možná i z toho důvodu, že nejsem v oblasti očkování, očkovacího kalendáře<sup>48</sup> a očkovacích látek úplným laikem, který nerozumí odborným termínům s očkováním spojených a jako studentka sociologie mohu tyto znalosti dobře využít během výzkumu zaměřeného na porozumění postojům a motivacím k odmítání povinnosti očkování.

Komunikační partnerky jsem požádala o podpis informovaného písemného souhlasu s rozhovorem<sup>49</sup> a zároveň jsem je ujistila, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit či odmítnout odpovědět na některé kladené otázky. Polovinu participantek jsem navštívila u nich doma, polovina rozhovorů proběhla mimo jejich domov (většinou v kavárně či parku). Výběr místa a času pro rozhovor dle preferencí participantek jsem respektovala a plně se jejich volbám přizpůsobila. Všechny rozhovory proběhly dle mého mínění v příjemné atmosféře a participantky ochotně zodpověděly všechny mé otázky.

---

<sup>47</sup> Nebylo výjimkou, že ještě před začátkem samotného rozhovoru se participantka sama zajímala, proč jsem tématem diplomové práce zvolila právě rozpracování problematiky povinnosti očkování v ČR.

<sup>48</sup> Očkovacím kalendářem se rozumí rozpis povinných očkování v termínech jejich aplikace. Jednoduše řečeno, jedná se o „zpráhlednění“ Vyhlášky č. 537/2006 Sb. ze dne 29. listopadu 2006 o očkování proti infekčním nemocem. Očkovací kalendář je součástí příloh DP.

<sup>49</sup> Kopie informovaného souhlasu je součástí příloh DP.

V převážné většině případů bylo zřejmé, že participantky velmi uvítaly zájem o téma povinnosti očkování v České republice a rozhovor se mnou ocenily i z toho důvodu, že nemají příliš možností téma povinnosti a odmítání povinnosti očkování s někým prodiskutovat na partnerské úrovni tak, jak mi v rozhovoru sdělila paní Andrea:

*„[...] mě právě mrzí, že si o tom nemám s kým popovídat. Že tedy mám doktorku, které důvěřuji, což si myslím, že je dneska jako možná vzácný, když člověk takhle smýšlí, ale byla bych ráda, kdybych se s ní o tom mohla poradit [...], kdyby byl někdo, kdo by s námi společně našel nějaké řešení prostě nejlepší pro naše dítě. A takový člověk mi chybí.“ (Andrea)*

Ve své práci používám smyšlená jména komunikačních partnerek z důvodu zajištění jejich anonymity. Všechny rozhovory byly zaznamenány na záznamové zařízení (mobilní telefon Nokia C6). Rozhovory byly následně přepsány a analyzovány pomocí programu Atlas.ti. Analýza rozhovorů probíhala na základě předem vytvořených kódů, které vycházejí ze základního topic quidu pro rozhovory a pokrývají klíčová témata v nich diskutující. Klíčová témata a z nich vyplývající otázky jsem formulovala na základě prostudované literatury zabývající se jednak tematikou očkování, zároveň literaturou diskutující tematiku odmítání očkování a také webovských a facebookových stránek o.s. Rozalio. Základními kódy použitými v analýze jsou<sup>50</sup>:

1) důvody odmítnutí či odsunutí očkování (tento kód zároveň zahrnuje situaci ne/proočkování povinnými vakcínami u dětí participantky, proč maminky/rodiče odsunuli či odmítli povinné očkování u dětského lékaře/lékařky, jak k důvodům dospěli/y - prvotní impuls k odmítnutí či požadavku posunutí); 2) řešení situace ohledně povinnosti očkování s partnerem (společné řešení, shoda či neshoda v názorech na povinnost očkování a jeho úpravy či odmítnutí); 3) reakce dětského lékaře na odmítnutí či žádost o odsunutí očkování; 4) dětský lékař (tento kód pokrývá diskuzi nad samotným vztahem participantky s dětským lékařem, dostává-li od něj dostatek informací, komunikace mezi nimi, hlášení nežádoucích reakcí

---

<sup>50</sup> Uvádím jen stěžejní kódy vážící se přímo na hlavní zjištění analýzy. Úplný seznam kódů je součástí příloh DP.

dětským lékařem); 5) Rozalio (ne/členství participantky v občanském sdružení, její ne/angažovanost v něm, zdroj prvotních informací o občanském sdružení, názor na občanské sdružení, stýkání a předávání si informací s ostatními rodiči sdružujícími se v o.s. Rozalio); 6) informace o infekcích a vakcínách (informovanost participantky o infekčních nemocech, o povinném očkování proti nim, vyhledávání a zdroje těchto informací, důvod vyhledávání informací, podávání informací o nemocech a vakcínách dětským lékařem/lékařkou); 7) české zdravotnictví (názory participantky na fungování českého zdravotnictví); 8) povinnost očkování (názory participantek na povinnost očkování v ČR).

### 3.5 Hlavní zjištění

#### 3.5.1 Důvody odmítnutí/ odsunutí povinného očkování

Jedna z otázek, které jsem s participantkami diskutovala během rozhovorů, se zaměřovala na to, zda jsou jejich děti naočkované či nikoliv<sup>51</sup>, zda jsou naočkované jen některými z povinných očkování a co bylo tím důvodem, který je k rozhodnutí neočkovat nebo očkování odložit/rozložit vedl. Ani u jedné z participantek jsem neměla dojem, že by jejich rozhodnutí bylo jakési úmyslné „bojkotování“ povinnosti nařízené státem, pro které se rozhodly „jen tak z plezíru“. Rozhodnutí ve většině případů předcházela negativní zkušenost s očkováním buď u vlastního dítěte nebo dítěte kamarádky či dítěte z blízkého okolí, jako například v případě paní Marcely a Pavly:

*„Kamarádka měla klučíka tříletého, očkovaný proti samozřejmě povinným všem a těžký průběh zarděnek. A doktorka vám řekne – když už tedy onemocní, tak určitě bude mít slabší průběh, než kdyby nebyl očkovaný. No takže tříletý se zarděnkami v nemocnici a hrozný průběh. Má ekzémy, má prostě všechno, prostě jako, čím dál víc lidí okolo, každý dítě, každá holčina, co znám, tak měla nějaký nežádoucí účinek. I kdyby vyrážka, i kdyby prostě ten pláč, zarudnutí, čtrnáct dní něco, cokoliv, ale prostě ty děti to poznamená.“ (Marcela)*

*„[...] vlastně já mám dvojčata, oni v porodnici dostali očkování proti tuberkulóze a někdy zhruba ve třech měsících jsem zjistila, že to jedno dvojče mělo zvětšené podpažní uzliny, ale docela jako brutálním způsobem, že ji měla asi osm a dvakrát dva centimetry, což mi přišlo na tříměsíční dítě jakoby dost.“ (Pavla)*

<sup>51</sup> Úplný přehled ne/naočkování dětí komunikačních partnerek je součástí medailónků participantek výzkumu v příloze DP.



Výpovědi participantek demonstrují způsob, prostřednictvím kterého dochází k formování naší představy o tom být zdravý či být nemocný. Ženy o svém zdraví a zdraví svého dítěte neuvažují pouze na základě rad lékařů, ale především v kontextu nějaké předešlé subjektivní zkušenosti. Stejně jako jejich osobní pozitivní či negativní zkušenosti se zdravím a péčí o něj, tak i zkušenosti jejich blízkého okolí pro ně představují důležité zdroje informací, těmto informacím mnohdy přiřkládají významnější váhu než informacím vycházející od autority, kterou představuje v diskurzu zdraví a péče o něj medicínské vědění zprostředkované lékaři. Tato situace stvrzuje Beckovo [2002: 258] tezi o současném poklesu důvěry ve vědu obecně a zároveň k otřesení víry v medicínu jako ve všemocnou instituci. Pokles důvěry v medicínské vědění a zdůrazňování zbytečnosti očkování v kontextu odmítání povinného očkování jsem zaznamenala také u 11 % respondentů/tek dotazníkového šetření. Nedůvěru v medicínské vědění mi potvrdily i paní Hana a Anna:

*„Já nedůvěřuji jakémukoliv doktorovi. To asi nefunguje u mne vůbec, už teď mám čím dál větší pochybnosti. Ale respektuji jí. Možná, kdyby šlo o něco vážného, tak jsem schopná s ní diskutovat a trošku budu schopná ten její názor brát jako relevantní. Jakože prostě budu věřit tomu, že je schopná se mnou diskutovat na to téma a že třeba i nějaké argumenty se bude snažit najít, ale nepotřebovali jsme to, tak to nemáme prakticky vyzkoušené.“ (Hana)*

*„Každý chce důvěřovat svému dětskému lékaři, a když vám lékařka řekne, ale to je úplně v pořádku, prostě věříte, že to je v pořádku do té doby, než máte problém a je pravda, když jsem pak viděla toho staršího syna, který byl jak hadrová panenka, to dítě leží a v podstatě nereaguje, tak jako ať mi někdo tvrdí, že je to úplně normální, prostě.“ (Anna)*

Příčinou nedůvěry a nespokojenosti s lékařem ze strany pacienta může být tzv. „informační nouze“, která je následně příčinou komunikační bariéry vzniklé na základě používání rozličných jazyků (laický vs. odborný). Tato informační nouze pak může sloužit jako základ nedorozumění mezi lékařem a pacientem. Lékař by tak z tohoto důvodu měl brát v potaz subjektivní specifika pacienta [Bártlová 2002: 105]. Participantky, se kterými jsem vedla rozhovory, se však v otázkách očkování nedají striktně nazývat laiky. Naopak se ve všech případech před rozhodnutím odmítnout či posunout povinné očkování snažily

načíst co nejvíce informací nejen o vakcínách, ale i o infekčních nemocech, proti kterým se v ČR očkuje. Jejich zájem se soustředil zejména na rizika s vakcinací spojená, tzn. možný vznik nežádoucích reakcí po očkování. Informovanost komunikačních partnerek ztvrzuje argumentaci Wolfa [2002] - rodiče odmítající povinnost očkování, jsou většinou vzdělanými a především dobře informovanými spotřebiteli zdravotní péče, kteří mají pro svá rozhodnutí komplexní zdůvodnění. Tato komplexní zdůvodnění získali nejen prostřednictvím kritického čtení vědecké literatury, ale také literatury alternativní. Úroveň dosaženého vzdělání a informační dostatečnost, které v konečném důsledku vedly k odmítání povinného očkování, popisuje paní Ivana:

*„Já jsem vlastně vystudovala farmacii a vlastně to studium farmacie, protože mám střední zdravotní školu, pak mám farmaceutickou fakultu, pak jsem ještě dělala postgraduál [...], takže jsem spoustu roků studovala oficiálně medicínu a farmacii. A díky těmto znalostem jsem začala studovat ty alternativy [...], dovedlo mě to v podstatě k tomu, že to není dostačující a že to není tak černobílý, tak jsem začala studovat z nezávislých zdrojů.“ (Ivana)*

Rodiče se informace snaží získat ze zdrojů různých typů, medicínských, alternativních a mnohdy čerpají ze zdrojů cizojazyčných. A vzhledem k tomu, že dle jejich mínění informacemi disponují dostatečně, další již od lékařů nevyžadují, jak mi potvrdily paní Petra a Eliška:

*„Ne, já jsem od něj nikdy žádný informace nechtěla, ani jsem je neočekávala, že by je měl, totiž. Já si myslím, že z těch knih mám mnohem lepší informace než on a na druhou stranu on nám ty příznaky nemoci popsal neodpovídajícím, prostě sdělil jen ty nejzávažnější.“ (Petra)*

*„Ale třeba když ještě bývalá pediatrička se mě zeptala, proč odmítám tu MMR vakcínu a já jsem jí řekla, protože je tam rtuť a hliník a formaldehyd osmdesátka a jsou to živé bakterie, tak ona se na mě podívala a řekla, proboha, kde by se to tam vzalo. Oni nevědí, oni to prostě nemají nastudované.“ (Eliška)*

Z výpovědí paní Petry a Elišky zároveň vyplývá, že od lékaře informace nepožadují proto, že se obávají, aby informace podané lékařem nebyly zkreslené a neúplné. Domnívají se, že toto zkreslení či neúplnost mohou být jednak úmyslné z důvodu přimět ženu k očkování dítěte nebo mohou být způsobené nedostatkem informací, kterými lékař disponuje. Některé

z participantek současně před blížícím se termínem vakcinace zvažovaly, zda je větším rizikem to, že jejich nenačkované dítě v budoucnu onemocní infekční chorobou anebo prodělá po očkování nežádoucí (negativní) reakci. V současné společnosti, Beckem nazývané *rizikovou*, dochází v důsledku rozvoje technologií k expanzi rizik a hrozeb, která jsou jednak nepředvídatelná, jejich dopady nevypočitatelné a v souvislosti s obtížným vymezením rizika se dle Becka [2002: 36 - 38] „rozpadá monopol věd na racionalitu [...]. Vždy existují navzájem si konkurující a konfliktní požadavky, zájmy a hlediska různých aktérů [...]“. Rizika lze v moderní společnosti přitom objevit všude, Beck tvrdí, že dochází k tzv. „nadprodukcí rizik“, přičemž nadprodukce otevírá cestu k mnoha subjektivním interpretacím rizik, která jsou zasazená do konkrétních odlišných, individuálních kontextů. Rizika pak mohou být definována různými a to i protikladnými argumenty. Beck [2002: 38 - 43] důležitost významu uvědomění si rizik zdůvodňuje především možnou predikcí poškození, která na základě rizik v budoucnu mohou vzniknout. Míjí tím situace a jevy, ke kterým sice ještě nedošlo, ale existuje reálná hrozba jejich vzniku. Současná doba je charakteristická nejen riziky, ale zároveň i možnostmi jejich managementu [Rose 2001]. Závažnost rizik plynoucích z očkování v porovnání se závažností rizik, která se pojí se samotným proděláním onemocnění, považují respondenti/ky dotazníkového šetření v 18 % důvodem k odmítnutí očkování. Rizika spojená s očkováním jsou dle nich závažnější než průběh onemocnění a pravděpodobnost jeho vzniku.

Zvažování rizik, které v době po ne/naočkování dítěte mohou vzniknout a individuální zamýšlení se nad nimi ve vztahu s aktivní participací na zdraví svého dítěte a odpovědností za něj, si rovněž komunikační partnerky samy sobě kladly na pomyslné misky vah:

*„Takže určitě chápu, že člověk si to musí srovnat v hlavě v tom smyslu, že je jasné, že on tu nemoc může chytnout samozřejmě, ale jako já té nemoci se v dnešní době bojím míň, než těch nežádoucích účinků, co ty vakcíny vlastně působí.“ (Eliška)*

*„[...] a nikdo mi nikdy nezaručí, že já, když budu mít v sobě tu vakcínu, tak tu nemoc nechytну, nebo když jí chytну, tak budu v pohodě. A zároveň mi nikdo nezaručí, že když budu neočkovaná, že tu nemoc chytну a zvládnu ji v pohodě. Můžu a*

*nemusím, ale jako když už si to dávám na tu misku vah, tak mi to prostě přijde nastejno. Nebo možná spíš pro to neočkování. A to teď diskutuji sama se sebou, abyste viděla, jaký je v nás rozkol.“ (Valérie)*

*„My jsme se dostali do fáze, že ho očkovat nenechám, protože mně opravdu přijde, že ten přínos není takový jako to riziko, že ty reakce tam jsou [...] a když si prostě vzpomenete na pár let zpátky, když i ta tuberkulóza byla ale šílené riziko a najednou tady ta tuberkulóza není, tak si říkám jako dobrý, byli schopni změnit názor během roku, tak se za tři roky dozvíme, že ta hexavakcína není důležitá a já prostě nehodlám dělat ze svého dítěte pokusného králíka.“ (Anna)*

Z uvedených citací je zřejmé, že samy participantky si uvědomují rizika, která se s očkováním pojí. Přítomností rizik je charakteristická dnešní společnost, která nás nutí je nejen odhalovat, zkoumat, ale zároveň rizikům předcházet. Dle diskurzu společnosti rizik se také odvíjí sebereflexivní chování jedinců, kteří sami na sebe nahlížíjí jako na bytosti zasazené v kontextech rizik, kterým přizpůsobují své chování. „Aby jedinec rizika zvládl, tj. aby se jim vyhnul, aby je minimalizoval či aby se proti nim pojistil, vyžaduje neutuchající bdělost a tvrdou *sebedisciplínu*“ [Parusniková 2000: 137]. Dle Rose [2001: 22] se nacházíme se věku biologické individuální zodpovědnosti, biologická zodpovědnost jednotlivých občanů je zakotvena jednak v normách zdraví a v přístupech ke zdraví a v neposlední řadě také ve výchově ke zdraví [Rose, Novas 2003: 3]. Aktivismus a odpovědnost za své zdraví se staly nejen žádoucí, ale dokonce požadovanou morální povinností každého jedince [Rose, Novas 2003: 22 - 23].

V kontextu výše zmíněného není možné se pozastavovat nad tím, že matky se stávají aktivními a informovanými partnerkami péče o zdraví svého dítěte, kdy se cítí být maximálně za péči o dítě zodpovědné. Tato skutečnost se objevila například ve vyprávění paní Jany a Pavly:

*„To znamená, že jsme v situaci, kdy zodpovědnost nese rodič za zdravé nebo nemocné dítě a lékař, pokud postupuje lege artis, což v podstatě postupuje vždy, pokud ordinuje ve způsobilém stavu a podobně, takže ta zodpovědnost je jenom na rodičích a já tedy v téhle situaci zásadně odmítám, aby mi stát nařizoval, jaký lék vpravím nebo nechám vpravit do těla svého dítěte nebo ne [...] Protože pokud si zjistím informace a zcela prokazatelně nesu jako rodič zodpovědnost a té jsem nebyla zbavená, tak si myslím, že by tahle zodpovědnost měla být respektována ze strany státu.“ (Jana)*

*„A ti rodiče jsou stejně za to zodpovědní, takže já si myslím, že by si ti rodiče vždy měli rozhodnout, která ta nemoc je podstatná, a kterou jsou schopni třeba přejít, nebo u které si myslí, že je vhodnější, když to dítě prodělá v dětském věku, jako třeba ty spalničky a příušnice.“ (Pavla)*

Paní Jana a Pavla se cítí být primárně zodpovědné za zdraví svých dětí. Odmítají zásahy státu do oblastí, které dle jejich mínění patří výhradně do oblastí rodičovských pravomocí. Domnívám se, že tato skutečnost není překvapivá, k zodpovědnosti za své zdraví jsme neustále vyzíváni a to například prostřednictvím upozorňování na nezbytnost preventivních prohlídek, poukazováním na zdraví ve spojitosti se stravovacími návyky, obezitou apod.

Jedním z důvodů odmítání jednoho z prvních povinných očkování<sup>52</sup>, tedy odmítání Infanrixu Hexa (hexavakcíny) obsahující očkovací látku proti šesti infekčním nemocem (záškrtu, tetanu, pertusi, invazivní hemofilové nákaze, žloutence typu B a dětské obrně), je dle výsledků výzkumu nesmyslnost očkování proti žloutence typu B u dětí ve věku dvou měsíců. Přenos žloutenky typu B se uskutečňuje pouze krví, pohlavním stykem, z infikované matky na plod [Provazník 1996: 48-49] nebo prostřednictvím kontaminovaných použitých injekčních stříkaček a jehel [Göpfertová, Pazdiora, Dáňová 2006: 243]. Upozorňování na zbytečnost tohoto očkování upozorňovali/y jak respondenti/ky dotazníkové šetření, tak například paní Barbora:

*„[...] protože na tom nevidím smysl v tom, proč takhle malý dítě očkovat například proti žloutence typu B, která je přenosná prostě pohlavním stykem a krví, fakt si nedovedu představit, kde by k tomu měla přijít.“ (Barbora)*

*„Chápu postoj státu k povinnosti očkování u některých velmi zákeřných chorob (tetanus, záškrť...). Nechápu však, proč by mělo moje dítě být očkováno například proti žloutence typu B apod., když tuto nemoc nemůže téměř potkat.“ (Ř13)*

Vzhledem k tomu, že součástí prenatálních screeningů je také zjišťování HBsAg pozitivit<sup>53</sup> nastávajících matek<sup>54</sup>, je ještě před narozením dítěte

---

<sup>52</sup> Viz. očkovací kalendář v příloze.

<sup>53</sup> HBsAg pozitivita značí, že jedinec je nemocný akutní formou hepatitidy typu B [Provazník 1996: 48-49].

zřejmé, u kterého existuje riziko přenosu hepatitidy B výše zmiňovaným vertikálním způsobem přenosu – z matky na plod. Tyto děti jsou také ihned po narození zajištěny preventivními opatřeními, která vedou k zabránění přenosu infekce<sup>55</sup>. U ostatních dětí, které stěží ve věku 2 měsíců budou žít sexuálním životem, nebo si budou hrát na pískovišti, kde bude ležet odhozená, potencionálně hepatidou B infikovaným narkomanem použitá injekční stříkačka s jehlou, je opravdu obtížné definovat, kde by mohlo dojít k přenosu nákazy hepatidou tohoto typu. Plošné očkování proti hepatidě B zároveň nebylo doporučeno ani závěrečnou zprávou grantového výzkumu, který se zabýval strategií očkování proti virové hepatidě B pro ČR a vypracoval ji přední český epidemiolog MUDr. Jaroslav Helcl DrSc. ze Státního zdravotního ústavu<sup>56</sup> (dále jen SZÚ) společně s MUDr. Částkovou CSc., MUDr. Švandovou CSc. a MUDr. Benešem na základě zadání SZÚ. Z odborného posudku vyplývá, že není důvod pro plošné zavedení tohoto očkování. V posudku se doslova píše „[...] není tedy vhodné zavádět pravidelné očkování novorozenců v našem státě [...]. Výsledky studie a závěry z nich vyplývající byly již předány dopisem ze dne 16. 3. 1995 hlavnímu hygienikovi ČR jako podklady pro rozhodnutí o další strategii očkování proti VHB v našem státě“<sup>57</sup>. Povinné očkování bylo přesto zavedeno, tento rozpor může vést k prohloubení již existující nedůvěry ve státní instituce.

---

<sup>54</sup> Plán prenatálních vyšetření, dostupné na <http://www.profemme.cz/stranka-plan-prenatalnich-vysetreni-20>. [Citováno 21. 10. 2012].

<sup>55</sup> „Prevence se provádí ihned po porodu, kdy novorozenci HBsAg pozitivní matky se aplikuje 1 ml specifického imunoglobulinu (Hepaga) a současně 0,5 ml očkovací látky Engerix intramuskulárně. Očkování se provádí do 24 hodin po narození“. Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/infekce-v-etilogii-predcasneho-porodu-285074>. [Citováno 21. 10. 2012].

<sup>56</sup> „Posláním SZÚ je zřizovat přípravy podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, k zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, k monitorování a výzkumu vztahů životních podmínek a zdraví, k mezinárodní spolupráci, ke kontrole kvality poskytovaných služeb k ochraně veřejného zdraví, k postgraduální výchově v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a pro zdravotní výchovu obyvatelstva. SZÚ je zdravotnické zařízení a je oprávněn zpracovávat za účelem přípravy podkladů pro tvorbu státní zdravotní politiky a sledování dlouhodobých trendů výskytu infekčních a jiných hromadně se vyskytujících onemocnění údaje o zdraví fyzických osob v souvislosti s předcházením vzniku a šíření infekčních onemocnění, ohrožení nemocí z povolání a jiných poškození zdraví z práce, o expozici fyzických osob škodlivinám v pracovním a životním prostředí a o epidemiologii drogových závislostí a předávat je orgánům ochrany veřejného zdraví“ Dostupné z <http://www.szu.cz/poslani-ustavu>. [Citováno 23. 10. 2012].

<sup>57</sup> Viz. závěrečná zpráva o řešení grantu interní grantové agentury MZ ČR, která je součástí příloh DP. Dostupné z [http://www.rozalioc.cz/images/PDF/hepb\\_zaverecna\\_%20zprava\\_helcl\\_1995.pdf](http://www.rozalioc.cz/images/PDF/hepb_zaverecna_%20zprava_helcl_1995.pdf). [Citováno 21. 10. 2012].

Z mého pohledu není tedy překvapující, že informované ženy nacházejí nesoulad mezi deklarovanými výsledky studie SZÚ, pod které se podepsaly jedny z největších kapacit věnujících se problematice očkování a nedodržení doporučení autorů studie ze strany státu potažmo hlavního hygienika. Lze zde spatřit zmiňovanou ambivalenci charakterizující současnou společnost nevyhýbající se ani medicínskému rozhodování. „Medicínská nejednoznačnost a ambivalence umocňují obtížnost rozhodování v medicíně“ [Kuře 2007: 42] a napomáhají tak nedůvěře v ní. Následně vyvstávají pochybnosti o bioeticky korektním rozhodování v oblastech očkování. Jedná se však skutečně jen o medicínskou ambivalenci v rozhodování o prevenci v ochraně veřejného zdraví nebo zde hrají roli jiné faktory? Komunikační partnerky i respondenti/ky dotazníkového šetření poukazovali zejména na nedostatek informací o vakcínách ze strany lékařů, obavy lékařů z postihů státu při nedodržování očkovacího kalendáře, pozůstatek totalitního režimu a na provázanost povinnosti očkování se zájmy farmaceutických firem:

*„A nabyla jsem dojmu, že nevím, jestli můžu říct lékaři nebo jenom pediatři, kteří většinou asi očkují, že nemají o očkování příliš informací. Prostě dostanou vakcínu, příkaz očkovat pod nějakou sankcí a tím to končí a to je špatně. Pokud na lékařských kongresech je jim představena vakcína jakožto produkt, tak je to špatně.“  
(Jana)*

*„Povinnost očkování je podle mého názoru řízená především lobby farmaceutických firem. Přestože existují důvodná podezření na souvislost nárůstu počtu některých typů onemocnění s očkováním, neřeší se to. Povinné vakcinace stále přibývá (dlouhodobější efekt se nesleduje) a ochrana před očkoványými onemocněními je nespolehlivá. Nevidím jediný rozumný důvod k očkování proti banálním dětským nemocem [...].“ (Ř9)*

*„Schéma je bezvýhradně přejaté z totalitního období, nahrává farmaceutickému byznysu [...] osobně si myslím, že očkování nemá s prevencí nakažlivých chorob a zachováváním zdraví v populaci nic společného; ze strany státu jde o šikanu a podporování parazitismu farmaceutických firem.“ (Ř16)*

Bezvýhradné akceptování povinného očkování bez dostatečných informací ze strany lékaře je pro respondenty/ky dotazníkového šetření a komunikační partnerky značně problematické a přinejmenším diskutabilní. Jedním z práv pacientů je právo na dostatečné informace o povaze léčby či medicínské intervence tak, aby se mohl před zahájením každého dalšího

nového diagnostického a terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pokud se nejedná o akutní ohrožení života, pacient by měl být informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. „Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo“ [Bártlová 2002: 149].

### **3.5.2 Důvody odmítnutí/ odsunutí povinného očkování v kontextu nežádoucích účinků vakcín**

V souvislostech důvodů odmítnutí povinného očkování nelze opominut možný vznik nežádoucích účinků, které mohou po očkování nastat. Obavu z nežádoucích účinků nebo přímou zkušenost s nimi uvedli/y respondenti/ky dotazníkového šetření v 48 % jako důvod odmítnutí očkování. Pro pacientův souhlas s provedením lékařské intervence je nezbytné seznámit ho s možnými negativními dopady, které mohou po intervenci nastat. V případě očkování mám na mysli seznámení matky dítěte s možnými negativními reakcemi, které očkování může vyvolat. Pokud očkování vyvolá nežádoucí reakci<sup>58</sup>, je povinností lékaře tuto reakci nahlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL), který odpovídá za kvalitu a bezpečnost léčiv v ČR. Každý dětský lékař či lékařka jsou s touto situací obeznámeni/y. SÚKL v informačním dopise praktickým lékařům pro dospělé, děti a dorost zdůvodňuje tato hlášení:

„Spontánní hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků je nenahraditelným zdrojem informací pro objektivní posouzení bezpečnosti léčivých přípravků během jejich používání v klinické praxi [...]. Ze zákona o

---

<sup>58</sup> Nežádoucí reakcí se rozumí „nepříznivá a nezamýšlená odezva na podání léčivého přípravku, která se dostaví po dávce běžně užívané k profylaxi, léčení či určení diagnózy onemocnění nebo k obnově, úpravě nebo jinému ovlivnění fyziologických funkcí; v případě klinického hodnocení léčivých přípravků jde o nepříznivou a nezamýšlenou odezvu po podání jakékoli dávky [...]. Nežádoucí účinky se dělí na a) závažné nežádoucí účinky, které mají za následek smrt, ohroží život, vyžadují hospitalizaci nebo prodloužení probíhající hospitalizace, mají za následek trvalé či významné poškození zdraví nebo omezení schopností nebo se projeví jako vrozená anomálie či vrozená vada u potomků, b) neočekávané nežádoucí účinky, jejichž povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozporu s informacemi uvedenými v souhrnu údajů o přípravku u registrovaného léčivého přípravku nebo jsou v rozporu s dostupnými informacemi, například se souborem informací pro zkoušejícího u hodnoceného léčivého přípravku, který není registrován“. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/vakciny/nezadouci-ucinky-podle-zakona-o-lecivech-c-378-2007-sb>. [Citováno 2. 11. 2012].



léčivech<sup>59</sup> vyplývá pro lékaře povinnost hlásit jakéhokoliv **podezření** na **závažný** nebo **neočekávaný nežádoucí účinek** léčivého přípravku. Hlaste prosím i zneužití nebo zneužívání, předávkování, nebo máte-li podezření na lékovou interakci, teratogenní efekt nebo neúčinnost přípravku<sup>60</sup>.

SÚKL ve svém informačním dopise upozorňuje, že je třeba hlásit i podezření na nežádoucí účinek a to vzhledem k tomu, že je složité prokázat existenci kauzálního vztahu mezi nežádoucím účinkem a podáním léčebného přípravku (shodně problematiku kauzality nežádoucích účinků interpretuje např. Hofman a Lansberg [1982: 286]).

Tab. č. 3 Počet hlášení nežádoucích účinků z ČR po vakcínách v roce 2011<sup>61</sup>

Název vakcíny/ očkování	Počet hlášených NÚ
BCG vakcína	391
Infanrix Hexa	32
Očkování proti pneumokokům*	25
Priorix	29
Priorix Tetra	5
Infanrix	38
DTP a polio (Adacel Polio, Boostrix Polio)	151
Tetavax	50
Očkování proti žloutence A/B/A+B	8
Sezónní chřipka	29
Očkování proti karcinomu děložního čípku	13

<sup>59</sup> Zákon o léčivech č. 378/2007 Sb.

<sup>60</sup> Dostupné z <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>. [Citováno 1. 11. 2012].

<sup>61</sup> Dostupné z <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-2-2012>. [Citováno 1. 11. 2011].

V Informačním zpravodaji z dubna r. 2012 SÚKL upozorňuje:

„Připomínáme lékařům, že po podání vakcíny Infanrix se mohou u dětí dříve očkovaných vakcínou Infanrix Hexa velmi často setkat s rozsáhlou lokální reakcí, která odezní průměrně za 4 dny. Na možnost takové reakce je nutné upozornit i rodiče očkovaných dětí“<sup>62</sup>.

SÚKL dále informuje, že v roce 2012 došlo k nárůstu hlášení nežádoucích reakcí po aplikaci Infanrixu Hexa a to pravděpodobně v souvislosti se změnou očkovacího kalendáře [SÚKL 2012: 3].

Z opakovaného upozorňování praktických lékařů ze strany SÚKL vyvozují, že SÚKL má reálný zájem na tom, aby nežádoucí účinky ze strany lékařů hlášeny skutečně byly. V roce 2001 SÚKL provedl ve spolupráci s oddělením klinické farmakologie 1. LF UK a VFN šetření, které sledovalo informovanost lékařů týkající se zachytu nežádoucích účinků a způsobu jejich hlášení. Šetření probíhalo formou strukturovaného rozhovoru s 500 lékaři v ČR, jejichž počet byl proporcionálně rozdělen podle počtu ÚZIS<sup>63</sup> evidovaných lékařů v každém kraji. Dle autorů studie je zarážející, že zhruba 10 % lékařů se nesešlo během své praxe se žádnými nežádoucími účinky. Tuto skutečnost autoři interpretují buď jako nedostatečnost ze strany lékaře nežádoucí účinek diagnostikovat anebo jako nedostačující snahu na spolupráci ze strany lékaře na výzkumu (což je dle mého mínění také poněkud zarážející, vezmeme-li v potaz to, že mezi základními etické normy lékaře patří zásada nepoškodit pacienta [Ondok 1999: 15]). Autoři studie tvrdí, že „pravděpodobně identifikovali skupinu lékařů, kteří nejsou zřejmě schopni komplexně hodnotit reakci pacientů na léčbu a následně léčbu optimalizovat“ [SÚKL 2012: 3]. Dále z výzkumu vyplývá, že velká většina lékařů ví o zákonné povinnosti nežádoucí účinky hlásit (téměř 92 %), ale více jak polovina lékařů

---

<sup>62</sup> Dostupné z <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-4-2012?highlightWords=informacni+zpravodaj>. [Citováno 1. 11. 2011].

<sup>63</sup> ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

neví, které nežádoucí účinky hlásit. Autoři studie tyto skutečnosti interpretují následovně:

„Z otázek směřovaných na problematiku hlášení nežádoucích účinků lze tedy odvodit, že vysoký podíl lékařů v ČR se setkává s nežádoucími účinky a diagnostikuje je. Vysoký počet lékařů si je vědom povinnosti nežádoucí účinky hlásit. Nízké počty hlášení nežádoucích účinků v ČR je tedy třeba přičíst nízké motivaci lékařů k hlášení a příčiny této nízké motivace bude účelné blíže sledovat. Významného zvýšení počtu hlášení by bylo možné rovněž dosáhnout zvýšením počtu lékařů informovaných o správné technice hlášení“ [SÚKL 2012: 3].

Z celkového počtu respondentů dotazníkového šetření 50 % rodičů, kteří nechali své dítě/děti naočkovat alespoň jednou dávkou povinného očkování a vyplnili kolonku důvodů pro odmítnutí očkování, měli jednoznačnou zkušenost s negativní reakcí po očkování. Někteří z respondentů nedokázali určit, zda se jednalo o nežádoucí post-vakcinační reakci či ne, odpovědi korespondují s tvrzení SÚKL, že je složité prokázat existenci kauzálního vztahu mezi nežádoucím účinkem a podáním léčebného přípravku. Právě z tohoto důvodu vyzývá SÚKL lékaře rovněž k hlášení *podezření* z nežádoucích účinků. Jak dokazují odpovědi respondentů dotazníkového šetření, nejednota v kritériích definování nežádoucích účinků se vyskytuje i mezi pediatry:

*„V dlouhodobějším horizontu vznik atopického ekzému, alergie (nedá se prokázat, že to spustilo očkování).“ (Ř8)*

*„Změny nálad, otok po vpichu, mám podezření na atopický ekzém po očkování u obou dětí, nelze však dokázat.“ (Ř74)*

*„Reakce na očkování (teplota atd.) lékaři uváděné jako «normální».“ (Ř14)*

Z dotazníku rovněž vyplývá četnost způsobů řešení vzniklé situace nežádoucích účinků. Ve 32 % rodiče vzniklou situaci řešili se svým pediatrem. Dalším nejčastějším způsobem řešení bylo využití homeopatických přípravků (12 %).

Odpovědnost za nežádoucí účinek po podání vakcíny povinného očkování nese aplikující lékař. Od této odpovědnosti se nemůže osvobodit ani

v případě řádného poučení pacienta (zákonného zástupce) o možných nežádoucích reakcích. Tato situace zcela zřejmě vyúsťuje v konflikt zájmů lékaře, který je na jedné straně povinen hlásit nežádoucí účinky po očkování, na straně druhé však za ně nese zodpovědnost. Zarážející tedy není podhlášenost vedlejší účinků očkování a to i přes její zákonnou povinnost. Nesení zodpovědnosti lékařem za něco, co nařizuje stát, je přinejmenším hodné diskuze. Pokud stát povinnost očkování nařizuje, měl by za něj i nést odpovědnost. V opačném případě lze v této skutečnosti spatřit jistý ústavní nesoulad [Liga lidských práv 2012]. Na nejasnosti a nedostatečnosti v hlášení nežádoucích reakcí po očkování upozorňovaly paní Jana a Sabina:

*„Je to asi rok zpátky nebo když jsem to řešila, tak byl v Hyde parku pan docent Janda a on sám přiznával a ještě o tom mluvil, teď nevím jestli pan Prymula, kdy oni sami přiznávali, že nežádoucích účinků se hlásí velmi malé procento, takže nelze zodpovědně ani objektivně zhodnotit, nějaký vliv na zdraví dítěte [...] až zpětně jsem si uvědomila, že se objevovaly nějaké jakoby nežádoucí účinky a pokud jsem to tedy zmínila u lékařky, tak mi bylo řečeno, že to v žádné případě nemůže být z očkování, jen tak bez jakýkoliv vyšetření nebo bez bližšího zkoumání.“ (Jana)*

*„Oni prostě říkají, že ty ženské jsou odpíračky očkování, ale ono je to trochu jinak, protože já vím naprosto bezpečně, že moje lékařka tu naší reakci na hexu nehlásila, protože mi tvrdila, že je to naprosto normální, že dneska má ekzém prostě každý, že to s tím nemá absolutně nic společného a když já si potom přečtu, že všechny ty ostatní vakcíny jsou v uvozovkách bezpečné, tak prostě Ondra dostal dvě naprosto bezpečné a lékařka to nikde nehlásila, prostě u té hexy mi vysvětlila, že to je normálka, ať se podívám kolem sebe, že moje dítě je normální, že v podstatě já nejsem normální, když ekzém nemám.“ (Sabina)*

Ženy odmítají přijmout za fakt tu skutečnost, že změna zdravotního stavu dítěte po očkování je považována pediatrií za „normální“ reakci. Problematickým nahlíží hlášení a obtížné objektivní hodnocení nežádoucích reakcí také odborníci z oblastí vakcinace. Řešením by mohlo být převzetí zodpovědnosti za nežádoucí post-vakcinační reakce státem, který také povinnost očkování nařizuje.

Na hlášení nežádoucích reakcí po očkování lze nahlížet v kontextu kázeňského mechanismu, který je součástí Foucaultem [2005: 215 - 217] definované biopolitiky. Aktivní sebekázeň můžeme spatřit v možnostech

hlášení těchto nežádoucích účinků samotnými pacienty<sup>64</sup>, kteří jako součást projektu biopolitiky dohlíží pomocí sebedisiplíny nad zdravotní nezávadností [Rose 2001: 2]. Ke zvyšování úrovně zdraví je zapotřebí disponovat podrobnými kategorizovanými informacemi, které v konečném důsledku napomáhají ke zlepšení života. Biopolitika se soustřeďuje na zajištění blahobytu společnosti, umožňuje všem jedincům dosáhnout primárních sociálních jistot a systém všeobecné zdravotní péče v tomto procesu zastává klíčovou pozici [Parusniková 2000: 135]. Hlášení nežádoucích účinků je možné nahlížet ambivalentní, na jedné straně je jeho stanoveným cílem ochrana pacienta, na straně druhé hlášení znamená kontrolu. Ochrana je zabezpečena kontrolou [ibid]<sup>65</sup>.

### 3.5.3 Matky - nositelky expertního vědění

Jedním ze zajímavých zjištění byla skutečnost, že kromě jednoho případu se mi s nabídkou pomoci na pokračování výzkumu ve formě osobních hloubkových rozhovorů ozvaly ženy. Pouze v jednom případě se mi ozval muž, se kterým se nám nakonec vzhledem k jeho velkému pracovnímu vytížení nepodařilo najít vhodný termín k rozhovoru. Přestože ženy ve všech případech konzultovaly se svými partnery problematiku povinnosti očkování, dle reakcí zvláště matek na osobní schůzky je zřejmé, že péči o dítě, která zahrnuje a to zejména v raném věku dítěte časté návštěvy dětského lékaře, je primárně jejich dominantou. Například paní Klára a Andrea mi během rozhovoru potvrdily, že jim partneři v jejich rozhodnutí ohledně povinnosti očkování byli plnou oporou:

*„[...] veškeré to studium jsem dělala já, ale samozřejmě to finální rozhodnutí jsme si museli říct společně, že jo, takže i on ten papír pediatričce podepsal, ale on možná, co se týče těch záležitostí dětí, úplně těch nejmenších dětí, tak on to vnímá spíš jakoby, že je to v kompetenci té ženy, v kompetenci muže je něco trošku jiného,*

<sup>64</sup> Česká republika patří mezi země, kdy nežádoucí účinek po podání léku (vakcíny) může nahlásit sám pacient. Dostupné na <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>. [Citováno 5. 11. 2012].

<sup>65</sup> Dalšími nejčastějšími důvody pro odmítání povinnosti očkování získaných z dotazníkového šetření byly: příliš časný věk dítěte, které nemá dostatečně rozvinutý imunitní systém (15 %); přítomnost toxických prvků v očkovacích látkách (7 %); preference přirozeně vytvářené imunity proděláním onemocnění (5 %).

*takže to nějak zásadně ani nerozporuje, nějakým způsobem ten jeho pohled byl pro mě taky jakoby důležitý, myslím, že jsme se na tom celkově shodli.“ (Klára)*

*„Mluvili jsme o tom doma, on tedy říká, že je to na mně, že to tedy nechá na mně, jak já se rozhodnu, tak on s tím bude souhlasit.“ (Andrea)*

Z reakcí žen na výzvu ke spolupráci na výzkumu je zřejmé, že v současné postmoderní společnosti je to stále matka, na kterou ve většině případů spadá ta největší část péče o dítě a je hlavním osobou zodpovědnou za jeho výchovu, protože „mateřství je pokládané za přirozenou a očekávanou roli ženy a je součástí konstrukce feminity v naší společnosti“ [Potančoková 2009: 62]. Faktem ale je, že mateřství významně nezasahuje jen do života ženy, ale současně i do života druhého rodiče – muže, třebaže poněkud jiným způsobem. Muž má v rámci rodiny k dětem vztah spíše volnější, základ tohoto vztahu se rozvíjí již od rané socializace dítěte [Možný 1990: 107]. Skutečnost, že mateřství, péče a starost o dítě je primární doménou ženy, odpovídají i výsledky dotazníkového šetření. Jak již bylo zmíněno, dotazník vyplnily téměř v 93 % ženy.

Z výpovědí komunikačních partnerek je patrné, že rozhodování o věcech spojených s péčí o zdraví dítěte je primárně jejich záležitostí, avšak diskuzi s partnerem nad těmito problémy neopomíjejí, tak jak uvedly paní Barbora a Anna:

*„Tak pokud ten partner není mrtvý anebo nedělá naprosto mrtvého brouka, tak to je věc, kterou musí řešit oba dva. Blbé je, pokud na to mají diametrálně odlišný názor, že jako jeden chce stoprocentně očkovat i proti rýmě a proti blbosti a druhý nechce vůbec nic. To si myslím, že je docela problematické, nicméně to si musí vyřešit oni sami. Manžel tedy dal celkem na moje argumenty.“ (Barbora)*

*„No určitě, to rozhodně, přeci jenom já mám jenom půlku toho dítěte.“ (Anna)*

Z uvedených citací je evidentní, že i přesto, že se vztahy v rodině mezi ženou a otcem stávají v současné době více rovnocennými, být matkou stále znamená mít plnou zodpovědnost za péči o dítě a tato péče se stává pravidelnou a zásadní součástí života ženy, která „[...] na sebe přebírá uspokojení požadavků vyvstávajících z nároků a potřeb dítěte, ale i ze sociálního prostředí, které na ní klade požadavky a očekávání“ [Kiczková

2006: 420]. Četné výzkumy dokládají, že péče o dítě pro ženu znamená vlastně „přirozenou povinnost“ ve formě zakotveného kulturního vzorce, zatímco pro muže představuje péče o dítě spíše zábavu a příjemnou změnu pro trávení volného času [Maříková 2000: 116 - 120], „neboť být matkou znamená být vůbec na straně všeho, co je bezmocné, přiklánět se láskyplně ke všemu, co je na světě malé a slabé, mateřský princip je dvojitý, souvisí nejen s narozením dítěte, ale s opatrováním a péčí o to, co se narodilo“ [Fort von le, 1990 in Vodáková a Vodáková 2003: 100].

Dle Vodákové a Vodákové [2003: 108] v české společnosti převládá tradiční model péče o dítě, který charakterizuje matku jako osobu zajišťující dětem každodenní a všestrannou péči po stránce výchovy, péče, nápadů a zajištění realizace smysluplného trávení volného času, matka je zároveň „spojenec“ dětí a pevným bodem v jejich životech včetně negativ, který s sebou vztah matky a dítěte může nést. Rovněž Možný [1990: 107] argumentuje, že matka je nejen v dětství, ale i během dospívání rodičem, který se více soustřeďuje na zájmy dítěte a více s dítětem komunikuje a diskutuje témata z různých oblastí zájmu dítěte. Otec se tak dle Možného stará o problémy svého dítěte v poněkud menší míře.

Nelze se tedy pozastavovat nad tím, že pokud žena ovládá celý „dětský svět“, je nejen hlavní pečovatelkou, ale stává se v současné době navíc také nositelkou expertního vědění týkajícího se zdraví. Role matky v rodině tedy konotuje s tvrzením „vše je na ženě“ [Vodáková a Vodáková 2003: 108]. Matky jsou tím rodičem, který je více informovaný, nese větší zodpovědnost za život a zdraví dětí. Ony jsou těmi, které v rámci své zodpovědnosti přebírají převážnou část rozhodnutí za dítě a to jak v otázkách zdraví, tak i v dalších oblastech jejich života. Bez partnera, otce dítěte to samozřejmě tak zcela nefunguje, ale v tomto typu rodiny muž představuje ve většině případů pouze autoritu [ibid], která častěji než matka rozkazuje. I přesto, že muž jako autorita v rámci rodiny spíše rozkazuje, žena prosí a žádá a mužům se sociální prostor

v rodině v posledních letech více než otevřel, je rodina a péče o ní stále především dominantou ženy [Možný 1990 : 108 - 110].

Matky se tak stávají aktivními partnerkami v péči o zdraví. Nejenže přijímají zodpovědnost za zdraví, ale zároveň mají povinnost zdraví sledovat a řídit [Rose 2001: 6]. Samotný stát přitom apeluje na jedince, aby v kontrole a řízení svého zdraví byl partnerem především aktivním. Kultura odpovědnosti ke zdraví je součástí každého z nás, protože existujícím možným rizikům lze v současné době prostřednictvím aktivní odpovědnosti předcházet. Matky tak disciplinují sami sebe skrze touhu po dobrém zdraví a disciplinace je současně prováděna způsobem, který rovněž vede k dosažení nejlepšího prospěchu v oblastech zdraví dítěte [Rose 2001: 6]. Aktivní přístup v rozhodování o zdraví, disciplinace a přenesení odpovědnosti za zdraví na jedince samotného, je patrná i z výpovědí paní Sabiny a paní Elišky:

*„[...] já jsem připravená to odmítnout, já jsem připravená nést ty rizika, které to sebou nese. Kdyby opravdu nedejbože se stal nějaký průšvih a bylo to proto, že to dítě není naočkované, tak já jsem připravená plně nést všechny důsledky. Ale stát na to prostě připravený není, on říká vlastně - vy musíte a už neříká, co musí on. Takže takhle je to pro mne naprosto nepřijatelné.“ (Sabina)*

*„A ta dobrovolnost je podle mě už nevyhnutelná. Já fakt si neumím představit, že stát mi tohle nařizuje, jsou to prostě moje děti, jsou to moje děti a já si chci rozhodovat o nich a o jejich zdraví. Jako o všem ostatním, co člověk rozhoduje, že jo.“ (Eliška)*

Komunikační partnerky upozorňují rovněž na odpovědnost v kontextu rizik, která s sebou péče o zdraví dítěte může nést. Jedinec žijící ve společnosti charakteristické demokratickými zásadami disponuje právy a povinnostmi – dle žen je jejich právo vybrat si podle individuálních preferencí medicínskou intervenci a povinností nést odpovědnost za svou svobodnou volbu, která však, jak si samy uvědomují, se může pojit s riziky.

Současná společnost je charakteristická nejen disciplinací jedince, který se aktivně stará o své zdraví, ale rovněž krizí důvěry, která se nachází jak na



úrovni mezilidské<sup>66</sup>, tak na úrovni expertních systémů a expertního vědění, v souvislosti čehož dochází také ke vzniku nedůvěry v expertní vědění medicíny jako neomylné instituce [Beck 2002: 258 - 259]. V jádru všech vztahů, tedy i vztahu mezi pacientem a lékařem, respektive představitelem expertního vědění, je existence určité dávky ambivalence, která může být důvodem pro skepsi, opatrnost a vyústit v silnou kontrolu ze strany jednoho účastníka vztahu (v tomto případě pacienta, resp. zákonného zástupce dítěte). K poklesu důvěry v medicínu jako neomylnou instituci dochází zároveň v kontinuu s individuálními prožitky a s aktuálním věděním, poskytovaným kupříkladu masovými médii [Giddens 2003: 79 - 82].

### **3.5.4 Povinnost očkování v kontextu českého zdravotnictví**

Na povinnost očkování nahlížím v kontextu Foucaultových myšlenek formujících koncept biomoci - moci ve vztahu ke zdraví jedinců ve společnosti, kterou lze charakterizovat jako prostředek disponující oprávněním k zásahům a k řízením životů lidí. Jak jsem již popisovala v teoretické části (2.1), biomoc funguje na základě subtilních mechanismů usměrňování a manipulování, přičemž tyto mechanismy představují nedílnou součást byrokratických aparátů moderního státu. Biomoc tak potažmo spravuje zdraví lidí dané populace [Parusniková 2000: 133]. Politickým zájmem moderního státu je zájem především morální, zamezující nerovnostem ve zdraví interpretovaný především rétorikou úspěchů politiky, která dohlíží nad správou zdraví populace [Rose 2001: 5 - 6].

Z konceptu biopolitiky nelze vydělit instituci zdravotnictví zahrnující preventivní medicínu ve formě ochrany veřejného zdraví populace. Prostřednictvím ochrany veřejného zdraví spolu s kázeňskými a regulačními mechanismy dochází k zajištění nejlépe vyhovujícího biologického vývoje obyvatelstva [Foucault 2005: 222 - 226]. Moc nad životem je tedy vykonávána

---

<sup>66</sup> Inglehart interpretuje výsledky výzkumů Colemana, Almonda, Verba, Putnama a Fukuyamy, kteří tvrdí, že post-komunistické země se vyznačují poměrně nízkou úrovní mezilidské důvěry [Inglehart, Baker 2000].

rovněž prostřednictvím lékařských intervencí a od lékařů se očekává, že budou upřednostňovat spíše zájmy ochrany veřejného zdraví než individuální preference jedinců [Křížová 2006: 16]. Kriticky, ve smyslu mocenského nadřazení, na fungování veřejného zdravotnictví nahlíží například paní Klára:

*„[...] tak to klasické zdravotnictví to je katastrofa. To je prostě z pozice moci. A prostě buď akceptujete všechno, co vám prostě ten gynekolog nebo porodník říká a žádná diskuze neexistuje anebo prostě, když to nechcete, tak se okamžitě na vás začnou uplatňovat různé manipulace, emoční vydírání z pozice moci, aby prostě dosáhli svého. A to mi přijde fakt hodně špatné.“ (Klára)*

Jak je z uvedené citace patrné, problematickými vidí paní Klára zejména neochotu lékařů diskutovat s pacientem a nátlak, kterému musí z jejich strany čelit. Je zřejmé, že lékař má tendenci stále vystupovat z pozice neomylné autority, kterou ale jedinci žijící v současné společnosti často nejsou ochotni přijmout. Vztah mezi lékařem a pacientem je tak narušen nerovnováhou, která z pozic jednotlivých aktérů vztahu plyne a zároveň je poznamenán pochybnostmi či nedůvěrou plynoucími ze strany pacienta ve správnost léčebného postupu aplikovaného lékařem.

Povinnost očkování analyzuji pomocí optiky biomoci a biopolitiky, tedy skrze pohled intervenční techniky, která donucuje jedince k *povinné* účasti na prevenci svého zdraví a která je součástí disciplinační moci společnosti ubírající se *především* směrem hodnotné společnosti jejíž prospěch a hodnota vyplývají zejména ze zdraví jejích členů. Moderní společnost stojí na předpokladu samozřejmě internalizace hodnot vztažených ke zdraví a jeho prevenci rovnající se civilizovanosti, normalitě a morálce. Lidem vzpírajícím se přijmout tyto hodnoty, hrozí společenská exkluze [Parusniková 2000: 135 - 139]. Vyčlenění svých dětí z kolektivu vrstevníků popisuje například paní Valérie:

*„Nepřijali nás do školky, takže jsme se na ně dovolávali, nicméně to vyšlo negativně v náš neprospěch [...]. No teď prostě platíme soukromou školku pro děti, my žijeme na okraji města, ale je to něco jako vesnice a tam všichni žijí v takové jakoby komunitě a ty děti tam spolu tráví spoustu času venku a znají se, nemáme problém, že by třeba dcera nebyla v kolektivu, ona je extrovertní, vysoce společenská, ale teď všechny děti chodí do té školky a tohle je pro ní opravdu strádání [...] a cítím že ta školka by pro ni byla velkým sociálním přínosem [...]. Takže jsme se zadlužili kvůli*

*školce a máme ty děti dvě, je to patnáct, šestnáct tisíc měsíčně, krát deset měsíců. Takže já jsem teď začala chodit do práce, abych ten svůj plat odevzdala jim na to předškolní vzdělání. A myslím si, že to není spravedlivý, že vlastně těm dětem je odpíráný právo na předškolní vzdělávání. Takže jsme to řešili s ombudsmanem, kde jsem jakoby žádala o vyjádření, když Evropská unie vydala příkaz Česku, že ty rodiče nemají za to pokutovat finančně, takže já osobně tohle považuji za nepřímou pokutu, protože sice mi nedají pokutu deset tisíc, ale já bych raději zaplatila pokutu deset tisíc a měla dítě ve školce než zaplatit pokutu a oni by nám ho tedy stejně do té školky nevzali. Takže tohle já považuji za diskriminační anebo to považuji za nepřímou pokutu, nicméně taky odpověděli, že bohužel podle legislativy co je, tak se nejedná o diskriminaci, že ten stát má právo si tohle určit. Pak já si zase říkám, já jsem řádný občan, který platí daně, a mám právo na tyhle sociální služby a vlastně nemám tu možnost to dítě tam dát.“ (Valérie)*

Paní Valérie nesouhlasí s tím, aby jejich děti byly vyloučeny z kolektivu předškolních dětí. Interakce v dětském kolektivu jsou důležitou součástí procesu socializace a podílí se na vytváření identity jedince. Izolací dětí tak může dojít k socializačním problémům, například při pozdějším začleňování do kolektivů. Řešením pro děti paní Valérie je soukromá školka, která ovšem na druhou stranu představuje pro rodinu značnou finanční zátěž. Sociální exkluze nenačkovaných dětí tak představuje nepřímou sankci, která velmi zatěžuje celou rodinu – sankce dopadá zároveň na děti i jejich rodiče.

Biopolitika usměrňuje disciplinaci rodičů v oblastech povinného očkování s cílem dosáhnout co nejkvalitnější a zdravé populace, bez infekčních nemocí. V posledních letech však dochází k proměně biomoci definované Foucaultem [Rose 2001: 2]. Role pečovatelského státu (pejorativně nazývaném „Nany State“) je stále viditelněji kritizována a to hlavně z toho důvodu, že zbavuje jedince nezávislého rozhodování. „Zdůrazňuje se ona kontrolující a dohlížející funkce státu, který jednotlivce sešněrovává do systému nespočetných pravidel a aparátů a nedává mu prostor pro vlastní iniciativu“ [Parusniková 2000: 136]. Každý člověk je dnes ustavičně vybízen k tomu, aby sám aktivně kontroloval a řídil svůj život. Povinnost kultivace života se tak stává téměř „morální povinností civilizovaného jedince“ [Parusnikova 2000: 132]. Je zřejmé, že současná společnost definovaná Beckem jako *riziková*, požaduje po každém jedinci v ní žijícím převzetí kontroly a řízení svého života [Parusnikova 2000: 136]. Riziková společnost nás tedy ustavičně nutí nejen k odhalování dalších rizik, ale zároveň nás nutí k adaptaci chování vzhledem k nalezeným rizikům.

Jednou z účinných obran před rizikovou společností a riziky s ní spojenými bychom mohli chápat návrat k přírodě a přirozenosti. Rétorika přirozenosti se objevila i u 5 % respondentů dotazníkového šetření, kteří důvodem pro odmítání povinnosti očkování uvádějí preferenci přirozené imunizace organismu před imunitou navozenou očkováním.

Přestože by se mohlo zdát, že kontrola a řízení vlastního života jsou svobodnou volbou každého z nás, ve skutečnosti jsou neoddělitelnou součástí disciplinární moci, která vyžaduje aktivní sebedisciplínu každého člověka [Parusnikova 2000: 137]. V současné společnosti by každá lidská bytost měla být aktivní a zároveň zodpovědná v péči o své zdraví. Odpovědnost za zdraví jednotlivce je převedena na samotného člověka - disciplinační moc pracuje takovým způsobem, že lidé aktivitu a zodpovědnost v péči o své zdraví přijímají jako svou individuální svobodnou volbu [Rose 2001: 6]. Subtilní disciplinační techniky v pozdně liberálních společnostech spoléhají na cílevědomá, zodpovědná individua, která jsou schopna sebekontroly a seberegulace. Přeměna konceptu biomoci prostřednictvím které dochází ke zplnomocnění jedince v aktivního partnera v péči o své zdraví, vyúsťuje ve skutečnost, kterou lze spatřit i v oblasti povinnosti očkování. Oblasti péče o zdraví přestávají být výsadní oblastí odborníků [Parusniková 2000: 138 - 139]. Péči o zdraví svých dětí přebírají rodiče, jak je patrné z výpovědi paní Elišky a paní Andrey:

*„Povinnost očkování musí být zrušena [...]. Opravdu si myslím, jestli si hrajeme na demokratickou společnost, tak toto musí být postaveno na základě nějaké dobrovolnosti. „Představuji si to tak, že člověk nebude zastrašovaný, že se stane partnerem lékaře [...]. Tyhle věci se musí zničit, zrušit, musí tady být normální dialog, komunikace. A ta dobrovolnost je podle mě už nevyhnutelná. Já si fakt neumím představit, že stát mi tohle nařizuje, jsou to prostě moje děti a já si chci rozhodovat o nich a o jejich zdraví.“ (Eliška)*

*„Myslím si, že ve společnosti těch rodičů přibývá, který si chtějí o tom rozhodovat svobodněji, takže já bych ráda svým hlasem přispěla k tomu, aby se na úřadech vědělo, že o to ten zájem je [...]. Ještě jednou bych zdůraznila, že nejsem proti očkování, ale prostě bych byla ráda, kdyby se to nějak rozvolnilo, podařilo rozvolnit, aby se každý mohl rozhodnout, protože jde o moje dítě, já mám za něj zodpovědnost a ráda bych rozhodla o tom, co mu přijde do těla.“ (Andrea)*

Paní Eliška a Andrea, stejně jako ostatní participantky výzkumu, se cítí být maximálně zodpovědnými za zdraví dětí a péči o něj a aktivně se tohoto procesu zapojují. Disciplinační techniky dnešních společností je k tomu sice „neviditelné“, ale přesto jasně směřují – tuto skutečnost lze spatřit v odmítání starého konceptu biomoci a pečovatelské role státu. Rodiče péči o své zdraví a zdraví svých dětí vnímají skrze dle jejich mínění jediného možného přístupu a to přístupu plně kompetentního, aktivního a zodpovědného rodiče, který rozhoduje o správě zdraví svého dítěte.

Respondenti/ky dotazníkového šetření nahlízejí na povinnost očkování nařízenou státem v 48 % jako na omezování svobodné volby a práv individua vyplývajících z ústavy ČR, tyto omezení jim znemožňují aktivně a zodpovědně participovat na správě svého zdraví a zdraví svých dětí. V povinnosti očkování zároveň vidí porušování základních lidských práv. „Nany state“ dle nich setrvává v podobě totalitní diktatury přežívající z doby komunismu, která je však zahalena „rouškou“ bezpečí a ochrany zdraví populace. V 5 % respondenti/ky dotazníkového šetření poukazovali/y na systémy očkování v okolních státech a to zejména v sousedním Německu a Rakousku. V Německu, stejně jako v Rakousku, neexistují žádná povinná očkování, tato skutečnost vychází z práva na seburčení pacienta. Také některé komunikační partnerky porovnávaly povinnost očkování v České republice s očkovacími systémy v sousedních státech, jak je patrné z vyprávění paní Elišky:

*„Mám kamarádku, která žije na slovensko-rakouských hranicích a už třeba ten její příběh byl nádherný v tom smyslu, kdy mi říkala, jak její sestra se staršími dětmi, velké nežádoucí účinky po očkování, tak že to tak do ní hrnula, když se jí narodil syn tak - neočkuj, neočkuj a tím, že bydlí na hranicích a rodila v Rakousku, tak toho pediatra má v Rakousku. A ona tam jela v těch třech měsících úplně vystrašená, vyklepaná, co jí vlastně jakoby čeká, jak se tam bude dohadovat a vybojovávat si takový to, že aspoň nějaký malý odsun a ten doktor se na ní jenom podíval a viděl, jaký je uzlík nervů a říká, proboha co se vám stalo, děje se něco? Je něco s miminkem? A ona ne, ale vy mi budete nutit to očkování, my máme v rodině špatný a my nechceme a jenom aspoň trošičku posunout a on se na ní podíval a říkal proboha, vždyť co blázníte? My tady máme demokracii. Když nechcete, nebudeme, nemusíme, můžeme, kdy budete chtít a až co budete chtít.“ (Eliška)*

V Německu existuje systém doporučeného očkování, který vychází z doporučení Stálé očkovací komise Institutu Roberta Kocha. Očkování se nařizuje jen ve sporadických, epidemiologicky odůvodněných případech. I přes dobrovolnost očkování je v Německu před nástupem do škol naočkováno proti nejzávažnějším infekčním nemocem, jako je záškrť, černý kašel a dětská obrna 96 % dětí. V Rakousku neexistují žádná povinná očkování, ministr zdravotnictví vydává vyhlášku stanovující doporučená očkování a to pouze v situaci, kdy může dojít k ohrožení veřejného zdraví<sup>67</sup>. Proočkovanost v Rakousku proti záškrť, černému kašli a dětské obrně dosahuje úrovně nad 80 % [Liga lidských práv 2012: 26 - 54].

I přes dobrovolnost očkování v Německu a Rakousku, je proočkovanost dětí v těchto zemích na nezanedbatelné úrovni. Rodiče nejsou do ničeho nuceni, dbají však doporučení, která ale uskutečňují na základě individuální svobodné volby. Dle výsledků mnou provedeného výzkumu lze konstatovat, že participantky by preferovaly stejně zodpovědný a aktivní přístup k péči o zdraví spojený s respektováním svobodné volby pacienta podobně jako ve zmiňovaném Německu nebo Rakousku, ale instituce zdravotnictví v České republice, alespoň v mnou zkoumaném odvětví preventivní péče, tento přístup zcela opomíjí, odmítá a zavrhuje a na aktivismus ze strany rodičů je z jeho pozice nahlíženo spíše v negativním slova smyslu. Zdá se, jakoby totalitně striktní nařizování v současné demokratické ČR v některých oblastech instituce zdravotnictví stále přetrvávalo.

Jedním z vysvětlujících důvodů by mohlo být zastoupení praktikujících dětských lékařů v ČR podle věku. Vycházím-li z předpokladu, že techniky biomoci se začínají v ČR proměňovat až po revoluci v roce 1989, jedinci studující všeobecné lékařství až po tomto roce by mohli vnímat vztah jedince ke svému zdraví odlišně než ti, kteří medicínu vystudovali v období před

---

<sup>67</sup> Příkladem může být doporučené očkování v roce 2009 proti chřipce způsobené virem H1N1, u nás známe také jako „prasečí“.

rokem 1989, tedy v době striktního autoritativního nařizování nepřipouštějící žádný odpor. V České republice v roce 2010 praktikovalo celkem 2098 lékařů pro děti a dorost a z nich je pouze 95 do věku 39 let a nad 40 let celkem 2003 [ÚZIS 2012: 183]<sup>68</sup>. Nespokojenost se setrvačností předrevolučního systému zdravotní péče dokládají citace respondentů dotazníkového šetření a výpověď paní Andrey:

*„Osobně povinné očkování, já i můj manžel, považujeme za pozůstatek totality a omezování osobní svobody. Myslíme si, že stát nařizuje očkování na historické bázi, tzn. svým způsobem ze setrvačnosti [...].“ (Ř125)*

*„Šikana. Postoj pokládám za zkosnatělý a ignorantický. Myslím, že stát, jako nástroj farmaceutické lobby, pod rouškou «ochrany obyvatelstva» hazarduje se zdravím mého dítěte a plete se do věcí, které patří do výhradně rodičovské sféry.“ (Ř25)*

*„No mně moc jako nevyhovuje ten model českého zdravotnictví. Mám pocit, že je zastaralý, zkosnatělý, nepružný pro moje potřeby, prostě mi to moc nevyhovuje ten způsob. Vůbec direktivní nařizování [...]. Ocenila bych, že si nepřipadám jako pacient, ráda bych byla klient zdravotnictví, ale většinou tak není se mnou jako s klientem jednáno [...]. Ale nemám jenom špatný zkušenosti [...], ale prostě si myslím, že ten systém by snesl nějakou změnu.“ (Andrea)*

System českého zdravotnictví včetně povinnosti očkování je rodiči, kteří se účastnili výzkumu, nahlížen jako nevyhovující. Kriticky hodnotí přetrvávající stereotypní vzorce v péči o zdraví z doby socialistického zdravotnictví a to zejména autoritativní zásahy státu do soukromého prostoru, který zahrnuje dle mínění účastníků výzkumu péči o zdraví a ve kterém by se měl každý rozhodovat na základě dialogu s lékařem a individuální svobodné volby.

Diskurz zdraví vede jedince k neustálému přemýšlení nad nejvhodnějším plněním maxima pro zdraví a péči o něj. Techniky biomoci mají tendenci k tomu, aby k dosažení svých cílů využívaly nátlaku a zastrašování, poukazujíc na hroživé scénáře situací, kdy jedinec optimálně nenaplnuje program kultivace svého zdraví [Parusniková 2000: 138]. Pro některé

---

<sup>68</sup> Mohu se tedy domnívat, že tito lékaři praktikují lékařskou praxi v „zajatých stereotypech“ bez ochoty změnit své postoje vycházející z pro ně stále platného mocenského postavení lékaře jako takového. Je zde tedy vidět jistý rozpor – jednak všudypřítomný tlak ze strany společnosti na aktivní účast na prevenci zdraví každého z nás a autoritativní mocenské nařízení lékaře jakoukoliv aktivitu ze strany rodičů odmítající.

z komunikačních partnerek bylo velmi obtížné rozhodnout v co nejlepším zájmu dítěte a to zvláště tehdy, kdy podporu ze strany lékaře postrádají nebo je jim dokonce vyhrožováno:

*„No a já jsem prostě věděla, že mám měsíc na to, abych si zjistila, co budeme a nebudeme, protože jsem měla takovou představu, že bychom to třeba rozvolnili až po půl roce, že bych prostě neočkovala hned takové miminko, protože nejzákeřnější z toho je vlastně černý kašel a toho se zrovna tak jako úplně nebojím, ale bylo to takové hodně hektické, když jsem strašně potřebovala načíst a hrozně mi to leželo v hlavě a teď jsem pořád přemýšlela, šrotovalo mi to, co vlastně potřebujeme, nepotřebujeme mít, jít do toho, nejít do toho, teď ze strany doktorů podpora žádná.“ (Hana)*

*„Jo snažili jsme se (diskutovat), ale ona si stála za tím, že se musí očkovat a tam nám strašně vadilo to zastrašování, že když jí nenaočkujete, tak jí vezmete ven a ona vám umře na ten černý kašel a když ne na kašel, tak prostě až se někde škrábne, tak na tetanus a je konec prostě, takže docela nechutný, fakt až nechutný.“ (Pavla)*

K přemýšlení nad optimalizací kultivace zdraví je zapotřebí dostatek informací. Tato skutečnost vede jedince k potřebě neustálého sebevzdělávání a vyhledávání nových informací. Informace jedinci vyhledávají v různých zdrojích a není neobvyklé, že se setkávají s informacemi, které si protirečí [Parusniková 2000: 139]. Jedním z příkladů může být zmiňovaná studie, provedená odborníky zabývajícími se vakcinací o celoplošném očkování proti hepatitidě B a nerespektování jejích výsledků a doporučení<sup>69</sup>. Nejasnost informací a jejich často protichůdné interpretace zdůrazňovaly i participantky:

*„Nejabsurdnější mi to připadá třeba s tou žloutenkou jo, nevím, proč by se na to měly očkovat několika měsíční děti, vždyť to je přeci na palici. Takže očkování ano, ale ať je naočkovaný ten, kdo se vyskytuje v těch rizikových skupinách nebo kdo má nějaké problémy, anebo ať je to dobrovolné.“ (Sabina)*

*„[...] vůbec když jsem si četla příbalový leták vakcíny (MMR), tak sám výrobce přiznával, že hlavní doba účinnosti je prvních deset let a pak to klesá. Takže já ho (syna) v uvozovce budu možná chránit prvních deset let života, kdy tyhle nemoci (spalničky, příušnice, zarděnky) mají nejlehčí průběh, protože jsou dětské a pak na tu pubertu už ho to vlastně chránit nebude a od té doby už to vlastně nefunguje, prostě to úplně postrádá logiku.“ (Eliška)*

Dle výsledků dotazníkového šetření je patrné, že další výhrady k povinnosti očkování ze strany rodičů plynou z pochybností pozitiv povinného

<sup>69</sup> Viz. kapitola 3.5.2, kompletní výsledky studie jsou součástí příloh DP.



očkovaní v kontextu nedůvěry v ekonomickou transparentnost vztahu státu a farmaceutického průmyslu, který očkovací látky vyrábí. Vzhledem k povinnosti očkovaní nařízené státem, přináší povinné očkovaní farmaceutickým firmám nezanedbatelný finanční přínos. Tento postoj vyjádřilo v dotazníkovém šetření celkem 21 % respondentů/tek:

*„Myslím si, že je to jedna z oblastí, kde stát nechce dát lidem svobodu (možnost o sobě a svých dětech rozhodnout a nést následky) a mám podezření, že tuto svobodu jim nechce dát, protože očkovaní je velký a výhodný byznys. Zároveň mi vadí zodpovědnost za případné nežádoucí následky, kterou nesou ti, kdo jsou do očkovaní zákonem nuceni (rodiče a lékař) a ne ti, kdo skutečně rozhodují o tom, co a kdy je povinné naočkovat (zákonodárci a výrobci vakcín).“ (Ř130)*

*„Je to jen byznys. A komunistický přežitek, kdy je lidem diktováno, jak a co musí udělat, jinak je stihne krutý trest. Ať už v podobě odnětí dítěte a nechání ho naočkovat, nebo tím, že ho nepřijmou do MŠ. Když je tedy očkovaní tak účinné, proč nenačkované děti nesmí do MŠ. Jelikož je rodič/zákonný zástupce odpovědný za své dítě, tak proč banda politiků, kteří nejsou vzdělaní v oblasti zdravotnictví, ale převážně jsou to ekonomové, si myslí, že běžný občan není schopný si rozhodnout, jak se o své dítě postará a jaký sajrajt mu nechá píchnout do těla.“ (Ř51)*

V otázkách povinnosti očkovaní nelze opominout nejen přesunutí odpovědnosti za následky vzniklé po očkovaní ze státu, který očkovaní nařizuje na rodiče a lékaře, ale také diskriminaci, které jsou rodiče odmítající povinnost očkovaní a odolávající nátlaku a vyhrožování ze strany státu respektive dětských lékařů/lékařek vystaveni. V dotazníkovém šetření se o nich zmínili pouze necelá 2 % respondentů/tek, je však zřejmé, že pokud nedojde ke změně systému očkovaní, budou ho muset pravděpodobně v budoucnu řešit všichni rodiče povinnost očkovaní odmítající, kterým děti dospějí do předškolního věku. Kritický postoj k vyřazení neočkovaných dětí z předškolních zařízení je zřejmý z citace dotazníkového šetření:

*„Nelíbí se mi diskriminace neočkovaných dětí znemožněním přístupu do MŠ a účastí na pobytových akcích typu škola v přírodě - je to alibismus, protože neočkované děti nežijí v izolaci, s očkovanými se běžně setkávají. Pakliže panuje obava, že by neočkované děti mohly nakazit děti očkované, je něco «špatné». Ještě tak chápu strach o miminka a děti s imunodeficiencí, ale tyto většinou nebývají ve velkých kolektivech s ostatními dětmi. Navíc z hlediska možného přenosu nebezpečných chorob mezi děti vidím jako daleko rizikovější dospělé osoby, které už dávno ochranu z očkovaní nemají.“ (Ř6)*

Jak již bylo v práci dříve diskutováno, přestože stát nesankcionuje rodiče přímo, znamená pro rodiče nepřijetí dítěte do předškolního zařízení formu nepřímé sankce. Matka tak nemůže nastoupit do zaměstnání, anebo musí těžko shánět náhradní hlídání. Rodina tak může trpět finanční nedostatečností a dítě samo je vyčleněno z kolektivu stejně starých dětí, který je v tomto věku jednou z důležitých skupin procesu socializace. Pokud takové dítě bydlí na malém městě či obci a netráví se svými vrstevníky čas v mateřské školce, může se pak hůře začlenit i do mimoškolních odpoledních aktivit. Respondenti dotazníkového šetření poukazují opět převážně na sousední Německo, kde vzhledem k dobrovolnému systému očkování, žádné sankce přímé ani nepřímé nejsou přípustné [Liga lidských práv 2012: 27].

### **3.5.5 Biologicky aktivní občané**

Odmítání povinnosti očkování analyzují rovněž pomocí nové dimenze práv charakteristických pro současnou společnost, která vznikla na základě bytí člověka vztahujícímu se k jeho lidské podstatě vyznačující se univerzálností všech lidských bytostí. Práva vycházející z lidské podstaty – práva biologická [Rose 2001: 22] společně s vývojem biotechnologií a biomedicíny dala prostor pro vznik nového druhu občanství – občanství biologického [Rose, Novas 2003: 1]. Biologická práva a biologické občanství zaručují univerzální právo ochrany života každé lidské bytosti a zajištění její důstojnosti. Jak tvrdí Rose [2001: 22], biologické životy jednotlivců jsou často posuzovány na základě určitých hodnot, nacházíme se v epoše biologické zodpovědnosti. Biologická zodpovědnost se dotýká i zodpovědnosti v rozhodování v oblastech očkování, které znamená intervenci, vpravení očkovací látky do lidského těla. Rodiče odmítající očkování preferují zodpovědnost v oblastech očkování v souladu s rovnocenností biologické podstaty člověka a kriticky se vymezují k nerespektování autonomie jedince, jehož bytí by mělo být definováno na základě principu univerzálnosti lidské podstaty:

*„[...] Ale stejně toho člověka jako takového nerespektují. Nebo někdo ano, určitě někdo ano, ale třeba já mám gynekoložku, ona je skvělá, ona je hodná, ale ať si někdo zkusí říct, že něco nechce. To už najednou jako ztuhne, není to rovnocenné [...].“ (Simona)*

*„Nesouhlasím s ním (s povinným očkováním). Pokud dítě bude mít špatnou reakci na očkování, stejně tak pokud se dítě nakazí nějakou nemocí, následky ponese vždy a pouze rodič. Proto by výlučně rodič měl rozhodovat o tom, zda své dítě chce nebo nechce očkovat, a rodiče i děti by za rozhodnutí neočkovat neměli být nijak sankcionováni, ať už přímo či nepřímo.“ (Ř130)*

Jak vyplývá z předchozích citací, nesouhlasnými stanovisky s povinným očkováním rodiče vyjadřují svůj postoj ke správě zdraví. Tento postoj zahrnuje jednak převzetí odpovědnosti v oblastech péče o zdraví, vzájemný respekt lékaře a pacienta a rovněž kritiku přímého či nepřímého sankcionování, kterému musí rodiče odmítající povinnost očkování často čelit. Převzetí odpovědnosti za své zdraví je součástí konceptu biologického občanství formulovaného Rose a Novasem [2003].

Témata, diskutující problematiku koncepce občanství, téměř zcela opomíjejí vztah občanství k biologii, medicíně a biomedicíně. Vývoj v těchto disciplínách však velmi významně ovlivnil pojetí občanství založené původně na politickém, sociálním a národním rozměru [Rose, Novas 2003: 2]. Rose a Novas argumentují, že „specifické biologické předpoklady, explicitně nebo implicitně zdůraznily mnoho projekcí občanství a formovaly představy toho, co znamená být občan a podpořily rozdíly mezi skutečným, potenciálním, problémovým a nepřijatelným občanem“ [Rose, Novas 2003: 3]. V rámci diskurzu biologického občanství hrají důležitou roli představy o biologické zodpovědnosti jednotlivých občanů, tyto představy bývají v současné době zakotveny jednak v normách zdraví, přístupech ke zdraví a v neposlední řadě také ve výchově ke zdraví. Koncept biologického občanství je přitom svázán s vytvářením požadavků na politických úrovních domáhajících se zejména zajištění zdraví a jeho ochrany [ibid].

V konceptu biologického občanství identifikujeme dvě dimenze: individualizující a kolektivizující. Individualizující rozměr konceptu souvisí s poznáváním svého těla a svého bytí prostřednictvím somatických vědomostí

a zároveň vytvářením osobní odpovědnosti za sebe, svůj život a správu svého zdraví. Kolektivní rozměr konceptu vychází z kategorií zranitelnosti, hrozeb tělesného utrpení, rizik vycházejících z genetických základů jedince. Tyto kategorie slouží jako platformy pro sjednocování jedinců [Rose, Novas 2003: 5 - 6]. Individualizující i kolektivní rozměr biologického občanství vztaženého k odmítání povinnosti očkování jsem identifikovala ve výpovědích komunikačních partnerek, které povinnost očkování diskutují ve vztahu k odlišným individualitám a zároveň si zkušenosti a pocity spojené s ohrožením zdraví vlastního dítěte vpravením cizorodé látky do organismu společně vyměňují a sdílejí:

*„Měli by zjišťovat zdravotní situaci v rodině, protože právě třeba rodiče jsou hodně nemocní nebo jsou třeba alergenní, ekzematicí, je jasné, že to mimino je geneticky zatížené těmi alergiemi a tím ekzémem.“ (Eliška)*

*„Mám kamarádku, která má kluka, který se narodil o rok a půl dříve a ona to hodně řešila, vlastně já jsem k ní šla na radu, když jsem zjistila, že jsem těhotná, takže jsme to hodně řešily [...].“ (Klára)*

*„Vyrobili jsme si samotný web, abychom tam mohli sami drbat a mimo jiné je tam taky diskuze o očkování, kterou jsem právě pročetla téměř celou, jako když jsme se rozhodovali co vůbec a právě, že se tam vyskytuje několik případů jako, že dítě probere týden, to jsou ty lehčí případy, samozřejmě, že jsou děcka, která to nesou bez jakýchkoliv reakcí, ale děláme třeba pravidelně jarmárek pro jednu dívčinku, které se po čtvrtý dávce hexy rozjela cukrovka druhého typu. Což jako u dvouletého dítěte když jí musíte několikrát denně píchat. No nezávidím jim to ani trochu. Takže prostě děláme jarmarky, jako rukodělně něco uděláme, pak to rozprodáme mezi sebou a ten výtěžek z toho prostě jde jí, ona má speciální účet. Na poprvé jsme z toho koupili kontinuální měřič glykémie, to stojí asi osmnáct tisíc samotný a asi padesát tisíc nebo sedmdesát tisíc roční provoz. Takže to jsme prostě z toho koupili a mám z toho úžasný pocit aspoň.“ (Barbora)*

Uvedené citace ilustrují skutečnost, že biologická identita a její vzájemné sdílení je podstatou pro existenci biosociálního kolektivu a existence pocitu vzájemné kolektivity. Mnohé z těchto kolektivů odmítají převládající lékařské vědění a lékařské pravomoci, zároveň odmítají přijmout podřazenou a pasivní pozici pacienta. Některé z nich však nejsou striktními odmítači lékařského vědění, ale spíše usilují o propojení alternativních postojů s lékařskými poznatky [Rose, Novas 2003: 5 - 7], jak popisují paní Hana a Sabina:

*„Já jsem v podstatě opustila tenhle klasický systém medicíny, a řešila jsem to alternativně [...] plus pomocí homeopatie a zafungovalo to.“ (Sabina)*

*„Homeopatii třeba neznám, nenašla jsem zatím homeopata, který by mi sedl a kterému bych důvěřovala. Ale ten princip homeopatie jsem ochotná vzít, že funguje. Že to má něco do sebe, mně přijde, že stejně tak fungují nebo nefungují moderní léky, ty práškový.“ (Hana)*

Společně s rozšířením internetu se objevilo nezanedbatelné množství asociací založených na biosociálním základě hojně využívajících internet ke sdružování a k četným diskuzím [Rose, Novas 2003: 19]. Tím, že jejich vztahy v asociacích vznikly na podstatě specifčnosti zájmů vyžadující bezpochyby i „emocionální investování, které umožňuje jednotlivcům vytvořit pouto jednoty. Tato pouta jsou podmínkou vzniku kolektivní identity, která nemůže vzniknout pouze na základě nezávislé individuální kalkulace zisků a ztrát“ [Melucci 1989, 1995 in Znebežánek 1997: 86]. Předpokládám, že vzniklé vztahy jsou přenášeny do soukromých prostorů a tvoří tak jejich důležitou část a to i vzhledem k tomu, že péče o dítě a jeho zdraví má pro rodiče dítěte jistě silný emoční potenciál. Lze se domnívat, že pro každého běžného rodiče je jednou z priorit to, aby jeho dítě bylo zdravé a to jak po fyzické i psychické stránce, bez nemocí, se kterými se často pojí stavy bolesti a utrpení. Vzájemné sdílení a předávání si zkušeností z oblasti péče o zdraví dítěte popisuje paní Pavla:

*„Ted' zrovna minulý týden jsme tu měly sraz s dvěma maminkami a povídaly jsme si, je to fakt, že na jednu stranu mně je těch doktorek taky líto, oni to fakt nemají ted' lehké tím, že je ten internet a že ten přístup k informacím je, tak ty rodiče pokládají takový šťouravý otázky a oni kolikrát neví, co mají odpovědět, což je na jednu stranu strašný. My jsme se tady sešly, ta Martina má chlapečka tříměsíčního a ted' po té druhé hexe se jí jako zdálo, že nezvedá hlavu nebo že jí neudrží, že prostě taky to není dobrý, tak říkala, že to stopne, skončí no.“ (Pavla)*

Z vyprávění paní Pavly je patrné, že ženy se o tom, zda se dítě ne/nechají naočkovat rozhodují často kontextuálně a to buď podle svých dřívějších zkušeností, nebo zkušeností blízkého okolí. Samotné rozhodování o ne/naočkování dítěte je pro ně mnohdy velmi složitou záležitostí – je zatíženo starostmi o zdraví dítěte, kdy velkým dilematem může být právě „správně se rozhodnout“, což je obtížnější v situaci, kdy navíc musí čelit nátlaku a zastrahování ze strany dětského lékaře.

Občanské sdružení Rozalio je možné považovat za jednu z komunit vzniklé na biosociálním základě. Obzvláště v dnešní době charakteristické individualizací jsou pocit kolektivity, sounáležitosti, uznání a seberealizace důležité součásti identity jedinců sdružujících se v rozličných typech asociací. Členové o.s. Rozalio na svých webových stránkách sami sebe definují jako členy sdružení a jsou tak definovány i jedinci z „vnějšku“, což je patrné například na sociální síti facebook, kde toto sdružení tzv. „lajkuje“ nezanedbatelné množství jedinců. Občanské sdružení Rozalio, stejně jako ostatní občanská sdružení podobného typu, tzn. zaměřující se na tělesnost, zdraví a péči o něj zahrnuje jedince z mnoha rozličných sociálních pozic, kteří jsou převážně vzdělanými a dobře informovanými spotřebiteli zdravotní péče a zároveň disponují komplexním zdůvodněním jejich přesvědčení [Wolfe 2002].

Členové o.s. Rozalio si uvědomují, v jakém prostoru nejnázve osloví rodiče potýkající se s podobnými problémy a volí strategii nejmodernějších komunikačních technologií, tzn. webové stránky a sociální síť facebook, která se stává v současné době stále oblíbenějším prostředkem komunikace a můžeme zde nalézt jedince různých věkových a sociálních pozic. Obecně jsou sociální sítě typické vzájemnou reciprocitou [Keller 2009] a napomáhají tak ke snadnější sociální výměně. Vznik sociálních sítí je nejčastěji identifikovatelný tehdy, pokud se společnost vyznačuje nejistotou a riziky - tedy fenomény charakterizující současnou společnost. Sociální výměna a vzájemná reciprocita jsou jednou z podob sociálního kapitálu, který lze využít k mobilizaci obecné sociální spolupráce ve společnosti [Cook 2004].

Členové občanského sdružení vyhledávají a vzájemně si předávají prostřednictvím internetové komunikace informace o očkování a to především informace o jeho bezpečnosti a možných negativních dopadech a vzájemně si pomáhají a radí v řešení kauz, které jsou s odmítáním povinnosti spojené, jak ilustrují například citace paní Ivany a Jany:

*„Já jsem členem, ale tím, že jsme byli v zahraničí, tak to byla spíš jen taková podpora na dálku a teď mám pocit, že když se tam objeví, proběhne nějaký dotaz odbornější, který bych mohla zpracovat, třeba tam byl dotaz na očkování při cestách*

*do zahraničí, tak to jsme měli vyzkoušený s dětmi, takže pomáháme tímhle způsobem. Nebo když mají zájem o přednášku, tak jim pomůžu.“ (Ivana)*

*„[...] hodně jsem komunikovala, když to pro mě bylo aktuální, když jsem řešila a dávala jsem náš případ a jeho řešení k dispozici ostatním rodičům [...].“ (Jana)*

Prostřednictvím sdílení informací, rad, postřehů apod. si rodiče poskytují vzájemnou podporu a necítí se tak být osamoceni v problematice povinnosti očkování, nejsou sami, kdo jde tzv. „proti proudu“.

Biosociální sdružení jsou jakýmsi morálními novátory šířící normy biomorálky nejen na internetu, ale i mimo něj. Rose a Novas [2003: 22] tvrdí, že tyto asociace jsou průkopníky šířící zásady biomedicínské etiky a informovanosti, které propojují život jedince s odbornými, biomedicínskými znalostmi. Jedinci, odvozující svoje občanství od biologické dimenze, odkazují na internetu na odborné publikace a doporučují jejich nastudování a to zejména z důvodu pochopení své vlastní biologické existence pomocí jazyka současné biovědy a biomedicíny. Dochází ke spojení biologického občanství s fakty, které poskytuje věda. Paní Sabina vyhledávání a studování informací týkajících se očkování věnovala poměrně dost času, nevyhledávala však pouze jednostranné informace, snažila se o komplexní náhled:

*„Tak vyhledávala jsem klasicky na internetu, koupila jsem si vlastně i knížky od pana Hirteho Očkování pro a proti a plus klasické servery, jednak ty proočkování – vakciny-net, protože já jsem chtěla mít informace z obou stran a potom ty proti-očkovací, například ze Slovenska ta svoboda očkování, z Rozalí, já nevím, jak se všechny ty servery jmenují, ale třeba koukala jsem i já nevím do různých odborných článků, třeba co jsem našla z Karlovky, co psali opravdu jako lékaři, chtěla jsem zjistit, jak jsou ty nemoci opravdu nebezpečné, protože v mých očích, jak si je třeba pamatuji z dětství, tak jsou ne nebezpečné, tak jestli náhodou mi třeba něco neuniká, i když jsem prostě četla ty lékařské katastrofické scénáře, stejně jsem tam nic jakoby nebezpečného nenašla, protože když jsem si vzala stejný popis chřipky, tak to bylo tak jako plus mínus nastejno, jsem si to riziko vyhodnotila.“ (Sabina)*

Nedá se tedy striktně tvrdit, že by všichni rodiče odmítající povinné očkování neměli snahu vyhledat úplné informace. Nesnaží se pouze o přijetí argumentů ze strany antivakcionistů, ale vyhledávají také argumentace ze strany vakcionologů. Tyto informace pocházející z obou protikladných náhledů na problematiku očkování následně pomáhají utvářet ucelenější vhled do dané oblasti, který v konečném důsledku ovlivňuje celkový postoj jedince.

### 3.5.6 Bioetika v kontextu vztahu lékař – pacient

Termínem *bioetika* rozumíme aplikaci zásad obecné etiky na medicínské zásahy, které se dotýkají především vztahu lékaře a pacienta [Ondok 1999: 46]. Odmítání povinného očkování jsem tedy se svými participantkami diskutovala také v kontextu tohoto vztahu, tedy speciálně vztahu s dětským lékařem. Vztah mezi pacientem (či jeho zákonným zástupcem) a lékařem obecně znamená „[...] souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a vztah lékaře k předmětu jeho činnosti“ [Bártlová 2002: 100]. Bártlová tvrdí, že pokud mají být zásahy lékaře úspěšné, musí být vztah lékaře s pacientem postaven *především* na aktivním, partnerském základě [ibid].

Ondok popisuje vztah mezi pacientem (zákonným zástupcem) a lékařem z pozice zvláštní povahy vztahu a to především na základě etiky, která je jeho podstatou. Vztah mezi aktéry vztahu sice prošel za poslední léta jistou proměnou, v současné době pacient již není pouze striktně pasivním účastníkem, ale stále je zde zřejmá pozice autoritativní moci lékaře, kdy lékař nepovažuje medicínsky nevzdělaného pacienta za rovnoprávného partnera diskuze zaměřené na jeho vlastní zdraví (či zdraví jeho dítěte). Na jedné straně vztahu stojí lékař, který je především autoritou vystupující stále ještě z pozice moci, autoritou pečující o zdraví pacienta a na straně druhé stojí pacient, který očekává nejen péči, ale také určitou míru porozumění a lidské sounáležitosti, založené na předpokladu, že jsme si všichni na základě univerzálnosti lidské podstaty rovni. Tento vztah Ondok [1999: 46] nazývá vztahem bioetickým.

Bártlová [2002: 101 - 102] rozlišuje čtyři základní vztahy mezi lékařem a pacientem: 1/ paternalistický (vysoká kontrola lékaře a nízká participace pacienta); 2/ vzájemný anebo partnerský (pacient přináší do interakce vlastní poznatky, základem vztahu je výměna názorů); 3/ konzumentský (lékař je v důsledku finančního zabezpečení závislý na přáních pacienta) a 4/



zanedbaný s nevýraznou interakcí (pacient je bojácný při vyjednávání, není si vědom alternativ léčebných postupů). V současné době je zdůrazňován především typ vztahu založený na vzájemné participaci. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem by tak měl být v současné době převládajícím vztahem v medicínské praxi a to zejména u praktických lékařů. Výpovědi participantek výzkumu však tento v současné době preferovaný vztah lékaře a pacienta příliš nepotvrzují.

Výpovědi komunikačních partnerek se většinou shodují v tom, že nejsou považovány za plnohodnotné partnerky diskuze, které si mohou s lékařem či lékařkou vyměnit názory na daný problém, v tomto konkrétním případě na problém povinnosti očkování. Bylo jim ze strany lékařů spíše vyhrožováno a čelily z jejich strany tlaku a zastrašování a to zejména zastrašování na emocionální úrovni (ve smyslu smrti nenačkovaného dítěte na infekční nemoc). To, co by participantky výzkumu více ocenily, by byla diskuze týkající se očkování na partnerské úrovni, podání úplných informací o očkování a to včetně upozornění na možné nežádoucí reakce než přímé vyjádření negativního stanoviska a radikálně vyřčeného nesouhlasu, kterému musely po oznámení svého rozhodnutí dětskému lékaři čelit. Respondenti/ky dotazníkového šetření se v 31 % setkali/y ze strany dětských lékařů s negativním či zastrašujícím postojem k odmítnutí či žádosti o posun povinného očkování, 10 % respondentů/tek raději změnili/y dětského lékaře nebo dokonce jejich dítě bylo pediatrem z kartotéky pacientů vyřazeno. Nátlak a zastrašování ze strany lékařů popisují i komunikační partnerky:

*„[...] a protože ze strany pediatričky pořád byly nějaké takové tlaky, v podstatě já jsem zjistila, že mi nikdo neřekne, co mám dělat.“ (Jana)*

*„[...] ale při každé návštěvě lékařky nám bylo několikrát říkáno, že nám může miminko zemřít na černý kašel. Neustále dokola zastrašování [...]. V šesti měsících jsme přišli na kontrolu, byla tam jiná paní doktorka [...] a ta se sestřičkou na nás udělala jakoby tlak, kdy už začalo takové vyhrožování, co se nám prostě stane, když tu injekci nedáme a tak. Podlehla jsem, takže jsme v šesti měsících dostali hexavakcínu. I když jsem se snažila s ní o tom promluvit, ona mi potvrdila, že je to nápor na zdraví dítěte, je to nápor na imunitu, která v půl roce stejně víceméně jako moc neexistuje nebo jako nastartovává se, tak zase zastrašování, že umře na černý kašel a že nás tedy budou muset nahlásit na hygienu a jak nás budou popotahovat*

*po soudech a pokuty a já nevím co, tak já jsem úplně Ježíši Kriste, no tak dobrý, tak mu to tedy dejte, ale vlastně jsem byla z toho já psychicky rozhozená.“ (Eliška)*

*„Takže já vlastně nevím, kdyby na mě ze strany lékaře byl vyvíjen nějaký nátlak, tak vlastně nevím, jak bych se zachovala. Možná, že bych podlehla, protože nejsem úplně typ, který by ty autority nějak dokázal odmítnout.“ (Andrea)*

Nátlak a zastrašování mohou vést k tomu, že rodiče raději od svého přesvědčení dítě neočkovat ustoupí. Lékařská autorita má v současné době stále silný vliv na fungování vztahu mezi lékařem a pacientem. Vztah lékaře a pacienta je zároveň charakteristický určitou asymetrií (rozličný stupeň vědomostí, uznávaná společenská kompetence a moc lékaře), ale „nepochybná profesionální dominance lékaře by neměla být přenášena na sociální stránku jejich vzájemného vztahu“ [Bártlová 2002: 105]. Se vstřícným a respektujícím přístupem ze strany pediatriů se respondenti/ky dotazníkového šetření setkali/y v téměř 40 %. Participantky by velmi ocenily ze strany lékařů a lékařek jistou dávku porozumění, respektu, vstřícnosti a obyčejné lidské solidarity, které zmiňuje ve svém vyprávění paní Valérie:

*„[...] ale minimálně mi může dát porozumění a může třeba říct – rozumím vašim pocitům, chápu, že se bojíte a pojdme se dohodnout na tom, že vám dám nějaký čas na shánění informací a že já vám poskytnu, co budu moct, abyste ty informace k rozhodování měli. Nebo kdyby mně aspoň dovolila položit ty otázky bez nějakého prostě odpákování a když mi teď na poslední návštěvě řekla, když jsem s ní řešila ty vakcíny a vybírala pro syna a ona mi řekla, že už téhle diskuze má dost a že už to se mnou řešit nehodlá, tak já si v tu chvíli říkám a s kým to mám řešit?“ (Valérie)*

Paní Valérie se pozastavuje nad tím, že pediatr, který by měl být hlavním zdrojem informací v oblastech péče o zdraví dítěte, jako informační zdroj selhává. Zároveň se kriticky pozastavuje nad neochotou lékařky diskutovat nad daným problémem, přičemž Ondok [1999: 46] tvrdí, že komunikace ze strany lékaře vedená k pacientovi srozumitelnou cestou patří k jedné z požadovaných a nutných profesionalit lékaře, která by mu dle mého mínění měla být vštěpována během celého studia medicíny. Hnízdil [2012: 6] pokládá všestranné vzdělání lékařů za nutnou součást studia medicíny. Lékařské fakulty by dle Hnízdila měly mediky vzdělávat nejen v biologických, ale i v psychosociálních oborech a naučit je psychoterapeutickému přístupu k pacientům. Je nezbytné, aby lékař dokázal navázat s pacientem kvalitní

vztah a zasadil jeho zdravotní obtíže do životního příběhu. Opačný přístup, tedy neochota lékaře diskutovat nad péčí o zdraví, je rodiči nahlížena negativně:

*„Jako ona v podstatě řekla, že je to povinné. Že by mi nabídla přečíst příbalový leták nebo něco takového, to ne. [...] Takže já jsem ji to donesla (výsledky studie SZÚ), aby viděla, že ta hexavakcína je blbost očkovat malým dětem [...]. No a ona si to vzala, že si to prostuduje, ale ten závěr (závěr studie) ona nebyla schopná se mnou jakkoliv diskutovat.“ (Hana)*

Přístup lékaře značně ovlivňuje vztah mezi ním a pacientem. Pacient nebo rodič prostřednictvím aktivního přístupu ke svému zdraví nebo zdraví dítěte chce dosáhnout partnerské úrovně vztahu s lékařem, který zahrnuje i vzájemný dialog nad procesem péče o zdraví. Samotné rozhodování lékaře je však problematické tím, že existuje více možných řešení léčebných postupů, ale lékař by měl respektovat individuální volbu nemocného, která je ovlivňována osobními hodnotovými postoji, preferencemi a touhami. Medicína jako vědní a praktický obor je jistě oborem komplikovaným, není schopen mu zcela porozumět medicínky nevystudovaný jedinec a je možné, že laik může nechtěně opominout některá důležitá fakta, tato opomenutí mohou dále vést k možnému zjednodušení celého problému. Ale i zájem laiků, nemedicínsky vzdělaných o své zdraví je legitimní a přinejmenším oprávněný [Křížová 2006: 128 - 130]. Paní Sabina a Petra popisují situace, ve kterých kriticky nahlížejí na autoritativní vztah lékaře k pacientovi:

*„To bylo v podstatě – takhle je to nařízené, takhle to vymysleli hlavy pomazané, oni jsou chytřejší než my a já jsem prostě přeci jenom ekonom, takže jak já bych mohla rozumět medicíně a vzhledem k tomu, že mám vysokoškolský vzdělání, tak jako číst umím a co si budeme namlouvat, ti lékaři, oni mají ty informace taky jenom naučené, takže to, co oni se někde naučili a někde si přečetli, to si umím přečíst taky a dát si do nějakých souvislostí, jako taky nejsem padlá na hlavu.“ (Sabina)*

*„Já vidím jako velkou rezervu v tom, že pacient není partner lékaři, že lékař je hodně nadřazen a často vlastně není ochoten diskuzi o těch věcech, o kterých by pacient s ním rád diskutoval a měnil a vlastně lékaři jsou málokdy schopni přizpůsobit svůj přístup, tu svoji navrhovanou léčbu tomu, jak by si to přál pacient, protože si myslí, že není schopný mít ty znalosti, myslí si, že není svéprávný, často prostě lékař rozhoduje za něj i ve věcech, ve kterých by si ten pacient chtěl rozhodnout sám.“ (Petra)*

Z uvedených citací je patrné, jak participantky výzkumu pocítují přítomnost hierarchizovaného vědění, kdy lékaři jsou dominantními nositeli autoritativního vědění, proti kterému se poněkud obtížně vystupuje. Zároveň je zřejmé, že rodiče již nevnímají toto vědění jako jediné možné. Medicínské vědění je z jejich strany často zpochybňováno a není výjimkou to, že se ženy sami situují do rolí expertů.

Bioetické principy těsně souvisí s otázkami individualismu a lidské autonomie, mezi které můžeme zařadit polemiku ohledně rozhodování rodičů o ne/naočkování svých dětí [Jemelka 2008: 21]. Lékařovou etickou povinností by však mělo být získání si důvěry pacienta a zároveň plná informovanost ze strany lékaře o všech možných okolnostech nemoci a případné léčby [Křížová 2002: 429]. Pokud však rodič nemá možnost diskuze s lékařem, a to diskuze založené především na partnerské úrovni, může tato situace vyústit v pocit úzkosti a strachu. Tuto skutečnost jsem identifikovala i z výpovědí participantek. Faktem je, že to, co jejich výpovědi spojuje, je strach o své vlastní dítě, které by po vakcinaci mohlo trpět následky nežádoucích účinků, jejichž možný vznik nebývá samotným dětským lékařem vždy zmiňován. Pocit úzkosti nebo strachu můžeme chápat jako vyústění nedůvěry v dříve nezpochybnitelné expertní systémy [Giddens 2003: 82] a jejich zástupce, mezi které medicína a lékaři patří. Přítomnost pocitu strachu, který zahrnuje především obavy o zdraví dítěte, je viditelná například ve vyprávění paní Marcely a Andrey:

*„Jestli ona něco (infekční nemoc) dostane, tak to neovlivním, ale kdyby se jí něco stalo po tom očkování, tak to bych prostě nedala [...]. Takže já nebudu hrát ruskou ruletu, píchne jí to doktorka a budu čekat, jestli to dá nebo nedá?“ (Marcela)*

*„[...] to mi přijde jako velký zásah do toho těla, když je takový křehký to dítě.“ (Andrea)*

Strach z medicínských zásahů není ve společnosti ojedinělým jevem. Moderní medicína sice poskytuje nejnovější technické vymoženosti, léčebné a diagnostické postupy, které napomáhají rychlejší vyléčení pacienta, zároveň ji ale doprovází jistý stupeň nejistoty, stejně jako každou jinou lidskou činností.

Tato nejistota je však v medicíně komplikovanější tím, že se v ní jedná o lidskou bytost a její život. „Určité neredukovatelné minimum nejistoty je medicíně vlastní i přes její přísliby dalších vědeckých pokroků“ [Fox 1979 in Bártlová 2002: 104].

Medicína se dle některých autorů zároveň odehrává mimo diskutovaný vztah lékař – pacient. V moderních, ale neosobních zdravotnických zařízeních pacient nezná lékaře a lékař pacienta. Lékař neví nic o tom, jak tento člověk žije [Hnízdil 2012: 6]. Nedostatečnost kvality vztahu mezi lékařem a pacientem popisuje paní Marcela:

*„[...] protože oni vidí to dítě tři, čtyři minuty a oni vůbec neví a mají právo, že doporučí jaký vakcíny a kolik, jak za sebou, vždyť oni to dítě vůbec neznají, vůbec neví. Já tam přiběhnu, během pěti minut jsem vyřízená a ona nemůže vědět, kolik těch vakcín potřebuje, jestli je zdravá nebo není. Maximálně vyzkouší psychomotorický vývoj a nazdar. Nic jiného nestíhá za tu chvíli.“ (Marcela)*

Paní Marcela vystihuje situaci, kdy lékař nevěnuje vyšetření dítěte dostatek času a má pocit, že fakticky nemůže komplexně zhodnotit jeho zdravotní stav. Vztah mezi lékařem a pacientem by však měl vypadat odlišně. Obrazy nemocí se z historického pohledu značně změnily, klesá počet infekčních onemocnění [Epidat 2001 - 2012<sup>70</sup>], zároveň narůstá počet chronických či civilizačních onemocnění a počet nemocí neznámého nebo nejasného etiologického původu, který může souviset s životním stylem jedince a celé společnosti. Tato skutečnost by měla vést lékaře, který usiluje především o uzdravení pacienta k tomu, aby pacienta aktivně zapojili do jejich vzájemného vztahu a vzájemného řešení problému [Bártlová 2002: 102].

---

<sup>70</sup> Program Epidat slouží ke statistické evidenci infekčních nemocí na KHS ČR. Krajské hygienické stanice vykonávají státní správu v ochraně veřejného zdraví, tj. v ochraně zdraví populace a jejich skupin. Dostupné z <http://www.khsplzen.cz/>. [Citováno 30. 10. 2012].

## 4 Závěr

Tato práce se zabývala zmapováním a porozuměním důvodům a motivacím vedoucí rodiče k odmítání povinnosti očkování a jejich osobních zkušeností s reakcemi především pediatriů, kteří očkování zajišťují. Součástí výzkumné otázky bylo rovněž zaměření se na profil rodiče odmítajícího očkování. Zkoumala a hledala jsem společné charakteristiky rodičů povinnost očkování odmítající. Metodou sběru dat byl částečně strukturovaný dotazník, umístěný na stránkách občanského sdružení Rozalio, který mi také pomohl oslovit komunikačních partnery/ky k účasti na osobních rozhovorech. Celkem 14 provedených osobních rozhovorů tvoří stěžejní část sběru dat.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že rodiče zajímající se o problematiku povinného očkování jsou v 68 % vysokoškolsky vzdělaní jedinci, žijící v 73 % v manželském svazku a bydlící nejvíce v Praze a Jihomoravském kraji, vzorek respondentů však vykazuje heterogenitu podle velikostí obcí, ve kterých respondenti žijí. Povinnost podrobit se očkování daná zákonem je některými rodiči vnímána jako zásah do autonomního rozhodování jedince. Aktivity těchto rodičů jsou zaměřené na zpochybňování medicíny a lékařství v tradičním slova smyslu. Argumentace rodičů je vedena zejména kritikou státu týkající se především jeho přílišného zasahování do svobodných životních voleb jedinců, jejichž autonomii zaručují ústavy moderních liberálně demokratických států. Jedinci odmítají přijmout omezování svých individuálních voleb, protože možnost svobodné volby by měla být stěžejní součástí konceptu liberálně demokratického režimu.

Odmítání očkování jako druh alternativního pohledu na biomedicínké vědění nelze nahlížet odděleně od společenských transformací, která se začaly odvíjet v Československu resp. v České republice po revoluci v roce 1989. Česká společnost prošla značnou proměnou - odklonění se od totalitního politického režimu, který nepřipouštěl jakýkoliv odpor či nesouhlas s nařízením státu a návrat k liberálním myšlenkám, stojících zejména na autonomii, svobodě jedince a nepřípustnosti zásahů do jeho soukromé sféry.

Počáteční příčinou v odmítání povinného očkování tak můžeme najít jednak v nedůvěře v expertní systémy, tak jak je definoval Giddens [2003], v tomto případě představované lékaři a odborníky prevence infekčních nemocí. Další příčinu odmítání povinnosti očkování spatřuji v proměně vztahu mezi pacientem a lékařem, proměna je typická zejména projevy agency pacienta, který v současné době odmítá být čistě pasivním účastníkem vztahu s lékařem a rovněž odmítá jeho striktní paternalismus. Pacient preferuje vztah s lékařem založený na vzájemném partnerském dialogu, chce být považován spíše za klienta než za jedince podřízeného autoritativní moci lékaře. Za třetí příčinu odmítání povinného očkování považuji tu skutečnost, že se společnost nachází v postmoderní době, která je definovaná jako riziková [Beck 2002], nutí jedince rizika nejen vyhledávat, ale zároveň jim předcházet. Současná doba je také charakteristická pluralitou názorů, postojů a myšlenek. Postmoderní myšlení považuje pravdu za relativní a soustřeďuje se na hledání „jiné“ odlišné pravdy. Znebejánek [1997: 38] tvrdí, že občané soudobé společnosti požadují mnohem více možností ke spolurozhodování o problémech týkajících se jejich života.

Nacházíme se rovněž ve věku biologické individuální zodpovědnosti, která je zakotvena v normách zdraví, v přístupech ke zdraví a v neposlední řadě také ve výchově ke zdraví. Aktivismus a odpovědnost za své zdraví se v současné době staly nejen žádoucí, ale dokonce požadovanou morální povinností každého jedince [Rose, Novas 2003, Parusniková 2000]. Ve výpovědích participantek tak identifikuji jistý protiklad, na jedné straně je patrný všudypřítomný tlak ze strany společnosti na aktivní účast v prevenci zdraví každého z nás a na straně druhé autoritativní mocenské nařízení lékaře jakoukoliv aktivitu ze strany rodičů odmítající. Pravdou je, že lékaři jsou často tak zaneprázdnění nezbytnou a nutnou administrativou, že na diskutování s pacientem jednoduše nemají čas. Mnohem větší důraz se klade na pečlivé „zařadování“ [Hnízdil 2012: 6], než na to, jestli byla návštěva u lékaře pacientovi k něčemu užitečná. Nelze se tedy pozastavovat nad tím, že pokud matka požaduje po pediatrovi informace, v tomto případě o vakcínách, jejich

složení a nežádoucích účincích a tyto informace od lékaře z časových nebo jiných důvodů nedostane, snaží se je vyhledat jinde. Knihy, internet – všude lze velmi jednoduše najít informace diskutující povinnost očkování a ve větší míře jsou tyto informace vedeny rétorikou podporující odmítání povinnosti<sup>71</sup>.

V závěru své práce se rovněž zamýšlím nad tím, *kdo* jsou ti rodiče odmítající očkování? Lze je považovat za jedince lišící se nějakým způsobem od většinové společnosti? Vyznávají alternativní postoje i v jiných oblastech svého života? Faktem je, že většina komunikačních partnerek, se kterými jsem měla možnost vést rozhovor na téma odmítání očkování, uznává homeopatii, přírodní medicínu, což však vzhledem ke v současnosti značnému výskytu psychosomatických onemocnění, se kterými si klasická medicína většinou neví rady, není nijak překvapivé. Pokud jedinec má negativní zkušenosti s ne/vyléčením nemoci, která dle medicínského diskurzu má *vždy* nějakou objektivní příčinu, ale příčinu onemocnění ve skutečnosti není schopna najít, nezřídka se jedinci vracejí k přírodě, bylinkám. Tato situace napomáhá ke vzniku nedůvěry v medicínu, resp. lékaře a jejich schopnosti léčit a to především pacienta *vyléčit*. Jak tvrdí MUDr. Jan Hnízdil [2012: 6] „lékaři se naučili dokonale rozumět chorobám, ale přestali rozumět lidem“.

Komunikační partnerky kladou důraz především na zdravou výživu, preferenci nákupů potravin na farmářských trzích, snahu o nezatěžování životního prostředí například formou třídění odpadu a hlubší zamýšlení se nad správou svého života a svého zdraví. Pokud dle těchto aktivit participantek účastnících se mnou vedených rozhovorů, je lze zařadit mezi alternativní jedince, pak i já sama se mezi ně můžu rovněž zařadit. Jedná se tedy opravdu o alternativu stojící mimo mainstream nebo se jedná o reakci na disciplinární mechanismus společnosti, který je sice neviditelný, ale dokáže patrně velmi dobře ovládat a řídit naše životy především ve prospěch společnosti a jeho zdravé populace?

---

<sup>71</sup> Při zadání do vyhledávače Google „odmítání povinného očkování“ je zobrazeno přibližně 49 300 výsledků. [Citováno dne 13. 11. 2012].



Rodiče odmítající povinnost očkování jsou většinou ve společnosti stigmatizováni. Bývají vyloučeni z dialogu se svým lékařem, i když dle výsledků mnou provedeného dotazníkového šetření existují v České republice lékaři respektující rozhodnutí rodiče, kteří jsou schopni a ochotni vytvořit dítěti individuální očkovací plán. Tudíž ani mezi lékařskou obcí neexistuje jednota v postupech a řešeních odmítání povinnosti očkování. Mít odlišný názor na povinné očkování je sice alternativou ke stávajícímu očkovacímu kalendáři a očkovací vyhlášce, ale jak mi jedna z participantek zdůraznila, není to alternativa v dehonostujícím slova smyslu tak, jak je často prezentována v mediálním diskurzu. Rodiče odmítající očkování jsou většinou zobrazováni jako sobečtí jedinci, využívající kolektivní imunizaci k tomu, aby jejich nenačkované dítě neonemocnělo. V současné době je otázka povinnosti vs. dobrovolnosti očkování aktuálním tématem. Skutečnost, že povinnost očkování nelze nahlížet příliš rigidně a rovněž, že se medicínský diskurz této povinnosti patrně začíná pomalu proměňovat, dokazuje skutečnost, že diskuze nad tímto fenoménem v současnosti probíhá i mezi odborníky. Například profesor Roman Prymula se vyjadřuje k problematice následovně: *„Co se týká té povinnosti, tak my samozřejmě řešíme problém, jestli povinné očkování v té klasické přímé rovině nebo nepřímá povinnost prostřednictvím omezování vstupu do kolektivních zařízení nebo případná úplná dobrovolnost. Takže to je diskuse, která v tuhle chvíli legitimně probíhá. Zatím se kloníme k tomu, že je ta dobrovolnost výhodnější pro stát“* [Český rozhlas 2012].

Jak tvrdí Roman Prymula, je dobrovolnost výhodnější pro stát, nikoliv pro rodiče a jejich děti. Státní zájem opět převyšuje zájem individuální. Ale i tak lze ve výroku Prymuly najít naději v pokrok vedoucí k možné existenci společenské diskuze nad povinností očkování a případné, některými rodiči tak očekávané a vítané, změně povinnosti očkování.

## 5 Použitá literatura a zdroje

- Bártlová, S. 2002. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
- Beck, U. 1994. „Self-Dissolution and Self-Endangerment of Industrial Society: What Does This Mean?“ In Beck, U., A. Giddens, S.Lash. *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity Press
- Beck, U. 2002. *Riziková společnost*. Praha: Slon
- Beran, J., Havlík, J., Vonka, V. 2005. *Očkování. Minulost, současnost, budoucnost*. Praha: Galén
- Bourdieu, P. 1998. *Teorie jednání*. Praha: Karolinum
- Blume, S. 2006. „Anti-vaccination movements and their interpretations“. In *Social Science & Medicine*. No. 62, pp 628 – 642. Amsterdam: Elsevier
- Bystrianyk, R. [Online]. *Vaccines and Disease. An investigative Report*. Dostupné z <<http://www.whale.to/a/bystrianyk3.html>>. [Citováno 11. 5. 2012]
- Buchwald, G. 2003. *Očkování – obchod se strachem*. Praha: Alternativa
- Calnan, Michael. 2004. „Lifestyles“ and its social meaning“. Pp. 59-68. In: Bury M., Gabe K. (eds.) In *The sociology of health and illness*. Reader. London: Routledge
- Candigliota, Z. 2012. „Očkování dětí v ČR pod taktovkou farmaceutické lobby“ in *Vliv farmaceutických společností, očkování a reklama*. Praha: Nadace open society fund
- Centres for Disease Control and Prevention. [Online]. *CDC. Measles Outbreak*. Dostupné z

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4914a2.htm>>. [Citováno 2. 4. 2012]

Cook, K., S. 2004. *Networks. Norms and Trust: The Social Psychology of Social Capital*. Stanford: Stanford University.

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP. [Online]. Dostupné z <<http://www.vakcinace.eu/>>. [Citováno 1. 4. 2012]

Český rozhlas. [Online]. *Případy odmítání očkování by se měly posuzovat individuálně*. Dostupné z <<http://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/pripady-odmitani-ockovani-by-se-mely-posuzovat-individualne>>. [Citováno 13.11 2012]

ČSÚ [Online]. Demografická ročenka 2011. Dostupné z <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova\\_rada\\_demografie](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie)>. [Citováno 28. 11. 2013]

Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin

Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofia

Foucault, M. 2009. *Zrození biopolitiky*. Brno: CKD

Göpfertová, D., P. Pazdiora, J. Dáňová. 2006. *Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Praha: Karolinum

Giddens, A. 2003. *Důsledky modernity*. Praha: SLON

Hendl, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál

Heřt, J. 1995. *Alternativní medicína - možnosti a rizika*. Praha: Grada

Heřt, J. 1995. „Přehled metod a historie alternativní medicíny.“ Pp.: 13 -22. In *Alternativní medicína - možnosti a rizika*. Praha: Grada

Hirte, M. 2002. *Očkování pro a proti*. Praha: Fontána

- Hnízdil, J. 2012. „Nadměrná lékařská péče škodí zdraví“ in *Vliv farmaceutických společností, očkování a reklama*. Praha: Nadace open society fund
- Hofman, B., H. P. Lansberg. 1982. „Immunologic preparations“. Pp 286 – 290. In *Side effects of drugs*. Amsterdam-Oxford-Princeton: Excerpta Medica
- Postgraduální medicína. [Online]. *Infekce v etiologii předčasného porodu*. Dostupné z <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/infekce-v-etilogii-predcasneho-porodu-285074>>. [Citováno 21. 10. 2012]
- Ingelhart, R., W. E. Baker. 2000. „Modernization, Cultural Change, and the Persistence of Traditional Values“. In *American Sociological Review* No: 65. Pp 17 – 51.
- Inglis, B. 1995. *Průvodce alternativní medicínou*. Praha: Zemědělské nakladatelství Brázda
- Janda, J., J. Škovránková. 2003. „Co způsobily ve vyspělých zemích kampaně proti očkování u dětí“. In *Časopis českých lékařů*. No 142. Pp 437 – 41
- Jemelka, P. 2008. *Bioetika*. Brno: Masarykova univerzita
- Keller, J. 2009. *Nejistota a důvěra*. Praha: Slon
- Kiczková, Z. 2006. „Sociálne materstvo: Konceptia a príbeh“. In *V bludném kruhu: mateřství a vychovatelství jako paradoxy modernity*. Praha: SLON
- Krajská hygienická stanice Plzeňského kraje. [Online]. Dostupné z <<http://www.khsplzen.cz/>>. [Citováno 30. 10. 2012]
- Křížová, E. 2002. „Nekonvenční medicína z pohledu praktických lékařů“. In *Praktický lékař*. No 82 (7), pp. 425–429.
- Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Slon

Kuře, J. 2007. *Ke změně paradigmatu medicínského rozhodování in Studie z bioetiky II. Etika v biomedicíně a biotechnice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita

Liga lidských práv. [Online]. *Chlapec ochrnutý po očkování by měl být odškodněn. Stát ale nechce nést odpovědnost*. Dostupné z <<http://llp.cz/pripady/3279/>>. [Citováno 29. 5. 2012]

Liga lidských práv. [Online]. *Férová nemocnice. Odpovědnost za nežádoucí účinky léků*. Dostupné z <<http://www.ferovanemocnice.cz/leky-53/odpovednost-za-nezadouci-ucinky-leku-2463.html>>. [Citováno 4. 10. 2012]

Liga lidských práv. [Online]. *Právní systémy očkování dětí*. Dostupné z <<http://llp.cz/publikace/pravni-systemy-ockovani-deti/>>. [Citováno 9. 11. 2012]

Leach, M., Fairhead, J. 2007. *Vaccine anxieties*. London: Earthscan

Louis Pasteur. [Online]. Dostupné z

<[http://www.historylearningsite.co.uk/louis\\_pasteur.htm](http://www.historylearningsite.co.uk/louis_pasteur.htm)>. [Citováno 19. 4. 2012].

Machala, K. [Online]. *Polemika. Očkovací povinnost jinýma očima*. Dostupné z <[http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-ockovaci-povinnost-jinyma-ocima-f18-/p\\_veda.asp?c=A100817\\_175013\\_p\\_veda\\_wag](http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-ockovaci-povinnost-jinyma-ocima-f18-/p_veda.asp?c=A100817_175013_p_veda_wag)>, [Citováno 11. 5. 2012]

Maříková, H. 2000. „Dvoukariérová manželství“. In *Proměny současné české rodiny*. Praha: SLON

Možný, I. 1990. *Moderní rodina*. Praha: Blok

Možný, I. 1991. *Proč tak snadno*. Praha: SLON

Munzarová, M. 2002. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita

Nesehnutí. [Online]. Dostupné z <<http://nesehnuti.cz/>>. [Citováno 1. 11. 2012]

Nobelprize.org. [Online]. Dostupné z

<[http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1905/koch-bio.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1905/koch-bio.html)>. [Citováno 19. 4. 2012]

Očkovací kalendář – pravidelné očkování dětí v České republice. [Online].

Dostupné z

<[www.hygp Praha.cz/files/ockovaci%20kalendar%202012.doc](http://www.hygp Praha.cz/files/ockovaci%20kalendar%202012.doc)>. [Citováno 5. 3. 2013]

Ondok, J., P. 1999. *Bioetika: východiska, principy, aplikace*. Svitavy: Trinitas

Ondok, J., P. 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton

Parusniková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví“. In *Sociologický časopis*, Vol 36, No. 2, pp. 131-142

Petice za svobodnou volbu v očkování [Online]. Dostupné z <<http://petice.webnode.cz/>>. [Citováno 1. 4. 2012].

Petrov, J. 2011. „Povinné očkování proti jednotlivým nemocem z hlediska ústavnosti“. In *Zdravotnické fórum* [příloha Právníckého fóra] No. 2, pp 10-15. Praha: ASPI Publishing

Plán prenatálních vyšetření. [Online]. Dostupné z <<http://www.profemme.cz/stranka-plan-prenatalnich-vysetreni-20>>. [Citováno 21.10 2012].

Potančoková, M. 2009. *Neplnohodnotne matky? Imperativ dobrej matky a participacia matiek maloletych deti na trhu práce*. Praha: Sociologicky ustav AV ČR, v.v.i.

- Provazník, K. 1996. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha: Fortuna
- Prymula, R. 2011. [Online] *Očkování a jeho role v prevenci infekčních nemocí V ČR*. Praha: Mladá Fronta [příloha Zdravotnické noviny, Postgraduální medicína]. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/ockovani-a-jeho-role-v-prevenci-infekcnich-nemoci-v-ceske-republice-462083>>. [Citováno 11. 4. 2012]
- Novinky.cz. [Online]. *Přibývá rodičů, kteří odmítají očkování dětí. Hrozí jim zásah policie*. Dostupné z <<http://www.novinky.cz/domaci/159606-pribyva-rodicu-kteri-odmitaji-ockovani-deti-hrozi-jim-zasah-policie.html>>. [Citováno 22. 10. 2012]
- Rabinow, P., Rose, N. 2006. „Biopower Today“. In *BioSocieties*. London School of Economics and Political Science No 1, pp. 195–217
- Rose, N. 2001. [Online]. „The politics of life itself“. In *Theory, Culture, Society* 18(6): 1 – 30. Dostupné z <[http://www.address.cz/data/www.sanguis.cz/articles/files/64\\_ockovani.pdf](http://www.address.cz/data/www.sanguis.cz/articles/files/64_ockovani.pdf)>. [Citováno 30. 3. 2012]
- Rose, N., C. Novas. 2003. „Biological Citizenship“. In *Osiris 2005*. Publisher: Blackwell Publishing. Vol. 19, pp: 439-463
- Rosell, S. 1991 „Sweden's answer to genomics ethics (letter)“. In *Nature* 401(September 16).
- Rozalio. [Online]. *Občanské sdružení*. Dostupné z <<http://www.rozalio.cz/>>. [Citováno 1. 4. 2012].
- Rucki, Š. 2000. *Alternativní medicína – pomoc nebo nebezpečí?* Praha: Návrat domů

- Sedláček, P. [Online]. *Jistota je iluze – očkovat nebo neočkovat?* Dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/jistota-je-iluze-ockovat-nebo-neockovat.htm>. [Citováno 21. 6. 2012].
- Slepičková, L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. „Biomoc a reprodukční medicína: konceptuální inspirace“. In *Sociologický časopis* Vol. 48, No. 1, pp. 85–106
- Stace, C. A. 1989. *Plant Taxonomy and Biosystematics*. Cambridge: University Press
- Stake, R., E. 1995. *The art of case study research*. London: Sage
- Státní zdravotní ústav. [Online]. *Nežádoucí účinky a jejich hlášení podle zákona o léčivech č. 378/2007 Sb.* Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/vakciny/nezadouci-ucinky-podle-zakona-o-lecivech-c-378-2007-sb>. [Citováno 2. 11. 2012]
- Státní zdravotní ústav. [Online]. *Poslání ústavu*. Dostupné z <http://www.szu.cz/poslani-ustavu>. [Citováno 23. 10. 2012]
- SÚKL. [Online]. *Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku*. Dostupné z <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>. [Citováno 1. 11. 2012]
- SÚKL. [Online]. *Informační zpravodaj Nežádoucí účinky léčiv 2/2012*. Dostupné z <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-2-2012>. [Citováno 1. 11. 2012]
- SÚKL. [Online]. *Informační zpravodaj Nežádoucí účinky léčiv 4/2012*. Dostupné z <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv2012?highlightWords=informacni+zpravodaj>. [Citováno 1. 11. 2012]



SÚKL. [Online]. *Výsledky průzkumu*. Dostupné z [http://www.sukl.cz/file/65217\\_1\\_1/download/](http://www.sukl.cz/file/65217_1_1/download/). [Citováno 4. 11. 2012]

Taylor, Ch. 1997. *Etika autonomie a autenticity*. Praha: Filosofia

„Ústavní zákon č. 1/1993 Sb.“ in *Ústava České republiky*, ve znění pozdějších předpisů

ÚZIS. [Online]. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Dostupné z <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>. [Citováno 10. 11. 2012]

„Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí“ in *Usnesení vlády České republiky ze dne 10. srpna 2011 č. 600 o Národním akčním plánu na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice*. Částka 5, pp. 78

Vodáková, A., O. Vodáková. 2003. *Rod ženský. Kdo jsme, odkud jsme přišly, kam jdeme?* Praha: Slon

Vyhláška č. 537/2006 Sb. ze dne 29. listopadu 2006 o očkování proti infekčním nemocem

Wolfe, R. M., Sharp, L. K. 2002. „Anti-vaccinationists past and present“. In *British Medical Journal*, Vol 325, Pp. 430–432

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zimmerman, R. K., R. M., Wolfe, E. D. Fox, J. R. Fox, M. P., Nowalk, J. A. Troy, L. K. Sharp. 2005. „Vaccine Criticism on the World Wide Web“ in

*JMed Internet Res.* Apr-Jun; 7(2): e17. Published online 2005 June 29.  
doi: 10.2196/jmir.7.2.e17

Znebejánek, F. 1997. *Sociální hnutí. Teorie, koncepce, představitelé.* Praha:  
Slon

## 6 Resumé

The aim of this paper is to map and understand the reasons and motivations leading parents to refusal of compulsory vaccination and their personal experience with reactions especially of paediatricians who provide vaccinations. Part of the research question was focused on the profile of parents refusing compulsory vaccination. Data were collected through semi-structured questionnaire placed on the website of non-profit organization named Rozalio, which also partly helped me to contact communication partners for personal interviews.

Refusing vaccination, as a kind of an alternative view on biomedical knowledge, cannot be addressed separately from the social transformation that began in Czechoslovakia respectively in the Czech Republic after the revolution in 1989. Czech society has gone through significant transformation – switching from the totalitarian political regime that did not tolerate any resistance or disagreement with the state regulation to liberal ideas, based especially on autonomy, individual freedom and non-interference in the private sphere.

The initial motive for the rejection of compulsory vaccination can be found partly in the distrust to expert systems, in this case represented by doctors and experts in prevention of infectious diseases. I also analyze the refusal of compulsory vaccination in the context of the transformation of the relationship between patient and physician, this transformation is particularly characterized by growing emphasis on the role of patient in the process of decision-making. Patients refuse to be purely passive participants in the relationship with doctors and also reject the physicians' strict paternalism. Patients rather prefer a relationship with physicians based on reciprocal partner dialogue, they want to be considered as clients rather than individuals subordinate to the authoritative doctors. I perceive the third motive for the refusal of compulsory vaccination in the fact that our society is in the post-modern era, which is defined as dangerous, forcing individuals not only to search for risks but also to prevent them.

Currently, compulsory vaccination is a topic often discussed among experts in the field of vaccination. It is possible that the system of vaccination will undergo some changes, so much wished for some parents.

## 7 Přílohy

### 7.1 Medailonky komunikačních partnerek

**Paní Marcela** (31 let) – středoškolsky vzdělaná žena žije s partnerem, který ji v odmítnutí očkování plně podpořil. V současné době je na mateřské dovolené, má jedno dítě ve věku osmi měsíců, které není naočkováno žádnou z povinných vakcín. Do budoucna je rovněž pevně rozhodnutá neočkovat.

**Paní Jana** (38 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena, matka dvou dětí ve věku 15 a 18 let. Starší dítě je plně naočkováno, u mladšího se před naočkováním objevila kontraindikace ke konkrétnímu typu očkování. Na základě neochoty dětského lékaře akceptovat tuto kontraindikaci vznikly ženě značné potíže a to zejména ve vztahu s dětským lékařem. Dítě nakonec naočkováno nebylo a prožití negativní zkušenosti ovlivnilo náhled ženy na povinnost očkování v ČR. Partner ji byl v jejím rozhodnutí oporou.

**Paní Eliška** (34 let) – žena s vyšším odborným vzděláním je v současné době na mateřské dovolené s druhým dítětem, kterému byly v době rozhovoru necelé 2 měsíce. Starší dítě je naočkováno proti tuberkulóze s následnou velmi silnou negativní reakcí po očkování, očkování hexavakcínou bylo odkládáno do doby půl roku dítěte, dítě bylo naočkováno všemi dávkami hexavakcíny, přičemž každé očkování doprovázela silná nežádoucí reakce. Další očkování matka odmítla. Matka doufá, že do doby, kdy bude nucena zvažovat očkování u mladšího dítěte, se situace v ČR změní a že si bude moct dobrovolně vybrat, co dítěti nechá naočkovat a co ne. Partner ženu v rozhodnutí ohledně očkování plně podporuje.

**Paní Ivana** (42 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena se třemi dětmi ve věku 7, 13 a 15 let. Nejstarší dítě naočkováno, očkování proti tuberkulóze vyvolalo silnou negativní reakci, další dvě děti již očkované nejsou. S partnerem se na odmítání očkování shodují.

**Paní Andrea** (30 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena s jedním dítětem ve věku 16 měsíců, v současné době na rodičovské dovolené. Dítě zatím není očkováno

vůbec. Stále se s parterem rozhodují, zda dítě naočkovat či ne. Zatím se přiklánějí spíše tomu, že očkování je vlastně spíše rizikem než přínosem.

**Paní Sabina** (33 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena s dvěma dětmi ve věku 3 a necelé 2 roky v současné době na rodičovské dovolené. Starší dítě je očkováno proti tuberkulóze, očkování následovala značná nežádoucí reakce. Následné očkování hexavakcínou, které není v současnosti dokončené, vyvolalo u dítěte opět nežádoucí reakce. Matka další očkování odmítla a mladší dítě není v současnosti naočkované žádnou povinnou vakcínou. Nicméně očkování proti příušnicím zvažuje před dosažením puberty. Partner je v rozhodnutí ženě oporou.

**Paní Pavla** (35 let) – středoškolsky vzdělaná žena se čtyřmi dětmi ve věku 16 a 11 let, dvojčata ve věku 2 roky, v současné době na rodičovské dovolené. Starší z dětí jsou plně očkované, dvojčata podstoupila očkování proti tuberkulóze v porodnici, přičemž jedno z nich následně prodělalo závažnou nežádoucí reakci, což bylo důvodem k odmítnutí dalších očkování. S partnerem jsou v názorech na povinnost očkování zajedno.

**Paní Hana** (35 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena se dvěma dětmi ve věku 3 a 1 rok v současné době na rodičovské dovolené. U staršího dítěte žena odmítla již očkování proti tuberkulóze v porodnici, stejně jako všechna další povinná očkování. U mladšího dítěte očkování proti tuberkulóze již povinné nebylo, s plnou podporou partnera odmítla všechna povinná očkování.

**Paní Petra** (35 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena s jedním dítětem ve věku 3 roky. Nejdříve zvažovala odsunutí očkování do pozdějšího věku dítěte, nakonec ale veškeré povinné očkování s podporou partnera odmítla.

**Paní Barbora** (29 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena s jedním dítětem ve věku 17 měsíců v současné době na mateřské dovolené. Dítě není naočkováno žádnou z povinných vakcín, očkování s podporou partnera odkládají v současné době zatím (zdali vůbec) na dobu neurčitou.

**Paní Simona** (35 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena se dvěma dětmi ve věku 6 a 8 let. Obě děti jsou naočkované v pozdějším věku, než je předepsané vyhláškou a to jen proti vybraným druhům nemocí. Partner je matce dětí opět oporou v jejím rozhodnutí.

**Paní Klára** (42 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena s jedním dítětem ve věku 3 let. Dítě není očkováno žádnou z povinných vakcín. S partnerem zastávají na povinnost očkování stejný názor.

**Paní Anna** (29 let) – vysokoškolsky vzdělaná žena se dvěma dětmi ve věku 3 a 1 rok v současné době na rodičovské dovolené. Starší dítě je částečně naočkované povinnými vakcínami. Mladší dítě je naočkováno jen proti jedné infekční nemoci. Na rozhodnutích o očkování se podíleli partneři společně.

**Paní Valérie** (31 let) - vysokoškolsky vzdělaná žena se dvěma dětmi ve věku 5 a 3 roky. Starší dítě má naočkovanou část povinného očkování a zároveň i jeden druh nepovinného očkování. Očkování proběhlo s negativními post-vakcinačními reakcemi. Ostatní povinná očkování odmítla. Mladšímu dítěti byla i přes nesouhlas matky aplikována v porodnici vakcína proti tuberkulóze. Ostatní povinná očkování s podporou partnera odmítla.

## 7.2. Úplné znění všech kódů použitých při kódování rozhovorů

- 1) důvody odmítnutí či odsunutí očkování (tento kód zároveň zahrnuje situaci ne/proočkování povinnými vakcínami u dětí participantky, proč maminky/rodiče odsunuli či odmítli povinné očkování u dětského lékaře/lékařky, jak k důvodům dospěli/y - prvotní impuls k odmítnutí či požadavku posunutí);
- 2) řešení situace ohledně povinnosti očkování s partnerem (společné řešení, shoda či neshoda v názorech na povinnost očkování a jeho úpravy či odmítnutí);
- 3) reakce dětského lékaře na odmítnutí či žádost o odsunutí očkování;
- 4) reakce rodiny (sdělení situace ohledně povinnosti očkování rodině matky a rodině otce dítěte, či širší příbuzenstvo);
- 5) reakce přátel a okolí (diskutování problematiky povinnosti očkování s kamarády, spolupracovníky apod.);
- 6) následné řešení s úřady (Sociální úřad, Úřad péče o dítě, Krajská hygienická stanice);
- 7) dětský lékař (tento kód pokrývá diskuzi nad samotným vztahem participantky s dětským lékařem, jaký je vztah participantky s dětským lékařem/dětskou lékařkou, dostává -li od něj dostatek informací, komunikace mezi nimi, hlášení nežádoucích reakcí dětským lékařem, důvěra k lékaři/lékařce);
- 8) Rozalio (ne/členství participantky v občanském sdružení, její ne/angažovanost v něm, zdroj prvotních informací o občanském sdružení, názor na občanské sdružení, stýkání a předávání si informací s ostatními rodiči sdružujícími se v Rozaliu);
- 9) informace o infekcích a vakcínách (informovanost participantky o infekčních nemocech, o povinném očkování proti nim, vyhledávání a zdroje

těchto informací, proč informace začala vyhledávat, podávání informací o nemocech a vakcínách dětským lékařem/lékařkou);

10) české zdravotnictví (názory participantky na fungování českého zdravotnictví);

11) západní medicína (obecné názory participantky na západní medicínu, její fungování, užitečnost a přínos, důvěra v lékaře a západní medicínu, vztah lékař pacient);

12) homeopatie a přírodní léčitelství (názory spojené s užitečností, osobních preferencí a osobního využívání);

13) alternativní životní směry (vyznává-li participantka a její rodina nějaké alternativní životní směry);

14) povinnost očkování (názory participantek na povinnost očkování v České republice)



### 7.3 Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: Postoje rodičů k povinnosti očkování v České republice

období realizace: červen 2012 – červen 2013

řešitelky projektu: PhDr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D., Bc. Jitka Skálová

Velmi Vám děkuji, že jste se rozhodl/a zúčastnit výzkumu, který se zaměřuje na postoje lidí k povinnosti očkování v České republice. Je zcela ve Vaší kompetenci rozhodnout, co v průběhu rozhovoru sdělíte. Pokud nebudete chtít, je Vaším plným právem neodpovídat. Rozhovor bude nahráván, přičemž nahrávání může být kdykoliv na Vaši žádost přerušeno. Rozhovor bude přepisován a následně analyzován. V průběhu analýzy nebude nikde uváděno Vaše jméno, stejně tak jako jména, která v rozhovoru zmíníte. Části rozhovoru se mohou objevit v materiálech, které budou tvořit výstup projektu a ani v tomto případě ale nebude Vaše jméno nikde zmíněno. Výzkum je zcela anonymní a probíhá pomocí dotazníkového šetření a osobních rozhovorů. Dodržování etických zásad a zajištění anonymity zúčastněných v průběhu výzkumu považuji za naprostou samozřejmost. Data budou použita pouze pro potřeby sociologického výzkumu a nebudou využívána další stranou. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis.

Datum rozhovoru:

Jméno výzkumnice: Bc. Jitka Skálová

Vaše jméno:

Váš podpis:.....

## 7.4 Dotazník

### Dotazník pro rodiče zaměřující se na oblast povinného očkování

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Skálová a jsem studentkou 4. ročníku oboru sociologie na FF Západočeské univerzity v Plzni. V současné době píši diplomovou práci na téma Alternativní postoje k biomedicíncké vědě. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o spolupráci na méj diplomové práci, a to formou vyplnění dotazníku, který se zaměřuje zejména na zkušenosti rodičů s povinným očkováním. Dotazník je zcela anonymní, není možné žádným způsobem spojit určité odpovědi s konkrétními osobami a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 20 -25 minut. Pokud byste zároveň měli zájem na výzkumu dále spolupracovat, a to v podobě osobních rozhovorů, ozvěte se mi, prosím, na emailovou adresu: [ji.skalova@seznam.cz](mailto:ji.skalova@seznam.cz). Zajištění anonymity jednotlivých respondentů považuji za naprostou samozřejmost a výsledky šetření poslouží pouze pro účely zmiňované diplomové práce. V případě Vašeho zájmu jsem také připravena Vám poskytnout výsledný text méj diplomové práce.

Předem děkuji za spolupráci.

Jitka Skálová

#### I. část: demografické údaje

1. Pohlaví
2. Věk
3. Stav (svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova, partnerství)
4. Bydliště (výběr možností kraje)
5. Udejte prosím velikost města, ve kterém žijete.

Praha

Nad 100 000 mimo Prahu

50 001 – 100 000

50 000 – 10 001

10 000 – 5 001

5000 – 1000

Méně než 1000 obyvatel

6. Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání (základní, střední bez maturity, střední s maturitou, vyšší odborné, vysokoškolské)

7. Zaměstnání (zaměstnanec, samostatně výdělečně činný, student, nezaměstnaný, MD, jiné)

8. Pokud pracujete, můžete prosím napsat v jakém oboru?

9. Počet dětí

10. Věk dětí

11. Pohlaví dětí

## **II. část: odmítnutí/posun očkování**

12. Podstoupilo/y vaše dítě/děti povinná očkování? (Ano všechny/ne ani jedno/jen některé z dětí/podstoupilo/y jen některá z povinných očkování/jiné)

13. Pokud Vaše dítě očkování podstoupilo, jaké účinky na Vaše dítě mělo. (negativní, bez negativních účinků)

14. Pokud byly tyto účinky negativní, s kým jste situaci řešil/a? (s dětským lékařem, s hygienickou stanicí, s rodinou, neřešil/a)

15. Pokud jste odmítl/a dítě/děti nechat naočkovat, napište prosím, z jakého důvodu to bylo.

16. Můžete prosím popsat reakci Vašeho dětského lékaře na toto rozhodnutí?

17. Co si osobně myslíte o povinnosti očkování nařízené státem?

## **III. část: závěr dotazníku**

Vážená maminko/ vážený tatínku následuje závěrečná část dotazníku. Existují-li ještě nějaké informace, na které jsem se v dotazníku nezeptala a Vy sám/a se domníváte, že jsou pro výzkum důležité, napište je prosím sem:

Zároveň Vám velmi děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku zaměřující se na oblast očkování. Jak jsem již zmiňovala v úvodu, velmi bych ocenila, pokud byste měl/a zájem na výzkumu dále spolupracovat. Sběr dat pomocí dotazníku a osobních rozhovorů představují stěžejní část mé diplomové práce. Pokud byste byl/a ochoten/ochotna osobní rozhovor absolvovat, ozvěte se mi prosím na emailovou adresu: [ji.skalova@seznam.cz](mailto:ji.skalova@seznam.cz). Zajištění anonymity jednotlivých respondentů považuji za naprostou samozřejmost a výsledky šetření poslouží pouze pro účely zmiňované diplomové práce.

Jitka Skálová

## **7.5 Rozhovory – topic guide**

### **I. část: odmítnutí/posun očkování**

1. Očkování dětí (odmítnutí, posuny, důvody, negativní reakce po očkování)
2. Jak reagoval dětský lékař na prosbu o posunutí/odmítnutí očkování?
3. Můžete prosím popsat, jak od té doby s dětským lékařem vycházíte?
4. S jakou reakcí rodiny na odmítnutí/ posunu termínu očkování jste se setkali?
5. S jakou reakcí Vašeho okolí (přátelé, kolegové) jste se setkali při odmítnutí/ posunu termínu očkování?
6. Museli jste případné odmítnutí/posun termínu očkování řešit s úřady? (s jakými, průběh)
7. Diskutovali jste situaci s partnerem?
8. Rozalio (jak jste se k němu dostala?, angažovanost, aktivity s ostatními rodiči)

### **II. část: informace o infekcích a očkování proti nim**

9. Jaká je Vaše znalost o infekcích a vakcínách a jak jste tyto informace získala?
10. Myslíte si, že jsou tyto informace dostatečné a srozumitelné?
11. Domníváte se, že Vás dětský lékař dostatečně a srozumitelně informuje o očkování a pozitivěch a negativěch s ním spojených?
12. Co si osobně myslíte o povinnosti očkování nařízené státem?

### **III. část: důvěra v tradiční medicínu a lékařskou vědu**

13. Můžete prosím popsat Váš vztah s dětským lékařem Vašeho /Vašich dítěte/dětí?
14. Jaký je váš názor na české zdravotnictví a na to, jak funguje medicína?

### **IV. část: alternativní životní směry**

15. Jak se díváte na homeopatickou medicínu a tradiční léčení?
16. Jste zastánce ještě dalších životních směrů, tzv. alternativních?

### **V. část: závěr dotazníku**

17. Nebylo ještě něco řečeno?

## 7.6 Očkovací kalendář

Věk dítěte	Očkování	Očkovací látka
1. - 2. měsíc	tuberkulóza pouze u dětí s indikací dle přílohy č. 3 vyhlášky	BCG vaccine SSI
od 9. týdne 1. dávka	záškrť, tetanus, dávkivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
za měsíc po 1. dávce 2. dávka	záškrť, tetanus, dávkivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
za měsíc po 2. dávce 3. dávka	záškrť, tetanus, dávkivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
nejdříve za 6 měsíců po 3. dávce 4. dávka (nejpozději do 18 měsíců věku)	záškrť, tetanus, dávkivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae b, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B	Infanrix Hexa
od 15. měsíce 1. dávka	spalničky, příušnice a zarděnky	Priorix
21. - 25. měsíc, event. později přeočkování	spalničky, příušnice a zarděnky	Priorix
od dovršení 5. do dovršení 6. roku přeočkování	záškrť, tetanus a dávkivý kašel	Infanrix, Adacel
od dovršení 10. do dovršení 11. roku přeočkování	přenosná dětská obrna, záškrť, tetanus, dávkivý kašel	Boostrix Polio, Adacel Polio
od dovršení 12. do dovršení 13. roku u neočkovaných v prvních letech života, (schéma 3 dávky – 0, 1 a 6 měsíců)	virová hepatitida B <b>bude ukončeno v roce 2012</b>	Engerix B paed.
od dovršení 14. do dovršení 15. roku u neočkovaných v 10 – 11 letech věku a dále každých 10 – 15 let, u ostatních od dovršení 25. roku a dále každých 10 – 15 let	tetanus	Tetavax ,

## 7.7 Závěrečná zpráva o řešení grantu interní grantové agentury MZ ČR

Reg. Číslo: E/2478-1

Oborová komise č. 8

### Podklady pro strategii očkování proti virové hepatitidě typu B v ČR

Nositel projektu: SZÚ

Řešitel: MUDr. Jaroslav Helcl DrSc., SZÚ

Spoluřešitelé: MUDr. Částková CSc., MUDr. Švandová CSc., MUDr. Č. Beneš Doba

řešení: 1994 - březen 1995

### Závěry:

Z výše uvedených analýz a s přihlédnutím k účinnosti celého systému preventivních a represivních opatření, vyplývají pro očkování proti virové hepatitidě typu B následující závěry:

1. Očkování novorozenců proti VHB je v ČR řešeno očkováním novorozenců HBsAg pozitivních matek podle Metodického návodu MZ a hl. hygienika ČR (Věstník MZ, částka 8-9, 1994). Při kontrole výsledků tohoto očkování byl prokázán jeho velmi dobrý efekt. V našem státě zavedené cílené očkování proto lépe a levněji zajišťuje ochranu rizikové skupiny novorozenců před chronickým jaterním onemocněním než plošné očkování a není tedy vhodné zavádět pravidelné očkování novorozenců v našem státě. Je jen třeba důsledně prosazovat a kontrolovat jeho implementaci.

2. Ve věkových skupinách 15 - 19 a 20 - 24 let má nemocnost VHB v ČR v posledních letech klesající tendenci a v roce 1993 představovala 6,54 a 8,40 případů na 100.000 příslušníků věkové skupiny. Nejvyšší výskyt byl v tomto roce ve věkových skupinách 55 -64 a nad 65 let. Podobně tomu tak bylo v celém sledovaném období. Pravidelné očkování dospívající mládeže není proto aktuální prioritou a v současné době není vhodné ho zavádět. Tato věková skupina je však vzhledem k sexuální aktivitě a

k předpokládané-mu nárůstu i.v. narkomanie skupinou s potenciálním nárůstem nemocnosti VHB. Nelze proto vyloučit možnost vzniku situace, pro kterou by bylo třeba v budoucnosti zařadit tuto skupinu do pravidelného očkování proti VHB. Jsou však předpoklady pro to, že díky našemu surveillance programu (pokud bude v ČR funkční systém preventivní medicíny zachován) bude možno takovou situaci včas odhalit a účinně řešit aktivní imunizací.

3. Za současnou prioritu je možno na základě provedených analýz označit pokračování ve strategii očkování vybraných rizikových skupin, a to jak již zařazených do programu, tak i skupin dalších, což zajistí nejen potlačování nemocnosti v těchto skupinách, ale i významné snížení počtu zdrojů nákazy s pozitivním odrazem na celkovou nemocnost VHB ve státě. Nedílnou součástí této strategie je udržení dobré úrovně preventivních i represivních opatření.

Mezi další rizikové skupiny, které bude třeba zařadit do zvláštního či mimořádného očkování, patří především osoby s úzkým kontaktem s nemocným VHB nebo nosičem HBsAg a vybrané skupiny diabetiků, hlavně nově zjištěných do 30 let. Další rizikové skupiny bude možné přiřazovat dle finančních zdrojů a epidemiologické situace.

### Realizace:

Výsledky studie a závěry z nich vyplývající byly již předány dopisem ze dne 16. 3. 1995 hlavnímu hygienikovi ČR jako podklady pro jeho rozhodnutí o další strategii pro očkování proti VHB v našem státě.