

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra genderových studií

Bc. Jitka Sekaninová

Očkování proti rakovině děložního čípku

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Kateřina Kolářová, Ph.D.**

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jitka Sekaninová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Kateřině Kolářové, Ph.D., za vstřícný přístup, cenné rady, věnovaný čas a trpělivost. Poděkování patří mým konverzačním partnerkám, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Děkuji za jejich ochotu otevřeně hovořit na téma očkování proti „rakovině děložního čípku“, které, jak se ukázalo, bylo více kontroverzní, než jsem očekávala. Velké poděkování patří celé mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali během celého studia a hlavně při dopsání této práce. V neposlední řadě patří poděkování mým kolegyním a kolegům v práci, kteří byli shovívaví, a poskytli mi prostor na dokončení práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Rakovina děložního čípku a preventivní očkování.....	5
2. Od biopolitiky k biologickému občanství.....	7
2.1. Biopolitika jako nástroj péče a disciplinace	7
2.2. Nové éra biologického občanství.....	10
2.2.1. Idea zdraví v době biologického občanství.....	12
2.2.2. Rakovina a biologické občanství	17
2.2.3. Zdraví je komodita.....	20
2.2.4. Genderové aspekty biologického občanství	22
3. Kvalitativní metodologie	26
3.1. Výzkumné otázky	26
3.2. Metody sběru dat	26
3.2.1. Rozhovory a komunikační partnerky.....	26
3.2.2. Kampaně proti rakovině děložního čípku.....	28
3.3. Kódování a analýza.....	33
3.4. Lokace výzkumnice aneb kdo jsem ve výzkumném poli	34
3.5. Etické otázky výzkumu.....	36
4. Rakovina děložního čípku a její prevence v době biologického občanství	38
4.1. „Zdraví není samozřejmost“	38
4.2. Specifické postavení očkování proti rakovině děložního čípku	42
4.2.1. Co si o očkování teda myslíme?	47
4.3. Očkování proti rakovině děložního čípku jako byznys	51
4.4. Matka, osoba zodpovědná za rozhodnutí.....	57
4.5. Jsem dobrá matka.....	60
4.5.1. Je to očkování pro holky!.....	67
4.5.2. Proti čemu je teda chráníme?	71

Závěr	76
Použité zdroje	79
Seznam příloh	84
Příloha č. 1: Protokol rozhovoru s rodiči	84

Abstrakt

Tématem diplomové práce je rakovina děložního čípku a její prevence se zaměřením na očkování. Cílem práce je za pomoci analýzy kampaně, *Vše, co můžu*, a provedených rozhovorů s matkami očkovaných dcer zjistit, jakým způsobem je konstruována zodpovědnost matek za zdraví svých dcer v souvislosti s onemocněním rakoviny děložního čípku. Bude mne zajímat jak kampaň propagující očkování, se podílí na vytváření dobrého/špatného mateřství, a jak jej konstruují matky. Dále se práce zaměřuje na genderové dopady kampaně a na způsob přístupu matek k prevenci zdraví svých dcer. Práce ukazuje, že zdraví se stává naším vlastním projektem a je takové, do jaké míry se o něj staráme a to i v souvislosti s rakovinou děložního čípku. Do popředí vstupuje téma zvažování rizik, jež je úzce spojeno s představou o dobrém rodičovství. Odlišná medikalizace těl dětí na základě genderu, které je ustavováno a reprodukováno kampaněmi i dotazovanými matkami, s sebou nese další genderové nerovnosti a stereotypní genderové konstrukce, ale také otázky zodpovědnosti za (reprodukční) zdraví.

Klíčová slova: zdraví, kampaně, rakovina děložního čípku, HPV, rodičovství, gender, zodpovědnost

Abstract

The topic of my thesis is cervical cancer and its prevention with emergence on vaccination against cervical cancer. The aim of my diploma thesis is to use analyzation of the campaign against cervical cancer, *All I can*, and analyzation of interviews with mothers who have decided to vaccinate their daughters to find out how the responsibility of mothers for health of daughters is constructed in the connection with cervical cancer. I am interested in how campaign promoting a vaccination articulates what is good or bad motherhood and how mothers construct a good motherhood. I am also interested in gender consequences of campaign that it brings and how mothers prevent health of their daughters. The thesis shows that health is our project and is as good as we care about it. In the connection with reproductive health there is mainly appear a theme of considering risks which participate on creation of good parenthood. The thesis talks about different medicalization of child body that is set up and reproduce by interviewed mothers and by

campaign. It brings gender inequalities and stereotypical gender constructions and questions of who is responsible for reproductive health.

Key words: health, campaigns, cervical cancer, HPV virus, parenthood, gender, responsibility

Úvod

Rakovina děložního čípku, stejně jako jiný typ rakoviny, je obávanou nemocí. Rakovina děložního čípku zdaleka není nejvíce nebezpečným typem rakoviny ohrožující ženskou část populace (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015), nicméně povědomí o tomto onemocnění je obecně velké. Na zvýšení povědomí o rakovině děložního čípku se bezpochyby podílela kampaň farmaceutické společnosti Merck Sharp & Dohme s.r.o. (dále jen MSD), *Vše, co můžu*. Kampaň se v České republice objevila v roce 2006, a propagovala (historicky první) očkování proti rakovině (děložního čípku), SILGARD. Na základě kampaně se mnoho rodičů rozhodlo vakcinovat své dospívající dcery.

Téma rakoviny děložního čípku a propagace očkování prostřednictvím kampaně, *Vše, co můžu*, jsem si zvolila hned z mnoha důvodů. Samotné téma očkování proti rakovině děložního čípku vnímám velmi kontroverzně. Z počátku převratné očkování a zdánlivě účinné v ochraně před rakovinou děložního čípku je s postupem času čím dál více vnímáno jako byznys farmaceutické společnosti MSD. Ukazuje se, že očkování chrání spíše proti nezhoubným nádorovým změnám, které mohou zmizet spontánně, méně úspěšné je očkování v zabránění buněčným změnám vyššího stupně, které vedou k rakovině. Není ani zřejmé, po jak dlouhou dobu je vakcína účinná. Očkování vykazuje také mnoho nežádoucích reakcí, které jsou v ojedinělých případech závažného charakteru. Na dlouhodobé vedlejší účinky neexistuje žádná studie (Hirte, 2008: 291). Není tak divu, že kolem očkování se objevily kritické ohlasy.

Současně se nacházíme v době, kdy obecně očkování je zpochybňováno, a přibývá rodičů, kteří odmítají očkovat své děti z přesvědčení, že očkování může lidský život spíše ohrozit (Hasmanová Marhánková, 2014). Dokonce existuje organizace Rozalio, která nejen rodičům odmítajícím očkovat své děti, poskytuje informační základnu o „neočkování“. Považuji za zajímavé se věnovat jakou pozici má očkování proti rakovině děložního čípku v době plné nejistoty, kontroverzí a zpochybňování očkování obecně. Jedním z největších motivů a impulsem k napsání této diplomové práce byla však má osobní zkušenost s HPV infekcí. Tato zkušenost mě donutila přemýšlet o očkování, rakovině děložního čípku, o viru HPV, a začala jsem si klást otázky, na které jsem jen obtížně hledala jednoznačnou odpověď.

Cílem této diplomové práce je za pomoci kvalitativní metodologie zjistit, jakým způsobem je kampaň, *Vše, co můžu*, a dotazovanými matkami konstruována zodpovědnost za zdraví dcer ve vztahu k onemocnění rakoviny děložního čípku. Bude mne zajímat, jak kampaň vytváří imperativ dobrého rodičovství a jakým způsobem jej konstruují dotazované matky. V neposlední řadě budu zjišťovat, jaké genderové dopady kampaň mají a jakým způsobem matky přistupují v oblasti prevence HPV infekce (rakoviny děložního čípku) odlišně ke svým dcerám a synům.

V první části práce se budu věnovat základním teoretickým konceptům, ze kterých vycházím, biopolitice a biologickému občanství. Biopolitiku představím jako formu moci, jež skrze koncept zdraví jedince a celou společnost kontroluje a zároveň se stává nástrojem péče o zdraví a lidský život (Foucault, 1978; Foucault, 2005). Biologické občanství a s ním spojená práva jsou nově přiznávána na základě biologických charakteristik jednotlivců. Skrze koncept biologického občanství je vytvářena nová morálka a nové požadavky na jedince a celou populaci (Novas, Rose, 2005). Forma biologického občanství, jak ukážu, ukotvuje a reprodukuje etnické, sociální, genderové a jiné formy nerovností (Adams, 2010; Berlant, 2010; Jain, 2013; Klein, 2010; Kolářová, 2009; Lebesco, 2010; Mara, Scott, 2010; Parusniková, 2000; Roberts, 2010).

V další části představím metodologické postupy, způsob získání dat potřebných pro výzkum a jejich analýzu, budu se věnovat také své lokaci ve výzkumném poli a etickým otázkám výzkumu. V poslední části budu prezentovat zjištění mého výzkumu. Budu se věnovat nejprve konstrukci zdraví a různým formám prevence s důrazem na prevenci rakoviny děložního čípku. Dále se budu zaměřovat na to, jaké prodejní taktiky kampaň, *Vše, co můžu*, využívá a jak a zda na její argumentaci rodiče přistupují. Dále představím, jak se kampaň podílela na vytváření dobrého rodičovství. Jaké procesy vstupovaly do (ne)narušování pozice dobré matky, a jak s tím souviselo zvažování rizika. V poslední části se věnuji tomu, jakým způsobem kampaň a dotazované matky vnímají prevenci zdraví v souvislosti s rakovinou děložního čípku a jak se péče o zdraví vlastních dětí v souvislosti s HPV virem (rakovinou děložního čípku) stává genderovanou.

1. Rakovina děložního čípku a preventivní očkování

Na začátku práce bych ráda stručně charakterizovala onemocnění, rakovinu děložního hrdla, známé především pod názvem rakovina děložního čípku. Obecné povědomí o tomto typu rakoviny se v České republice nepochybně zvýšilo. Velký podíl na tom měla právě preventivní kampaň proti rakovině děložního čípku, která nabízí očkování jako formu prevence (především pak kampaň *Vše, co můžu*).

Rakovina děložního čípku spadá do kategorie zhoubných nádorových onemocnění, pro kterou je typické, že povrchové buňky děložního čípku se nekontrolovaně množí. Onemocnění je specifické, oproti jiným typům rakoviny (například rakovina střev, prsu, plic, kostí atp.) v tom, že ve většině případů je způsobeno sexuálně přenosnými HPV viry/infekcí. Rakovina děložního čípku spadá tedy do kategorie pohlavně přenosných chorob. Zároveň se jedná o jediný typ rakoviny, proti kterému je možné se nechat preventivně očkovat (Marešová, nedatováno).

Na českém trhu jsou v současné době k dostání tři různé vakcíny proti rakovině děložního čípku – CERVARIX (od roku 2007), GARDASIL 9 (od roku 2015) a SILGARD (od roku 2006). Jednotlivé vakcíny se liší pouze složením, tedy proti jakým a proti kolika HPV virům jsou vyráběny, a cenou, za kterou jsou nabízeny (Vakciny.net, 2017).

Z počátku nebylo očkování hrazeno z veřejného pojištění, a pokud rodiče chtěli své dcery¹ nechat vakcinovat, museli zaplatit částku cca 10 000 Kč. Od dubna roku 2012 začalo být očkování pro dívky ve věku třinácti let plně hrazeno a to dle Zákona č. 48/1997 Sb. § 30 (znění platné od 1. 4. 2012)². Plně hrazena byla a stále je nejlevnější vakcína CERVARIX, chtějí-li rodiče rozšířenější variantu, SILGARD, nebo GARDASIL 9, musí ji doplatit. V tomto věkovém rozhraní, ve věku třinácti let, jsou dostačující 2 dávky. Jedna dávka vakcíny CERVARIX stojí cca 2000 Kč, zatímco SILGARD cca 3 500 Kč, a GARDASIL 9 zhruba 4 500 Kč, tedy při volbě rozšířenější vakcinace mohou rodiče doplácet až 5 000 Kč.

Dívkám od čtrnácti let je nutné zajistit 3 dávky vakcinace a některé pojišťovny poskytují příspěvek na toto očkování. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna přispívá

¹ Původně bylo očkování určeno výhradně dospívajícím dívkám.

² Hrazenými službami dále jsou očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném proti lidskému papilomaviru třemi dávkami očkovací látky, a to pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého roku do dovršení čtrnáctého roku věku (Zákon č. 48/1997 Sb. § 30).

na očkování proti papilomavirům až 1 000 Kč³ (Všeobecná zdravotní pojišťovna, nedatováno), Vojenská zdravotní pojišťovna maximálně 1 500 Kč⁴ (Vojenská zdravotní pojišťovna, nedatováno). Příspěvek se vztahuje na dívky pouze ve věku od čtrnácti do osmnácti let. Vzhledem k počtu a ceně dávek je příspěvek pojišťoven poměrně zanedbatelný.

„Průlomová“ změna přišla začátkem roku 2018, a to se změnou Zákona č. 48/1997 Sb. § 30 (znění platné od 1. 1. 2018)⁵, kdy plně hrazené očkování (nejlevnější varianty očkování) proti HPV virům se vztahuje nejen na dívky ve věku 13 let, ale také nově na chlapce v tomto věku.

³ Ověřeno telefonicky na zákaznické lince Všeobecné zdravotní pojišťovny, celý příspěvek je poskytnut, pokud všechny tři dávky jsou naočkovány do jednoho roka.

⁴ Ověřeno telefonicky na zákaznické lince Vojenské zdravotní pojišťovny, celý příspěvek je poskytnut, pokud všechny tři dávky jsou naočkovány do jednoho roka.

⁵ Hrazenými službami dále jsou očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném proti lidskému papilomaviru, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku (Zákon č. 48/1997 Sb. § 30).

2. Od biopolitiky k biologickému občanství

2.1. Biopolitika jako nástroj péče a disciplinace

Lidský život byl historicky předmětem zájmu politik a jejich cílem bylo jedince a celou společnost kontrolovat a disciplinovat. Nad subjekty byla, a stále je, uplatňována specifická forma moci. Uplatňovaná forma moci se historicky proměňovala. V tradičních společnostech byla moc v rukou suverenity a základním atributem této moci bylo právo rozhodnout o životě a smrti. Subjekt, nad kterým byla moc vykonávána, neměl právo rozhodnout o svém životě (ani smrti) a záleželo jen a jen na rozhodnutí vládnoucího. Právo zabíjet vytvářelo podstatu práva nad životem a vlastně i smrtí. Ve chvíli, kdy bylo uplatněno právo usmrtit, bylo vykonáváno také právo nad lidským životem. Suverén měl právo dát zemřít, nebo nechat žít (Foucault, 1978: 143; Foucault, 2005: 215 – 216).

Od 18. století, se vznikem moderního státu, docházelo k transformaci moci uplatňované nad lidským životem. K proměně moci mohlo dojít díky specifickým sociálním a ekonomickým podmínkám. Lidský život se důsledkem relativně stabilní ekonomiky, zvýšené zemědělské produkce a rozvoji v mnoha vědních disciplínách stal poměrně kontrolovatelným, a tedy přestal být bezprostředně ohrožen smrtí. Dát zemřít a nechat žít bylo nahrazeno dát žít a nechat zemřít. Jinými slovy, (bio)moc převzala zodpovědnost za lidský život (Foucault, 1978: 143; Foucault, 2005: 215; Foucault, 2008).

Nová forma moci, biomoc, usiluje o maximalizaci potenciálu lidského života. Cílem je vytvořit zdravou a soběstačnou populaci, která je pracovně způsobilá. Jednotlivci a celá populace se stávají nositeli nových proměnných a jejich biologické rysy se stávají důležitými pro hospodářství a ekonomické řízení státu (Tinková, 2014: 109 – 110). Moc je distribuována skrze lidský život, který je najednou novým měřítkem hodnot a prospěšnosti. (Foucault, 1978: 143). Obecně klíčovou roli ve vytváření zdravé a soběstačné společnosti hraje systém zdravotní péče (Parusniková, 2000: 135). Biomoci můžeme rozumět jako utváření vztahu mezi mocí a lidským životem, respektive zdravím jednotlivců.

Michel Foucault si všímá, že moderní stát integroval vlastně mocenskou techniku pro uplatňování moci nad jednotlivci, která vychází z křesťanských institucí. Křesťanství vysvětlovalo, že za určitých podmínek může být jedinec po smrti spasen. Aby bylo dosaženo tohoto žádaného cíle, musel jedinec znát a hlavně musel převzít určitý vzorec chování. Taková situace vedla k tomu, že chování bylo subjektem neustále kontrolováno a

disciplinováno za účelem dosažení cíle. Moderní stát pouze posmrtnou spásu nahradil příslibem dobrého života „tady a teď“ (Foucault, 1978; Foucault, 1995; Foucault, 2003).

Moc tak není samostatně existující entitou nezávisle na lidských individuích, ale naopak se utváří v procesu jejich jednání. Moc se stává decentralizovanou, a není jednoho subjektu, který má moc nad subjektem druhým. Jednotlivci nejsou nuceni nadřazenou autoritou chovat se určitým způsobem. Naopak přijmou mnohé vzorce chování za své, a dle nich se chovají. Jedinci samy sebe kontrolují a disciplinují, aby dosáhli „svého“ cíle⁶. Biopolitika je tedy formou moci, která má za cíl pečovat o lidský život, na druhé straně skrze příslib dobrého a kvalitního života jsou jednotlivci a celá společnost kontrolována, usměrňována a disciplinována. Vytváří se prostor pro trvalý vládní zásah a svoboda se stává relativním pojmem (Foucault, 2003; Foucault, 2008: 330).

Aniž bychom si to vždy uvědomovali, jsme skrze naše zdraví neustále „pod dohledem moci“⁷. Každý z nás se pravděpodobně o své zdraví více či méně zajímá a snaží se ho udržet v co nejlepším stavu. To však neznamená, že by existence apelu a důrazu na naše zdraví vedla automaticky ke zlepšení zdravotního stavu celé populace (Parusniková, 2000: 132). Naopak, jedinci si mohou osvojit návyky a způsoby chování, které jsou v rozporu s požadavkem zdraví. Nicméně jejich praktikování může na dotyčného vrhat špatné světlo, jedinci mohou pociťovat stud a své chování před ostatními schovávat.

Michel Foucault rozlišuje uplatňování moci nad jednotlivci, tzv. anatomo-politiku, a tzv. biopolitiku, která vykonává moc nad celou populací (Foucault, 1978: 139). V anatomo-politice se vytváří poslušné tělo, které se stává předmětem zájmu mnoha vědních disciplín včetně medicíny. Získávání informací o jednotlivcích, potažmo o celé populaci, se podílí na konstrukci sociálních kategorií, v oblasti medicíny pak také dochází k vyšší znalosti lidského těla, vytváření lepších diagnostických nástrojů a léčebných technik (Davis, 1995: 34 – 35, Parusniková, 2000: 134). Lennard J. Davis v souvislosti se zkoumáním lidského těla poukazuje na vliv statistiky, která se podílela na vytvoření „postíženého těla“ (Davis, 1995: 24).

Statistika vytvořila normu⁸, do níž byla začleněna majoritní společnost. Na okrajích této normy pak mohla být definována její odchylka (Davis, 1995: 29; Fausto-Sterling, 1997). Davis nejenže normu zpochybňuje jako přirozenou a danou, ale zároveň poukazuje

⁶ Neznamená to však, že v populaci jsou plně disciplinováni jedinci, kteří jsou pouhým výtvozem biomoci.

⁷ Moc a její disciplinační charakter utváří určitý typ společnosti a ne vždy je nutné moci rozumět v negativním slova smyslu.

⁸ Před vznikem termínu norma existoval koncept ideálu, který byl vlastně nedosažitelný, a každý jedinec měl ve větší či menší míře neideální status (Davis, 1995: 29).

na paradox, neboť nejprve bylo nutné definovat (konstruovat) normální tělo a až následně se „postižené tělo“ mohlo stát viditelným. S postupem času začaly být některé rysy považovány za vrozené, a tělo se stalo nástrojem formující identitu člověka. Jestliže tělo je nedokonalé a je odrazem identity člověka, z logiky věci je také identita člověka konstruována jako nedokonalá, či nenormální. S představou o vrozených rysech se pak identita stává do jisté míry neměnná (Davis, 1995: 31 - 32).

Lennard J. Davis poukazuje, že myšlenka normy vytvořila představu o normálním a nenormálním lidském těle. Na základě této myšlenky se vytváří nátlak na lidské tělo, jehož cílem je tělo vtěsnat do striktní, předem vytvořené, předem dané, šablony normálního těla (Davis, 1995; Fausto-Sterling, 1997). Eugenika proto nebyla nutně výplodem krajně pravicových fašistických jednotlivců, ale spíše se stala společenskou praktikou některých, ne-li většiny, evropských a amerických občanů (Davis, 1995: 34 - 35).

Druhým typem formy moci, kterému se Michel Foucault věnuje, je biopolitika, která vykonává moc nad celou populací. Příkladem biopolitiky jsou povinná očkování. V České republice podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů mají povinnost se očkovat všichni občané České republiky a cizinci, kteří mají povolen trvalý pobyt, nebo přechodný pobyt delší jak 90 dnů. Povinné očkování se stalo prostředkem k zamezení vzniku a šíření závažných infekčních onemocnění s vysokým rizikem dalšího epidemického šíření v kolektivech a život ohrožujících infekčních onemocnění. Za odmítnutí povinného očkování plynou sankce pro poskytovatele zdravotních služeb, ale také pro ty, jež očkování odmítnou, dále sankce dopadají na poskytovatele služeb o děti (mateřské školy), kteří standardně přijímají do svého zařízení děti mladší věku tří let (Sůvová, nedatováno).

Povinná očkování přináší ochranu proti mnohým onemocněním, podílejí se na udržování dobrých zdravotních podmínek a tím pádem zdravotně způsobilé populace, která může vytvářet ekonomické hodnoty. Očkování, jak ze samotného názvu vyplývá, je povinné, tedy žádoucí, a nesouhlasí-li s ním někdo, a neztotožní se s očekávaným, pak z toho plynou sankce nejen pro něj.

Na příkladu anatomické politiky a biopolitiky je také velmi dobře vidět, jak zákon se stává normou. Justiční instituce se čím dál více začleňují do kontinua různých zařízení, jako je například věda, zdravotnictví, školství atd. Funkce těchto institucí jsou z velké části regulační (Foucault, 1978: 143).

2.2. Nové éra biologického občanství

Občanství v západních společnostech a spolu s ním lidská práva prošla v nedávné době transformací. Do zhruba 20. století byla právní, politická a sociální práva jednotlivcům zajištěna na základě příslušnosti k politickému společenství, národu. Národ pak představoval kulturní, náboženskou a politickou jednotku s vlastním hospodářstvím. V současné době je však tato jednota narušována migračními, globalizačními a jinými procesy. Občany už nemůžeme definovat na základě místa narození, jedné rasy, stejného náboženství, kultury atd. (Rose, 2001: 21; Rose, Novas, 2005: 439 – 440).

Nikolas Rose a Carlos Novas hovoří o nové formě občanství, biologickém občanství. Pod tímto pojmem se ukrývají všechny formy občanství, které konstruují koncept občana na základě jeho biologické existence a biologických charakteristik. Samozřejmě už v 19. a ve 20. století se vedly diskuse o důležitosti biologických představ pro realizaci politiky. Rozdílnosti mezi jednotlivými národy určovaly, kdo je hodný občanství a kdo ne, rozdílnosti mezi lidmi pak ospravedlňovaly, kdo vládne a kdo je ovládaný. Tyto představy vycházely z explicitní nebo implicitní biologické klasifikace odlišností na úrovni těl jednotlivců, tak skupin. Krom toho, že představy o biologické rozdílnosti se podílely na vytváření národů, byly často rasistické a vedly k eugenic (Rose, Novas, 2005: 443).

Dnešní podoba biologického občanství se od té z 19. a 20. století odlišuje především v tom, že je zbavena rasové a národní dimenze. Současná podoba biologického občanství spočívá v tom, že lidská práva jsou občanům zajištěna „pouze“ na základě jejich biologické existence jako lidského druhu, bez ohledu na jejich národnost, rasu atp. Vytváří se jakési univerzální lidské právo na ochranu života a jeho důstojnosti. Prakticky každý občan má právo požadovat ochranu svého života nebo života někoho jiného na základě vlastní biologické existence. Fakt, že samotné bytí je důvodem pro přiznání práva, by mohlo vyvolat dojem, že každý život je stejný, a tedy rovnocenný. Nicméně opak je pravdou, a lidské životy podléhají opakovaně hodnotovým soudům (Rose, 2001: 21; Rose, Novas, 2005: 440).

V západním světě vzniká biologický občan, který je zodpovědný za svůj život a neustále musí zvažovat rizika a na jejich základě rozhodovat o svém přítomném a budoucím jednání. Rose a Novas však poukazují na to, že princip biologického občanství není všude stejný. V zemích postsovětské éry na základě biologických charakteristik vzniká spíše nárok na finanční podporu ze strany státu (Rose, Novas, 2005: 458). Příkladem je Ukrajina, kde občané zasažení radiací po výbuchu v Černobyli, si nárokovali

formu sociální péče. Sociální péče byla založena na medicínských, vědeckých a právních faktech, z nichž bylo prokazatelné, že zranění nebo onemocnění je způsobené následkem výbuchu v Černobyli a s tím spojeného radiového ozáření. Nárok vznikal na základě ztráty schopnosti aktivně participovat na trhu práce, ale také z důvodu ztráty státní ochrany před inflací a z důvodu zhoršeného postavení občanů. Utrpení se stalo součástí a bylo objektivizováno v právní, ekonomické a politické rovině (Petryna, 2004: 261 – 265).

Biologické občanství, tak jak o něm hovoří Nikolas Rose a Carlos Novas, má dimenzi individuální i kolektivní. Na jedné straně je kladen důraz na jednotlivce, aby dobře znal své biologické tělo, a aktivně své zdraví udržoval a nesl za něj zodpovědnost. Biologický občan si osvojuje biologický a biomedicínský jazyk, ve kterém popisuje svůj zdravotní stav, aktivně si vyhledává informace, a snaží se lépe porozumět svému současnému zdravotnímu stavu. Informace občané získávají ze strany autorit, z různých článků, knih napsaných lékaři, dokumentů v televizi, ale také z internetu. Na internetu jsou jak materiály sepsané přímo lékaři, tak i zповědi pacientů/pacientek, kteří popisují svůj život s konkrétní nemocí. Mimo to jsou na internetu také různé reklamy farmaceutických společností, které nabízejí produkty k léčbě. Jedinci si skrze aktivní zapojení do pochopení biologických vysvětlení a starání se o sebe samého si vytvářejí nové vztahy s vědeckou autoritou (Rose, Novas, 2005: 445 - 448).

Aktivismus a zodpovědnost za zdraví se stávají prakticky povinnou součástí života občanů. Biologický občan/občanka by měl/měla dodržovat mnoho doporučení, pravidel a zásad zdravého životního stylu, aby minimalizoval/minimalizovala rizika (Rose, Novas, 2005). Často svá rozhodnutí činí na základě rizik, která v danou chvíli nejsou viditelná, a spoléhá se na vědecké stanovisko a statistiky pravděpodobnosti. Rizika jsou otázkou budoucnosti, která jsou nehmatatelná, vykonstruovaná, fiktivní, a v přítomnou chvíli neexistující (Beck, 2004: 43 – 44). Nejde pouze o zodpovědnost ve vztahu k sobě samému/samé, ale i ve vztahu k celé společnosti. Pokud jedinec není ochotný stát se aktivním biologickým občanem a převzít zodpovědnost za své zdraví, je společností vnímán problematicky, a jeho biologické občanství může být „zpochybňováno“ (Rose, Novas, 2005: 451).

Na druhé straně biologické občanství má podobu kolektivizující. Vznikají skupiny s poměrně specializovanými vědeckými a medicínskými znalostmi. Některé skupiny odmítají dominující lékařské vědění, jiné se spíše snaží vedle lékařského vědění prosadit i alternativní. Biosociální skupiny se podílejí na vytvoření kampaní podporujících zlepšení

léčby, ukončení stigmatu plynoucí z nemoci, nebo i zlepšení přístupu ke zdravotním službám. Skupiny využívají běžné formy aktivismu, ale také nové komunikační možnosti jako jsou e-mailové schránky nebo webové stránky (Rose, Novas, 2005: 441 – 444). Nemohu nezmínit kampaň Měsíc raka, která vznikla na základě popudu Lucie Bittalové, které byla diagnostikována rakovina děložního čípku v posledním stádiu, a nebylo ji možné vyléčit. Cílem jejího projektu bylo zvýšit povědomí o onemocnění a hlavně ženy vybízet, k preventivním prohlídkám. I kampaň, *Vše, co můžu*, propagující očkování proti rakovině děložního čípku je obdobným příkladem.

V současné době existuje také mnoho státních kampaní, které vybízejí občany k převzetí zodpovědnosti za své zdraví (Rose, Novas, 2005). Jak poukazuje Lennard J. Davis, existuje metafora národa jako těla, a tedy aby byl národ zdravý, je nutné zajistit dobrý zdravotní stav všech jedinců (Davis, 1995: 36). V českém prostředí ve vztahu k rakovině byla v roce 2014 a 2015 spuštěna kampaň, *Bez rakoviny*, která se zaměřuje na prevenci rakoviny děložního čípku, tlustého střeva a rakoviny prsu. Stát zkrátka potřebuje zdravé jedince, kteří budou plně zastávat svou ekonomickou roli (Berlant, 2010: 28).

V neposlední řadě v rámci biologického občanství se jedinci stávají nositeli tzv. biohodnoty⁹ s čímž jsou spjaty nové možnosti generování zisku. Následkem toho jsou utvářeny nové etické hodnoty, které se stávají součástí tržního prostředí. Biologická těla občanů jsou začleňována do obchodních vztahů, které vedou k produkci bohatství. Vytváří se nová morálka, která řídí samotnou povahu ekonomické výměny. Ekonomické transakce probíhají na základě informovaného souhlasu jednotlivců, který potvrzuje etické zacházení s lidským biologickým materiálem. Etické principy slouží k přístupu k cenným zdrojům v podobě biologického materiálu, a na jejich základě je možné budovat vztahy na mezinárodní úrovni s dalšími obchodníky (Rose, Novas, 2005: 457).

2.2.1. Idea zdraví v době biologického občanství

Význam pojmu zdraví se historicky proměňoval (Illich, 2012) a pravděpodobně i v budoucnu s vývojem medicíny a bio-technologie se nadále proměňovat bude. V polovině 20. století Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) zveřejnila definici zdraví. Dle této definice je zdraví „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu, nejedná

⁹ Lidské tělo je nositelem ekonomické, politické hodnoty a nově také biologické. Samotné lidské tělo může být poskytnuto pro účely biovědy nebo biomedicíny (Novas, Rose, 2005: 455).

se o pouhou absenci nemoci nebo slabosti.“ (World Health Organization, 1948: 1). WHO vytvořila poměrně širokou a nejasnou definici zdraví, která odkazuje k propojení sféry fyzické, psychické, ale i sociální. Zdraví tak není chápáno jako něco, co se vztahuje na samostatně existující individuum, ale nově na individuum neoddělitelně spojené se sociálním prostředím. Pojem se tak vymanil z čistě medicínské kategorie a posouvá se do kategorie sociální (Bártlová, Mutulaj, 2009: 84).

Jak se ukazuje, hodnota zdraví v současném západním světě nepochybně narůstá (Klein, 2010: 15). Téměř před dvaceti lety Zuzana Parusniková konstatovala, že dochází doslova k uctívání kultu zdraví. Zdraví se stává dominantním diskursem, je povinností a cílem pro každého z nás (Parusniková, 2000: 131 – 132). Zdraví je konceptem, na kterém je v současné době vystaveno i občanství. Tzv. biologické občanství přiznává práva jednotlivcům na základě jejich biologické existence. Taková představa může vést k tomu, že každý život je stejně hodnotný, opak je však pravdou (Rose, Novas, 2005).

Zdraví se stává nástrojem kontroly jednotlivců a celé populace. Nedodrží-li jedinec očekávané normy a nechová-li se podle očekávání, může se vystavovat stigmatizaci a různým typům znevýhodnění, které mohou mít i institucionální povahu. Zdraví slouží jako základ pro morální (ne)odsouzení jednotlivců a celých sociálních skupin. Zjednodušeně řečeno, zdraví se stává nástrojem kontroly a regulace na úrovni individuální, ale i skupinové (Adams, 2010; Bártlová, Mutulaj, 2009; Berlant, 2010; Klein, 2010; Lane, 2010; Lebesco, 2010; Parusniková, 2000; Roberts, 2010; Rose, Novas, 2005; Siebers, 2010).

V západním světě můžeme pozorovat aktivní občany a občanky zajímající se o svůj zdravotní stav a zodpovědnost za zdraví je ze strany státu přesunuta na jednotlivé občany a občanky¹⁰. Přenesení zodpovědnosti ze státu na jednotlivce vede k utužování moci a rozvinutí jejich rafinovanějších podob. Jedinec v situaci neustálého ohrožení, aby se vyhnul nespočtu rizikům, musí být velmi dobře disciplinovaný (Parusniková, 2000: 137). Zároveň pojem zdraví se s neustále nově objevujícími diagnózami může zdát jako čím dál více relativní termín, o to více však disciplinující. Například během druhé poloviny 20.

¹⁰ Petryna poukazuje, že v post-sovětských zemích je biologické občanství chápáno jinak, než v západních zemích. Na základě biologie vzniká občanům nárok na podporu státu (Petryna, 2004). Česká republika se pohybuje na pomezí západních a postsovětských zemí. Na jedné straně v České republice je státem podporované veřejné zdravotnictví, na druhé straně se čím dál častěji objevují ve zdravotnictví služby a produkty, za které si pacienti/pacientky musejí/mohou zaplatit. Jedinci se začínají nacházet v situacích, kdy se musí rozhodovat, zda má smysl si za určitý produkt připlatit, či ne. Očkování proti rakovině děložního čípku je toho příkladem. Můžeme tvrdit, že i v České republice dochází k pozvolnému přenesení zodpovědnosti ze státu na jednotlivce.

století došlo k téměř dvounásobnému nárůstu onemocněních spadajících do oblasti psychologie a psychiatrie (Lane, 2010: 105 – 106, Parusniková, 2000).

Je nutné si uvědomit, že diskurz zdraví a jeho „moc“ dopadá prakticky na každého jedince ve společnosti. Nejen jedinci spadající do kategorie „nemocní“ by se měli řídit určitými pravidly, ale i zdraví jedinci se musí řídit nespočtem pravidel a doporučení, jež povedou k udržení zdraví (Parusniková, 2000: 131 - 132).

V nové éře biologického občanství jsou konstruovány nové kategorie na základě biologických znaků, které se zdají být přirozené. Jak bychom mohli zpochybnit něco, co je definované na základě biologických charakteristik jedince. Kategorie se stávají předmětem zájmu různých odborníků z rozmanitých oborů. Tato kategorizace na jedné straně vymezuje hranice mezi těmi, kdo jsou „léčeni“, a kdo ne. Na druhé straně sjednocuje osoby, které spadají na základě biologických charakteristik do stejné kategorie. Jednotlivé kategorie nejsou hodnotově neutrální. Vzniká hierarchická stupnice, kde jedna kategorie se stává nadřazenou jiné (Rose, Novas, 2005: 445). S biologickým občanstvím dochází ke změně způsobu nahlížení občanů politickými autoritami, zdravotním personálem, zákonodárným a trestním personálem, potencionálními zaměstnavateli, pojišťovny atd.

Jak se ukazuje, epidemie obezity v USA je hrozbou pro všechny občany a ty, jež konzumují nezdravé jídlo. V současné době je obézní tělo prakticky „chodící reklamou“ na mnohá populační onemocnění a vysoké riziko smrti. Lauren Berlant odmítá přijmout obezitu jako prostý důsledek jednání jednotlivce a jeho nezodpovědnost. Spíše tvrdí, že jídlo a jeho konzumování představuje formu odpočinku pro vyčerpané jednotlivce. Pocit uspokojení nemá nic společného s dobrým nebo špatným jídlem, ani tím jakým způsobem je konzumováno. Lidé se cítí být unavení z práce, neustálého hraní své role, z přehlčení požadavky reprodukčního a produkčního života. Jídlo pak přináší potěšení do běžného života. Obezitu je možné vnímat jako důsledek toho, že lidé potřebují stále více prostoru pro odpočinek z důvodu psychického vyčerpání (Berlant, 2010: 26 – 27). Jedinci „odmítající“¹¹ naplnit roli biologického občana jsou pak ostatními nahlíženi jako problematická (Rose, Novas, 2005: 451) a nezodpovědná (Berlant, 2010) část populace.

Mnohem větší hrozbou je epidemie obezity pro chudé občany často nebílé pleti (Berlant, 2010: 26). Především pak příslušníci k tzv. modrým límečkům (manuálně pracující) jsou mnohem více unavení, zažívají větší bolest, jsou méně schopni vedení běžného života a dožívají se nižšího věku, než příslušníci zaměstnání s vyšším příjmem. I

¹¹ Nemusí se jednat vždy odmítnutí, ale jedinec v danou chvíli nemá jinou možnost.

tito jedinci jsou ohroženi obezitou, ale ne v takové míře jako afroamerická část populace.¹² Zaměstnanci s vyšším příjmem, často bez fyzické zátěže, mají v porovnání s „chudší“ dělnickou třídou více možností jak obezitě předcházet. (Berlant, 2010: 33).

Medicína je hlavní institucí sociální kontroly a stala se místem pro nový druh moralismu. Kathleen Lebesco dává příklad také s obezitou a nadváhou. Obézní, nebo lidé s nadváhou, jsou neustále instruováni o tom, co by měli dělat. Měli by jíst méně, lépe, a zdravěji. Více se hýbat. Pokud se nebudou snažit dosáhnout „normy“, pak svůj současný zdravotní stav zhoršují (například takoví jedinci mají větší sklony k diabetu a vysokému krevnímu tlaku). Má to však dopady i do jiných oblastí života jednotlivce. Například pokud takový občan má zájem o životní pojištění, musí počítat se zvýšenou sazbou, další aspekty obezity jsou nepřítomnost v práci, dochází ke snížení pracovní produktivity, nebo média poukazují na celebrity, které přibraly pár kilo, a posmívají se jim (Berlant, 2010: 33; Lebesco, 2010: 72 - 73). Takovým jednáním dochází ke stigmatizaci jedinců s „neideálním typem postavy“.

Obézní lidé jsou prezentováni jako lidé bez vůle, bez kontroly, jako líní, či s ignorantským přístupem vůči svému zdraví. Kritika je směřována k životnímu stylu, tzn. nezdravé jídlo a jídlo z fast foodů, rozvoj aut a jejich dennodenní využívání, suburbanizace, minimální prostor pro pohyb v rámci informační a servisní ekonomiky. Kritika je však směřována i směrem k rodičům, jež jsou konstruováni jako špatní rodiče, protože podporují své děti v obezitě a nadváze. Zodpovědné za „neobezitu“ dítěte jsou spíše matky nežli otcové, a proto kritika špatného rodičovství se spíše stává kritikou špatného mateřství. Tloušťka už nereprezentuje zdraví a bohatství, ale chudobu a pracovní třídu. Tloušťka začíná být spojována s ženami, chudými a nebílými občany a občankami, méně pak s bílými bohatými muži (Berlant, 2010: 33; Lebesco, 2010: 73 - 75). Je patrné, že udržování představy zdraví skrze štíhlé tělo a vlastní zodpovědnost zakrývá některé existující nerovnosti ve společnosti.

Dorothy Roberts je kritická k biologickému občanství, v tom smyslu, že tato forma občanství klade důraz na agentnost jedinců. Poukazuje na to, že vytváření aktivního a zodpovědného občana, který se stává konzumentem zdravotnických služeb a produktů od farmaceutických produktů po reprodukční technologie a genetické testy, vede k posilování spojení lékařů a vědců k obhajobě jejich záměrů. Zastánci biotechnologie zdůrazňují

¹² Autorka, Lauren Berlant, se věnuje prostředí americké společnosti.

dobré zdraví jako prioritu, což se vzdaluje od moci těchto technologií, jež vedou k posilování rasových, genderových a jiných sociálních nerovností. (Roberts, 2010: 61).

Zdraví je vytvářeno jako jediný cíl biotechnologií a stávají se prioritou politických a sociálních zájmů. Existuje pak představa, že zdraví je možno oddělit od sociopolitického kontextu, což ignoruje způsoby, jakými nové technologie vytváří a jsou utvářeny sociální mocí. Spoléhání se na využívání biotechnologií jednotlivci odkazuje k nerovnostem a podporuje neoliberální posun od zodpovědnosti za veřejné zdraví ze státu na jedince. Do popředí se dostává zdraví před sociální spravedlností, a nedochází tak ke zlepšování zdraví celé populace, ale spíše jsou podporovány zájmy velkých byznysů a nejvíce privilegovaných členů společnosti. Vytváří se falešná dichotomie mezi zdravím a spravedlností, která zakrývá sociální faktory, které mají vliv na zdraví a to nejen na úrovni individuální, ale také skupinové. Biotechnologie problémy přesouvají sociálními nerovnostmi do biologického těla jednotlivců (Roberts, 2010: 61 - 62).

Příkladem je výběr embrya. Dochází k výběru a upřednostňování embrya, které má všechny předpoklady k tomu, aby bylo zdravé. Vyšetření plodu pro zjištění genetických onemocnění vytváří problém uvnitř hendikepovaného nebo nemocného člověka, nikoliv uvnitř společnosti, která tyto lidi diskriminuje. Problém je přesouván do těla lidí spíše než do sféry sociální oprese. Biotechnologie skrze vyšetření embrya vedou k eliminaci „postiženého těla“, což se jeví jako hlavní řešení problému (Roberts, 2010: 66). Možnost zjištění zda plod má predispozice pro to mít genetické onemocnění, mít hendikep, zajišťuje přesměrování pozornosti od sociálního uspořádání, politik a kulturních norem, které právě samotné definuje postižení a mít hendikepované dítě jako nežádoucí (Roberts, 2010: 66-67).

Současná neoliberální ideologie podněcuje dobré občany k péči o své vlastní zdraví, a trestá ty, kteří selžou v tom, aby žili, jak je po nich žádáno. Tedy, aby žili v rámci sociálně konstruované morální povinnosti (Lebesco, 2010: 78; Parusniková, 2000: 139). Podobně i Susan Sontag poukazuje na to, že některé nemoci s sebou nesou morální soudy. Například rakovina je prezentována jako lidské, osobní selhání (Sontag, 1978). Zdraví se totiž velmi často používá pro morální poučení a zároveň se stává nástrojem sociální kontroly s politickými důsledky zasahujícími do individuálních svobod každého občana.

Richard Klein hovoří o kouření cigaret, které je v současné době stigmatizováno a ptá se, zda se nejedná o potlačování individuálních svobod, pokud je kouření odepíráno a je zatíženo stigmatem. Vláda neustále více reguluje potěšení svých občanů, konzumování

potravin, a chování. Je nutné si uvědomit, že moc se stává více intruzivní a represivní pro občanské svobody (Klein, 2010: 15 – 17).

2.2.2. Rakovina a biologické občanství

V současné době je rakovina obestřena mnoha nejasnostmi a „záhadami“¹³. I přes mnohé vědecké pokroky, medicína stále není schopná vysvětlit, proč a jak se rakovina v těle objeví a z jakého důvodu se začne rozpínat. Medicína nedokáže objasnit, proč některé typy rakoviny se vyléčí trvale, a jiné se po několika letech od ukončení léčby objeví znovu. Medicína nedokáže poskytnout odpověď ani na to, zda rakovina může samovolně, bez medicínské intervence, vymizet, anebo se alespoň zredukovat (Jain, 2013: 154, Sontag, 1978: 38). Sontag pak poukazuje na fakt, že rakovina je mnohdy prezentována jako nemoc způsobená psychologickými důvody, a tedy jedinec se může uzdravit na základě vůle mysli. Takové prezentování rakoviny jen znovu potvrzuje, jak málo o nemoci víme (Sontag, 1978: 55).

Také však panuje představa, že jedinec se může vyhnout mnoha faktorům, které rakovinu způsobují, a tedy může se vyhnout i samotnému onemocnění (Jain, 2013: 182). I přes mnoho nejasností kolem nemoci a jejího vzniku je zodpovědnost za zdraví a „nerakovinu“ přenášena do osobní roviny. Lidem, kterým je rakovina diagnostikována, si v důsledku vykonstruované představy o rakovině jako vlastní zodpovědnosti v sobě nesou pocit viny, jakoby rakovina byla jejich chyba, jakoby mohli udělat něco jinak a nemoci předejít (Jain, 2013: 170 – 182, Sontag, 1978: 48). Právě nejednoznačnost nemoci a neznalost všech jejich příčin nabízí větší prostor pro kontrolu a disciplinaci jedince.

Lochlain S. Jain poukazuje, že rakovina je spíše problém společenský, nikoliv individuální. Žijeme ve společnosti, která rakovinu produkuje (Jain, 2013: 85). Nicméně rámování diskuzí kolem rakoviny jako osobního selhání upozaduje externí příčiny rakoviny v podobě toxického prostředí (Jain, 2013: 186). Látky, které jsou považovány za karcinogenní, jsou nadále používány v mnoha oblastech průmyslu (od kosmetického, přes zemědělství a potravinářství až po automobilový průmysl). Produkty, které běžně používáme, obsahují látky, které jsou s největší pravděpodobností karcinogenní. Znepokojující na tom je, že sice existuje povědomí o některých karcinogenech, ale neexistuje dostatek studií, které by se látkami zabývaly a zjišťovaly, do jaké míry jsou

¹³ V minulosti za mystickou nemoc byla považována tuberkulóza. Čím méně o nemocech víme, tím více jsou mystifikovány (Sontag, 1978).

lidskému organismus škodlivé a zda opravdu rakovinu způsobují. Právě nedostatek průkazných materiálů a s tím spojená nejistota vede k tomu, že potenciální karcinogeny se stále používají (Jain, 2013).

V oblasti prevence rakoviny, krom určitého životního stylu, jsou důležitá preventivní vyšetření. Prostřednictvím mnohých kampaní jsou občané vyzýváni, aby chodili pravidelně na preventivní prohlídky a screeningová vyšetření. Důraz je kladen na vlastní agentnost, což je jeden z rysů biologického občanství. I v Českém prostředí probíhala kampaň *Bez rakoviny*, která se zaměřovala na prevenci rakoviny prsu, děložního čípku a střeva, či kampaň *Měsíc raka* zaměřující se na prevenci rakoviny děložního čípku. Cílem preventivních prohlídek je odhalit nádorové onemocnění v samotném počátku, tedy ve fázi, kdy je ještě léčitelné. Následkem preventivních prohlídek by mělo dojít ke snížení úmrtnosti. Jain však poukazuje na fakt, že se začínají objevovat skupiny lékařů, kteří tvrdí opak. Screeningová vyšetření nevedou k záchraně životů (Jain, 2013: 156).

Tento typ vyšetření spíše odhalí rychleji nádor, který bývá léčitelný. Naopak rakovinu, která je agresivní a rychle se rozšiřuje, tato vyšetření v počáteční fázi spíše podchytit nemohou. V důsledku preventivních vyšetření v souvislosti s rakovinou prsu a varlat tak došlo ve Spojených státech amerických k nárůstu diagnostikovaných pacientů s rakovinou, ale zároveň nedošlo ke snížení typů rakovin v pokročilém stádiu. Jestliže došlo k nárůstu detekování rakovin v začínajícím stádiu, logicky by mělo dojít ke snížení případů, kdy se rakovina rozvine do pozdního stadia. Screeningová vyšetření tak nesnížila úmrtnost v důsledku rakoviny, ale došlo k nárůstu diagnostikovaných rakovinou, která by pravděpodobně pro jedince neměla fatální následky (Jain, 2013: 157).

I život s diagnózou s názvem rakovina vyžaduje, aby jedinec plnil svou roli biologického občana nadále. V souladu s biologickým občanstvím by měl být jedinec aktivní a snažit se o svůj život bojovat (Adams, 2010: 41)¹⁴, a to i ve chvíli, kdy je patrné, že se jedná o předem prohraný boj. Lochlain S. Jain jako příklad uvádí příběh Lance Armstronga, který se vyléčil z testikulární rakoviny (Jain, 2010). Příběh Armstronga nám říká, jak je důležitá vlastní agentnost v cestě za uzdravením. Vytváří se tak mýt, ve kterém má každý moc nemoc „porazit“ a přežít. Paradox je, že právě přežití a s tím spojené hrdinství je postaveno na vysoké úmrtnosti. Přežití a výhra nad nemocí se v případě Armstronga stává problematická i v tom, že naprosto zastiňuje společenské postavení

¹⁴ Vincanne Adams na příkladu HIV/AIDS pozitivních jedinců ukazuje, jak skrze diagnózu je život jedinců usměrňován a kontrolován (Adams, 2010: 41).

Armstronga, jeho gender, a léčitelný typ rakoviny, který mu zajistil určité možnosti v budování jeho „survivorship“. Jeho společenský status zakrývá fakt, že rakovina může kompletně zničit dosavadní život, vzít veškeré finanční úspory a zničit rodinnou budoucnost (Jain, 2010: 175 -177).

Tělo nemocné rakovinou se však stává nositelem biohodnoty a jeho poskytnutí biovědě a biomedicíně se může podílet na úspěchu budoucnosti. Novas a Rose konstatují, že nemocní jedinci se stávají aktivními a zodpovědnými občany a začleňují se do různých biosociálních skupin s nadějí, že v blízké době dojde k objevení převratné léčby, která je doposud nedokonalá, nebo žádná. Tento fenomén Rose a Novas nazývají politika ekonomie naděje. Biosociální skupiny se shromažďují na základě naděje v lepší budoucnost. Jejich jednání je politicky motivované a finančně se podílejí na financování výzkumu, čímž naděje nabývá ekonomické hodnoty. Zároveň jejich jednání má i normativní rovinu, neboť nastavují hranice tomu, jak by biomedicínský výzkum měl být veden, a jak jeho výsledky mají být distribuovány. Politika ekonomie naděje se odehrává pod podmínkami utrpení, strádání a nespravedlnosti (Novas, 2006; Rose, Novas, 2005: 452).

Při zkoumání nové léčby (nejen) na rakovinu jsou využívány tzv. náhodné kontrolní testy. Jsou vytvořeny dvě skupiny s jedinci, kteří z lékařského hlediska mají stejný nebo podobný typ nádorového onemocnění. Jedné skupině je naordinována nová léčba, druhá skupina je léčena standardně dostupným způsobem léčby, nebo žádným. Takové rozdělení je nutné, aby bylo patrné, do jaké míry je nová léčba úspěšná (Jain, 2013: 117 - 118).

Za souhlasu pacientů je jejich tělo poskytováno účelům vědy a stává se nositelem biohodnoty (Rose, Novas, 2005). Především pak kontrolní skupina, která je léčena momentálně dostupnou léčbou, nebo jim není poskytnuta prakticky žádná léčba, jsou odkázáni k smrti. Jejich smrt je legitimizována, neboť jejich tělo bylo poskytnuto vědeckému účelu a jejich smrt je obětována pro objevení nového, lepšího a efektivnějšího způsobu léčby (Jain, 2013: 117 - 118). Smrt jednotlivců vlastně podporuje samotný výzkum a výzkumníky, a tedy smrt podporuje také průmysl a ekonomiku. Utrpení a smrt podpirají systém odlišně pro různé participanty a vytváří některé členy jako experty a jiné jako závislé. Pokusy tak vytváří dočasnou hierarchii, ve které smrt jedněch se stává nesmrtelností druhých (Jain, 2013: 120).

2.2.3. Zdraví je komodita

Koncept zdraví je prodchnut zájmy farmaceutických společností, vládních politik, médií a pojišťoven. Zdraví se tak přesunulo i do tržního prostředí a nabývá ekonomických hodnot. Stává se komoditou, za kterou jsou lidé ochotni utratit velké finanční částky. Americká společnost v oblasti zdraví, prevence a výzkumu utratí miliony dolarů ročně. Nikde jinde ve světě lidé neinvestují tolik finančních prostředků do zdraví jako ve Spojených státech amerických, a zároveň nikde ve světě nejsou lidé tak nepojištěni a tedy bez financí na hospitalizace (Klein, 2010: 15 - 16).

Navíc když se zdraví stává obchodní komoditou, vzniká rozdíl mezi lidmi, kteří si léčbu nebo lék mohou dovolit a kteří si je z finančních důvodů dovolit nemohou. Skrze zdraví jsou pak vytvářeny a udržovány sociální nerovnosti ve společnosti. V USA je investováno mnohem více peněz do biomedicínského výzkumu než v Evropě, i přesto americká populace není zdravější. Dorothy Roberts říká, že tato situace je zapříčiněna sociálními nerovnostmi, které jsou v USA větší než v Evropě (Robert, 2010: 69). Umělé oplodnění, které je finančně náročné, využívá specifická část populace. Nejčastěji ženy, jež jsou bílé pleti, vdané, spadající příjmem do horních 10 % nejbohatších občanů, jsou vzdělané, ve věku zhruba 36 let (Jain, 2013). Skrze finanční prostředky se vytváří právo na pokus mít vlastní dítě.

Systém zdravotní péče ve Spojených státech amerických a v České republice je zcela odlišný. Zatímco v USA existuje pouze soukromé zdravotní pojištění, v České republice existuje systém veřejného zdravotnictví, který všem občanům zajišťuje relativně stejnou péči. Na druhé straně, i v České republice se v oblasti zdraví objevují služby a produkty, za které si pacienti mohou zaplatit. Ema Hrešanová a Jaroslava Hasmanová Marhánková poukazují na konzumerismus pacientů (klientů) a komercializaci porodnic (Hrešanová, Hasmanová, Marhánková, 2008: 88). Jedinci mají možnost volby od zdravotnického personálu, přes výběr zdravotnického zařízení až po výběr některých nadstandardních služeb a produktů (Kotýnková, 2000: 99). Podobně i očkování proti rakovině děložního čípku je příkladem, jak na prevenci zdraví je možné vydělávat nemalé finanční částky.¹⁵

Obecně platí, že lidé jsou ochotni do svého zdraví investovat nemalé finanční prostředky (Elliott, 2010; Klein, 2010; Jain, 2010; Jain, 2013; Parusniková, 2000). To, že

¹⁵ Ačkoliv očkování proti rakovině děložního čípku není nejlevnější záležitostí, jeho cena mohla být snížena v důsledku „poskytnutí ženských těl z rozvojových zemí“ pro účely výzkumu (Singh, Shah, Singh (eds.), 2010: 616). Testy byly prováděny na marginalizované a nejvíce zranitelné populaci (Sarontoji, Sandhya, Madha, Srniv, Antali, 2010)

zdraví může velmi dobře vydělávat, zjistily i farmaceutické společnosti. Farmaceutický průmysl skrze prodej svých produktů a služeb léčí nemoci, zlepšuje zdravotní stav jedinců, ale také generuje zisk. Carl Elliott poukazuje na to, že prodej léku a farmaceutických produktů, je odlišný od prodeje jiného spotřebního zboží. Léky a jiné farmaceutické produkty jsou kupovány a prodávány jako spotřební zboží, na druhé straně vnímání těchto produktů jako prodejní zboží je pro většinu z nás nepříjemné. Obchod s léky a farmaceutickým zbožím, potažmo s lidskými životy, je oblast trhu pohybující se na velmi tenkém ledě, a toho si jsou farmaceutické společnosti velmi dobře vědomy. Zboží je nutno nabízet velmi obezřetně, bez velkého poutání pozornosti na sebe samo. Pokud bude „zdraví“ prodáváno příliš okatě a neomaleně, úspěch prodeje klesá (Elliott, 2010: 95).

Jedním z prodejních triků jak prodat léčbu je upoutáním pozornosti k samotné nemoci a zvýšit o ní povědomí. Příkladem takového jednání je nezisková organizace Human Growth Foundation, která se během 90. let 20. století zaměřovala na poruchy růstu. Organizace se podílela na proškolení učitelů tělesné výchovy na základních školách. Učitelé byli vzděláváni o využívání různých nástrojů dětmi během tělesné výchovy, a zároveň byli vyzváni k tomu, aby zaznamenávali růst dětí do předem připravené tabulky. Jestliže se dítě pohybovalo ve spodních pěti percentilech, pak organizace rodičům zasílala dopis, aby se svými dětmi navštívili praktického lékaře nebo kontaktovali organizaci. Později se zjistilo, že organizace byla financována společností, která se podílí na výrobě růstového hormonu. V 90. letech minulého století se jednalo o skandální zjištění. V současné době se však jedná o běžnou praxi. Navíc čím více nejasné hranice u diagnostikované nemoci jsou, tím více se otevírá prostor pro diagnostikování nemoci na širší skupinu obyvatel (Elliott, 2010: 96).

Takové praktiky farmaceutických společností mají vliv i na to, jakým způsobem jsou vnímáni lékaři. Veřejnost začíná lékaře vnímat čím dál méně jako nezávislou a profesionální autoritu. Lékaři jsou totiž těmi, jež se stávají součástí tržního prostředí a je otázkou, do jaké míry předepisování léků je ovlivněno jejich vlastními zájmy (a zájmy farmaceutických společností) a do jaké míry zájmy pacienta (Elliott, 2010: 96 - 97).

Lékaři však nadále zůstávají velkým hráčem v rámci farmaceutického průmyslu. Carl Elliott si všímá kategorie lékařů, kteří mají vliv na další lékaře a vliv na předepisování určitých léků. Neoficiálně se tito lékaři nazývají jako myšlenkoví lídři, nebo názorově klíčoví lídři. Tyto lékaře si farmaceutické společnosti velmi dobře platí za to, aby byli jejich konzultanty, členy rady, nebo mluvčími. Mnozí tak jménem společnosti hovoří na formálních i méně formálních akcích. Dalším způsobem je, kdy farmaceutické společnosti

si najmou lékaře, který pouze připojuje své jméno a svůj podpis pod článek psaný tzv. „ghostwriterem“. Článek je pak součástí vědeckého nebo lékařského žurnálu a není překvapující zjištění, že je méně kritický k samotnému produktu (léku) a spíše vyzvedává jeho pozitiva. V neposlední řadě si farmaceutické společnosti získávají lékaře tak, že jim nabídnou grant. Jinými slovy dají lékařům potřebné finanční prostředky na pokračování výzkumu. Nevědomky tak lékař může ztratit svou objektivitu a jednat neúmyslně ve prospěch farmaceutických společností (Elliott, 2010: 98 - 100).

Jain poukazuje, že na léčbu rakoviny jsou ve Spojených státech amerických ročně investovány biliony dolarů. Na jedné straně farmaceutické společnosti mají ušlechtilý cíl, zajistit zdraví všech jedinců ve společnosti. Na druhé straně bez nemocných by farmaceutický průmysl zkrachoval. Autorka poukazuje, že nejde pouze o farmaceutické společnosti, ale oblast zdraví a nemoci na sebe váže další „ekonomické hráče“. Těmi jsou pojišťovny, neziskové organizace, ale i zdánlivě nesouvisející oblasti průmyslu jako automobilový, kosmetický, nebo agrární (Jain, 2013).

Právě odvětví průmyslu, které se zdravím zdánlivě nespojují, jsou producenty karcinogenních látek. Kampaň v USA s názvem „*Look good, Feel better*“ podporována kosmetickým průmyslem daruje ročně miliony dolarů na léčbu rakoviny. Bohužel už se nemluví o tom, kolik milionu se utratí za lobování za zachování různých regulačních nařízení v současné podobě, tedy tak, aby známé karcinogeny jako parabeny, ftaláty a další mohly být nadále součástí prodávaných produktů. Karcinogeny a následně nemoci v populaci se bezpochyby stávají podpůrným pilířem americké ekonomiky (Jain, 2013: 186 - 207).

2.2.4. Genderové aspekty biologického občanství

Biologické občanství, jak jsem výše ukázala, se odehrává v určitých společenských podmínkách. Tato společnost je bezpochyby prodchnuta genderovým řádem a je prakticky nemožné, aby biologické občanství tímto nebylo ovlivněno. Společensky konstruované představy o zdraví potažmo o nemoci jsou genderované.

Například Jain se ve své práci rozsáhle věnuje sociálním a genderovým okolnostem kolem rakoviny prsu. Toto onemocnění je prezentováno jako ženské onemocnění. Dochází k utváření představy, že rakovina prsu muže nepostihuje a netýká se jich. Nicméně i muži mají prsa, a jak Jain ukazuje, v americké populaci mužů umírá na rakovinu prsu více mužů,

než například na testikulární rakovinu. O testikulární rakovině se pak hovoří mnohem více v souvislosti s muži, už jen díky kampani Lence Armstronga (Jain, 2013: 80). I v České republice se o rakovině prsu hovoří pouze v souvislosti s ženami. Navíc oficiální statistiku o rakovině prsu u mužů v České republice jsem nedohledala. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR shromažďuje informace o různých nádorových onemocněních, v souvislosti se zhoubným nádorovým onemocněním prsu je statistika pouze pro ženy. V datech je přímo uvedeno „*ZN prsu (C50) u žen*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015). To jen potvrzuje, že s ohledem na konstrukci odlišných těl mužů a žen, některá onemocnění a tím pádem jejich prevence nejsou tématem.

Jain dále uvádí, jakým způsobem jsou následky medicínské intervence vnímané odlišně s ohledem na gender jedince. Obecně jizvy jsou propojeny s hrdinstvím, silou, ovšem jizvy po mastektomii na ženském hrudníku jsou spíše ztrátou ženskosti, jež je doprovázena studem a nekonformitou. Ženy jsou nuceny nosit „prsní protézy“, aby znovu „vytvořily“ své ženství. A to není vše, i v rámci procházení léčby se od žen očekává, že budou nosit paruky, budou se líčit, aby neustále splňovaly normu správného ženství. Jain upozorňuje, že toho využívá i kosmetický průmysl, který ve Spojených státech amerických pořádal projekt „*Look good, Feel better*“, který v rámci workshopů ženy nemocné rakovinou učí, jak se správně nalíčit, vypadat dobře (žensky), což povede k tomu, že ženy se budou cítit dobře. Cítit se dobře tedy nespočívá ve vyléčení, ale v tom vypadat žensky (tak jak společnost očekává) (Jain, 2010: 171; Jain, 2013: 82 – 207)

Kateřina Kolářová ve své práci analyzuje HIV/AIDS a diskurz kolem něj v období Československa, konkrétně v letech 1983 – 1998. Onemocnění se z počátku zdaleka netýkalo všech a riziko nákazy bylo relativně vysoké především u občanů, kteří žijí homosexuální a bisexuální sexuální život s poměrně vysokým počtem partnerů. Původně bylo onemocnění prezentováno jako onemocnění netýkající se tehdejšího Československa, ale spíše Západu, čímž západní svět dostal nálepku „patologický“. Došlo k vytvoření hranice mezi západní kapitalistickou a socialistickou společností nezatíženou nerovnostmi. Zároveň virus HIV/AIDS pracoval s rasovým motivem, neboť za nejčastější ohnisko nákazy byly označovány oblasti jako například Afrika nebo Haiti (Kolářová, 2011: 415 – 418). HIV/AIDS bylo onemocněním, které zasahovalo poměrně malou část populace – homosexuální muže, která žije nespořádaně, a tedy majoritní společnost (heterosexuální) v důsledku této konstrukce nemůže být HIV/AIDS ohrožena.

Onemocnění v současné době není něčím neznámým, ale je rizikem, před kterým je možno se chránit. Ochrana, použití prezervativu, je prezentována jako dostupná každému,

a je tedy na každém jednotlivci, jak se rozhodne, a zda své zdraví ochrání a hrozbu HIV/AIDS odvrátí. Následně HIV pozitivní člověk je jednotkovým individuálním selháním a jeho nezodpovědností (Kolářová, 2009: 17). Každý jedinec by se měl tedy aktivně zajímat o své zdraví a řídit se jednoduchými pravidly pro jeho zachování. Nicméně zodpovědnost za zdraví v souvislosti s HIV/AIDS není konstruována stejně pro všechny občany.

Kateřina Kolářová analyzovala kampaň německé nadace Michaela Sticha a poukazuje na fakt, že kampaňové plakáty se obrací především na mladé ženy. Jak však ukazuje, zaměření se na mladé ženy v rámci kampaně je velmi konzervativní a podílí se na vytváření a reprodukování genderových nerovností. Konstrukce zodpovědnosti za zvládnání rizika spojeného se sexuálním chováním a HIV/AIDS opomíjí muže. Mužské tělo v kampaních vystupuje pouze jako hrozba, jako přenašeče viru HIV, před kterým se žena musí chránit. Žena je tak stavěna do role aktivně jednajících subjektu v ochraně sebe samé. Žena (nikoliv muž) se stává primárně odpovědnou za bezpečnost sexuálního života. Kampaně propojují prevenci HIV/AIDS také s mateřstvím, žena tak nese odpovědnost pouze za své zdraví, ale také za zdraví svého potomka. Kampaně implicitně pracují s tím, že jednou každá žena bude matkou (Caseldine – Bratch, 2010; Kolářová, 2009: 18).

Na jedné straně kampaň emancipovala ženskou sexualitu, tematizovala ženu jako aktivní a určující aktérku sexuálních vztahů. Ženská sexualita je také vyvázána z dlouhodobých partnerských vztahů. Na druhé straně je žena prezentována jako subjekt specifické sociální role – matky. Důraz kladený na ochranu ženského sexuálního zdraví je velkou mírou motivován pro jejich budoucí roli matky. Tedy ženy se nemají chránit pro své vlastní zdraví, ale pro zdraví svých potomků. Nejen, že kampaně úplně opomíjí roli muže, ale také nezohledňuje fakt, že ne všechny ženy mají takovou pozici, ve které mohou vyjednávat o sexuálním aktu, a tedy ne všechny ženy se mohou dostatečně chránit (Kolářová, 2009: 18 – 22).

Podobně vir HPV je konstruován především jako záležitost žen, nikoliv mužů. V souvislosti s HPV se hovoří především o rakovině děložního čípku, nicméně způsobuje i jiné onemocnění, například rakovinu penisu, krku, nebo genitální bradavice. HPV infekce nezasahuje pouze ženskou část populace, ale také mužskou. S ohledem na výše uvedené není překvapující, že vakcína proti HPV byla feminizována, a je prezentována jako očkování proti rakovině děložního čípku. Ve spojených státech tato vakcína vyvolala velkou diskusi, neboť se někteří občané znepokojovali tím, že by vakcína mohla v populaci

žen vést k promiskuitě (Carpenter, Casper, 2009: 798 - 799). Existuje zde tedy dvojitý standard sexuality, ve kterém je sexualita žen a dívek více kontrolována.

Očkování proti rakovině představuje způsob, jakým jsou ženy interpelovány do režimu moci a kontroly. I přesto, že se jedná o pohlavně přenosnou nemoc, pozornost je směřována výhradně k dívkám a ženám. Pozornost věnovaná dívkám a ženám zakrývá negativní dopady, které infekce HPV může způsobit „druhé části populace“. Miriam Mara a Blake J. Scott nabízí argumentaci, kdy těla dívek a žen jsou konstruována jako slabší v porovnání s mužskými, a proto je zapotřebí medicínské péče. Navíc problém je pak přesouván do ženského těla a pozornost k viru HPV se vytrácí. Zdůrazňováním ženského pohlavního ústrojí je poskytován i prostor pro vytváření a znovu potvrzování odlišnosti mužských a ženských těl (Mara, Scott, 2010). Podobně i Marie Thompson poukazuje na to, že skrze zdraví ve spojitosti s děložním čípkiem není otevřena pouze otázka sexuality, ale jde o širší konceptualizaci v systému prolutém zakořeněnou ideologií o ženách (Thompson, 2010: 128).

Vakcinace proti rakovině děložního čípku je spíše očkování proti HPV infekci. Miriam Mara a Blake J. Scott však upozorňují, že HPV ne vždy propukne v rakovinu děložního čípku. Uměle tak dochází k vyvolání strachu z HPV především pak v ženské části populace. Jsou to ženy, které nesou zodpovědnost za sexuální život a jeho bezpečnost. Skrze medicínskou intervenci jsou ženy zbavovány své autonomie nad svým tělem. Ženy se obávají nemoci, která má dopad na jejich reprodukční orgány, zatímco muži jsou od tohoto strachu osvobozeni. Od chlapců a mužů se očekává „tělesná“ autonomie a právo dělat rozhodnutí pro svůj vlastní komfort spíše než pro veřejné zdraví (Mara, Scott, 2010). Na druhé straně je možné očkování vnímat jako způsob empowermentu, osobního uspokojení, pocit angažovanosti v péči o sebe samou a zbavení se strachu z rakoviny děložního čípku do budoucnosti (Mamo, Epstein, 2014: 156).

3. Kvalitativní metodologie

3.1. Výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem matky konstruují odpovědnost za zdraví svých dcer, a co to znamená konkrétně ve vztahu k onemocnění, rakovině děložního čípku, které je ve většině případů zapříčiněno pohlavně přenosnými HPV viry. Skrze představu o odpovědnosti za zdraví svých dcer budu sledovat, jak se vytváří správné rodičovství, respektive co to znamená být dobrou matkou, a jak do utváření správného mateřství, vstupuje nabízené očkování CERVARIX, GARDASIL 9 a SILGARD.

Dále se ptám na genderové dopady a genderové aspekty kampaní a na to, jak matky přistupují k prevenci zdraví svých dcer. S ohledem na výše uvedené budu sledovat, zda a jak jsou odlišně medikalizována těla dcer a synů dotazovaných matek.

3.2. Metody sběru dat

Diplomová práce pro získání dat využívá polostrukturované rozhovory s matkami, které v minulosti nechaly očkovat své dcery proti rakovině děložního čípku, lépe řečeno proti HPV virům. Dále zdrojem dat jsou kampaně, které se vztahují k prevenci rakoviny děložního čípku. Jednotlivým metodám sběru dat se věnuji detailně v následující části.

3.2.1. Rozhovory a komunikační partnerky

Rozhovory s otevřeným typem otázek, nám umožňují zaznamenat pohled jedinců na realitu. Skrze rozhovor získáváme přístup k myšlenkám, představám a vzpomínkám, jež dotazovaní/dotazované formulují vlastními slovy nikoliv slovy výzkumníka/výzkumnice (Reinharz, 1992: 18-19). Pro účel této práce jsem se rozhodla zrealizovat polostrukturované rozhovory s rodiči, které nechali své děti očkovat proti lidským papiloma virům.

Nejprve jsem si připravila okruh témat, která jsem pro svou práci považovala za důležitá. S tímto okruhem témat jsem vstoupila do prvního, pilotního, rozhovoru. Mojí první participantkou byla žena, která svou dceru očkovat nenechala. I přesto, že žena neodpovídala potřebám tohoto výzkumu, pro vyjasnění nejen struktury budoucích

rozhovorů bylo interview přínosné. Na základě toho jsem si vytvořila seznam otázek, který jsme s vedoucí diplomové práce upravily do konečné podoby (viz. Příloha č. 1). S připravenými otázkami jsem vstupovala do všech budoucích (polostrukturovaných) rozhovorů. Ne vždy jsem postupovala v přesně stejném pořadí, naopak otázky jsem volila tak, jak se vyvíjel rozhovor.

Celkem jsem zrealizovala 7 polostrukturovaných rozhovorů s matkami, které v minulosti nechaly očkovat své dcery proti rakovině děložního čípku. V počátku samotného výzkumu jsem nepreferovala realizovat rozhovory pouze s matkami, naopak byla jsem otevřená variantě, kde budou zastoupeni oba rodiče, nebo pouze otec. Jak se během výzkumu ukázalo, jsou to spíše matky, nežli otcové, které byly ochotny se se mnou sejit a na dané téma promluvit. Dále z časových důvodů bylo prakticky nereálné se sejit s oběma rodiči.

Své komunikační partnerky jsem získala ze svého blízkého okolí. Mnoho známých a kamarádek vědělo o tématu mé diplomové práce, a tak se mi některé nabídly samy. Další komunikační partnerky jsem oslovila přes známé, kteří mi poskytli kontakty. S těmito ženami jsem se nejprve spojila telefonicky. Všechny věděly o tom, že je budu oslovovat, a všechny už předem byly rozhodnuté, že na výzkumu budou participovat. Domluvit se na termínu schůzky byla spíše formalita.

Rozhovory probíhaly na různých místech, v zaměstnání participantek, přímo u nich doma, nejčastěji však v poklidnějších kavárnách a restauracích. Délka rozhovoru se pohybovala od 30 do 90 minut. Před zahájením interview na téma očkování proti rakovině děložního čípku často probíhala neformální a příjemná komunikace. Tento moment jsem považovala za velmi důležitý, neboť v důsledku toho došlo k odbourání počáteční nervozity z rozhovoru, jak na mé straně, tak na straně komunikační partnerky. Rozhovory jsem se snažila vést v příjemné atmosféře, svým komunikačním partnerkám naslouchat, rozumět jejich úhlu pohledu a doptávat se. Usilovala jsem, aby komunikační partnerky si nepřipadali jako zkoumaný subjekt, ale spíše aby se jednalo o příjemný odpolední rozhovor. Snaha o rovnost v rámci interview je i jeden z požadavků na feministický výzkum (Reinharz, 1992: 27).

Všechny mé komunikační partnerky je možné zařadit do majoritní sociální skupiny (heterosexuální, z dominantní etnické skupiny, s relativně dobrým finančním zázemím). Přehled komunikačních partnerek je zaznamenán v souhrnné tabulce (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Přehled komunikačních partnerek

	Věk participantky	Děti (jejich věk)	Rok očkování
Karolína	45	Karmen (25), Kamila (18)	2008 2014
Šárka	56	Šarlota (27)	2007
Lucie	42	Lenka (23)	2009
Dana	50	Daniela (25), Dan (29)	2007
Andrea	46	Anna (14)	2017
Marie	40	Martina (16)	2016
Eva	47	Emílie (21) Ema (14)	2012 2017

3.2.2. Kampaně proti rakovině děložního čípku

Reklamy a kampaně se řadí mezi artefakty narativního a vizuálního charakteru. Artefakt, jako „produkt“ vytvářený lidmi, je na jedné straně kulturním vyjádřením, jež je prodchnuté patriarchátem, ageismem, rasismem a dalšími formami nerovností, zároveň skrze artefakty je tato kultura neustále potvrzována a reprodukována (Reinharz, 1992: 145 – 150). Kampaně pro účel této práce jsem dohledala na internetu.

V této kapitole bych ráda stručně představila kampaně, které se vztahují k prevenci rakoviny děložního čípku a přenosu HPV virů. Jedná se o kampaň *Vše, co můžu, Měsíc raka* a *Bez rakoviny*. Kampaň, *Vše co můžu*, byla dotazovaným participantkám známá prostřednictvím televizních kampaní a různých letáčků u praktického lékaře/lékařky nebo gynekologa/gynekoložky. Bohužel kampaň *Měsíc raka* a *Bez rakoviny* se v rámci mých interview neobjevila. S ohledem na vývoj rozhovorů bude předmětem následující analýzy především kampaň, kterou respondentky znaly.

I přes tento fakt považuji za důležité alespoň krátce představit všechny zmiňované kampaně. Kampaně jsou utvářeny v kontextu biologického občanství a podobným způsobem vyzývají ženy k aktivitě v oblasti prevence svého (reprodukčního) zdraví.

Představení kampaní na tomto místě považuji za důležité i z toho důvodu, že čtenář získá přehled o kampaních pro lepší zorientování se v následující analytické části.

Kampaň Vše co můžu (2006, 2012)

Webové stránky www.vsecomuzu.cz již nejsou funkční, nicméně na internetovém portálu www.youtube.com jsou dostupné video spoty této kampaně. Kampaň byla financovaná společností MSD, která nabízí vakcínu SILGARD. Cílem kampaně je prodat vakcínu, která je proti rakovině děložního čípku a genitálním bradavicím.

Vizuálně není video spot nijak dynamický, nemá žádný vývoj¹⁶. Na obrazovce můžeme vidět staticky stojící osoby. Buď samotné dospívající dívky, které říkají „*udělám pro sebe vše, co můžu*“ (viz Obrázek č. 1). Dívky jsou prezentovány jako ty, které jsou zodpovědné za své zdraví, a preventivně se nechají očkovat, aby předešly zdravotním komplikacím, které by mohly nastat v budoucnu. Další variantou jsou staticky stojící rodiče (matka, nebo otec), kteří objímají svou dceru a říkají taktéž slogan kampaně „*pro svou dceru udělám vše, co můžu*“ (viz Obrázek č. 1). Kampaň, *Vše co můžu*, promlouvá jednak k dospívajícím dívkám, ale také k jejich rodičům.

V dalším video spotu je pouze fotografie dospívající dívky, a ženský hlas za doprovodu zpělkyně říká: „*Existují věci, které nechcete slyšet, například to, že infekce viru HPV může způsobit rakovinu děložního čípku. Udělejte vše, co můžete a chraňte se včas.*“¹⁷

¹⁶ Vše, co můžu. 2009. “Očkování proti rakovině děložního čípku – Silgard“ [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM>

¹⁷ Vše, co můžu. 2009. “Očkování proti rakovině děložního čípku – Silgard“ [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z : <https://www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM>

Obrázek č. 1. Ukázka video spotu z kampaně *Vše, co můžu*¹⁸



V roce 2012 se objevuje v rámci kampaně, *Vše co můžu*, plakát, který vyobrazuje dospívající spící dívku (viz Obrázek č. 2). Dívka leží v posteli ve světlém povlečení a objímá velkého plyšového medvěda. Dívka na plakátě působí dětsky a nevinně. Hlavním heslem plakátu je „*Dokud spí Vaše dcera s medvou*“. Plakát upozorňuje na to, že od 1. 4. 2012 je očkování hrazeno třináctiletým dívkám zdravotními pojišťovnami. Zároveň plakát otevírá téma pohlavně přenosných nemocí, i když poměrně rafinovanou formou. Pozornost je směřována na samotnou dívku a potřebu ji chránit, než na zdůrazňování faktu, že se jedná o pohlavně přenosný vir.

¹⁸ Vše, co můžu. 2009. “Očkování proti rakovině děložního čípku – Silgard“ [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=UEM18K8b1ek>.

Obrázek č. 2: Kampaňový plakát Dokud spí Vaše dcera s méd'ou¹⁹



Kampaň Bez rakoviny (2014 - 2015)

Kampaň s názvem *Bez rakoviny* je podporována Ministerstvem zdravotnictví ČR. Kampaň není zaměřena pouze na prevenci rakoviny děložního čípku, ale také rakoviny prsu a tlustého střeva. Tvářemi kampaně jsou známé osobnosti, Chantal Poullain, Jan Čenský a Ilona Svobodová. Každý z představitelk a představitelů upozorňují na nebezpečí různých typů rakoviny – prsu, tlustého střeva a děložního čípku - a nabádají k prevenci (viz Obrázek č. 3). Kampaň byla doprovázena video spoty, letáky, ale také roadshow po dvaceti pěti městech České republiky.

Ilona Svobodová upozorňuje na rakovinu děložního čípku a v rámci video spotu promlouvá, ke své dceři. Prostřednictvím videa jí říká, že přeci ví, že ji kdysi vyděsila rakovina děložního čípku. Nabádá svou dceru, ať nepodceňuje preventivní prohlídky u svého gynekologa/gynekoložky a ať jí slíbí, že na prohlídku půjde. V podobném duchu je

¹⁹ [Dokud spí Vaše dcera s méd'ou]¹⁹ in: Fedelešová, Kristýna. *Diplomová práce. Kampaň na očkování proti rakovině děložního čípku: praktiky biomoci a navozování strachu v praxi*. Plzeň, 2014.

vytvořen i kampaňový plakát, kde Ilona Svobodová drží ceduli s nápisem: „*Ájo, myslí na prevenci rakoviny děložního čípku*“.

Obrázek č. 3: Reklamní plakát kampaně Bez rakoviny²⁰



Zajímavé je, že kampaň se neobrací přímo na cílovou skupinu, ale spíše na jejich nejbližší rodinu, sourozence, partnery, rodiče. Skrze rodinné příslušníky jsou následně oslovováni ti, kteří si mají dojít na preventivní vyšetření.

Kampaň Měsíc raka (2015)

Kampaň *Měsíc raka* není financován farmaceutickými společnostmi, ani Ministerstvem zdravotnictví ČR, Evropskou unií, a dalšími institucemi, společnostmi či organizacemi. Iniciátorkou této kampaně byla Lucie Bittalová, které byla diagnostikována rakovina děložního čípku ve stádiu, kdy už nebyla možná operace. Webové stránky www.mesicraka.cz jsou kampaní, ve které právě Lucie Bittalová skrze svůj příběh zdůrazňuje roli prevence rakoviny děložního čípku. Luciin příběh nám totiž říká, že kdyby nezanedbala prevenci, mohlo být onemocnění objeveno dříve, tedy ještě ve fázi, kdy by bylo léčitelné.

Kampaň se samozřejmě obrací přímo na ženy, ale také na muže je apelováno, aby své partnerky, matky a kamarádky upozornili na důležitost prevence. Gynekologové a gynekoložky jsou vyzýváni, aby svým pacientkám předali tzv. „kundoračí“ kartičku, díky

²⁰ [Kampaň Bez rakoviny] in: *bezrakoviny.cz*. [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.bezrakoviny.cz>.

kteřé už pacientky nezapomenou na preventivní prohlídky. Novináři pak mají roli šířitele informací o kampani *Měsíc raka* a zvyšování povědomí o nemoci a prevenci.

3.3. Kódování a analýza

Všechny zrealizované rozhovory byly nahrány na diktafon v mobilním zařízení. Rozhovory jsem postupně přepisovala. Rozhodla jsem se, že přepis nebude doslovný. Ačkoliv jsem se snažila zachovat autenticitu výpovědí, mírně jsem jak své výpovědi, tak výpovědi svých komunikačních partnerek stylisticky a pravopisně upravila. Slova sloužící pro „vyplnění“ sdělení jsem se snažila eliminovat.

Po přepsání všech rozhovorů jsem si je vytiskla a pročítala. I díky polostrukturovaným rozhovorům jsem již v hlavě měla předpřipravená témata, kterým jsem přiřadala větší váhu, či důležitost. Jednotlivé výpovědi jsem podtrhávala a vznikaly první kódy. Poté jsem se k rozhovorům vracela a snažila objevovat nové kódy. Zároveň pročítáním rozhovorů jsem se ujišťovala, že jsem neopomněla označit nově vzniklým kódem získaná data. Data získaná z rozhovorů byla kódována tematicky, to znamená, že k definovaným kódům jsem přiřazovala různé výpovědi mých participantek, které se odlišným způsobem vyjadřovaly k probíraným tématům (Flick, 2009: 318).

Po vytvoření kódů a ujištění se, že jsem nevynechala nic důležitého, jsem začala analyzovat. V návaznosti na tematické kódování jsem využila tematickou analýzu, která vycházela již z vytvořených kódů. Identifikovala jsem a snažila se popsat jak implicitní tak explicitní myšlenky, které vplynuly z prováděných rozhovorů (Flick, 2009: 318; Guest, Macqueen, Namey, 2012: 10). V analýze jsem se zaměřovala na to, co pro ženy znamená zdraví, jakým způsobem bychom se o něj měly starat a jakým způsobem do prevence zdraví vstupují očkování. Zaměřovala jsem se na to, jakým způsobem jsou vnímána povinná a nepovinná očkování, a jak je vnímáno očkování proti rakovině děložního čípku. Zajímalo mě, jak komunikační partnerky uvažují o zdraví v souvislosti s farmaceutickým průmyslem a obecně s kapitalismem. V neposlední řadě mne zajímalo, jak ženy konstruují svou odpovědnost za zdraví svých dcer a jak přispívají k tomu, že těla nejen „dětí“ jsou medikalizována dle pohlaví odlišně.

Poté, co jsem měla analyzované rozhovory, jsem se podívala na krátké reklamní spoty a plakát *„Nechte ji očkovat, dokud spí s méd'ou“* z kampaně Vše, co můžu. Při sledování propagačních materiálů jsem se ptala, jakým způsobem kampaně souvisejí s tím,

co mi sdělily mé komunikační partnerky. Na papír jsem si vypsala, co nám kampaň chce vlastně sdělit. Tedy ne jen, že kampaň propaguje očkování, ale zároveň zvyšuje povědomí o rakovině děložního čípku, ale zajímala jsem také o to, jakým způsobem je prezentována a na co je kladen důraz. Pro kampaň jsem použila obsahovou v kombinaci s tématickou analýzou. Obsahová analýza je vhodná právě pro analýzu letáků a video spotů. Tato analýza však nemá jasně definovaný způsob, jak bychom měli postupovat. Záleží na dovednostech, poznacích a analytických schopnostech výzkumníka. Díky své „nejednoznačnosti“ poskytuje výzkumníkům a výzkumnicím velkou flexibilitu (Elo, Kyngäs, 2007: 113).

3.4. Lokace výzkumnice aneb kdo jsem ve výzkumném poli

Jako studentka sociologie jsem se v minulosti snažila do výzkumu vstupovat jako neutrální a hodnotově nezainteresovaná badatelka, která je schopna dosáhnout objektivního poznání. Objektivitu jsem považovala za jeden z důležitých aspektů dobře provedeného výzkumného projektu. S postupem času jsem si však uvědomovala, že jen velmi obtížně mohu do jakéhokoliv výzkumu vstupovat jako *tabula rasa*, a že objektivita ve výzkumu, zvláště pak v tom sociálněvědném, je nedosažitelným ideálem. Každý badatel/badatelka má ve výzkumu, potažmo ve společnosti, svou jedinečnou pozici, která ovlivňuje výzkum od samého počátku až do konce. Reflexe své vlastní lokace je jedním z charakteristických rysů feministického výzkumu. Jde o snahu kriticky reflektovat důsledky své vlastní přítomnosti ve výzkumném procesu. Co nám naše specificky jedinečná osobnost ve výzkumu umožňuje a v jakých ohledech může být překážkou v poznání. Zároveň být si vědom/vědoma své vlastní pozice ve výzkumu, znamená také být si vědom/vědoma mocenských vztahů, které jsou jeho součástí (Ramazanoglu, Holland, 2004: 158 – 159).

Diplomové práci jsem se začala věnovat až na samém konci studia na Katedře genderových studií, a mohu říci, že mám specifické znalosti v oblasti genderových (feministických) teoriích, se kterými do výzkumu vstupuji. Také sama sebe identifikuji jako feministku, ale tuto informaci jsem participantkám primárně nesdělovala. Jednak jsem to nepovažovala za důležité pro samotný výzkum, a také jsem si vědoma toho, že feminismus je v českém prostředí spojován s negativními konotacemi, a měla jsem obavu, zda by participantky byly ochotny participovat na výzkumu s nálepkou „feministický“, nebo zda by to neovlivnilo jejich ochotu hovořit na dané téma, nebo jejich výpovědi.

Všechny konverzační partnerky však věděly, že studuji na Katedře genderových studií na Karlově univerzitě, a také jsem jim ve stručnosti obor představila. Kdyby se mě dotazované ženy přímo zeptaly, byla jsem připravena odpovědět.

Výběru tématu diplomové práce a vlastně celý průběh psaní této diplomové práce byl nejvíce ovlivněn mou vlastní zkušeností s HPV infekcí. Zvažovala jsem, zda toto téma vůbec v práci otevřít, ale cítím, že právě tato osobní zkušenost byla jedním z největších motivů k napsání diplomové práce, a že tato zkušenost vstupovala do popředí během prováděných rozhovorů nejvíce. V roce 2006 se objevila v českém prostředí první masivní kampaň na očkování dívek proti rakovině děložního čípku. Mě v té době bylo 13 let. Společně s mými rodiči jsme byli skupina, na kterou kampaň cílila. Očkování bylo u nás v rodině velké téma, nakonec jsme se rozhodli pro variantu „neočkovat“. O několik let později jsem se v gynekologické ordinaci dozvěděla, že jsem HPV pozitivní, a musím docházet pravidelně do centra onkologické prevence (dále jen COP). Na COPu mi bylo detailněji vysvětleno, proč jsem na tomto oddělení, a jedna z prvních otázek lékaře byla, zda jsem očkovaná proti rakovině děložního čípku. Odpověděla jsem, že ne, a na chvíli jsem přemýšlela, zda je (byla) chyba, že očkovaná nejsem.

Pro kompletní vymezení mé lokace ve výzkumu je důležité sdělit můj postoj k očkování. I přes osobní zkušenost s HPV infekcí jsem proti očkování. Tento typ očkování vnímám spíše jako byznys farmaceutických společností. Byznys, který většinou nikomu neuškodí, ale ani nijak nepomůže. Očkování proti „rakovině děložního čípku“, správněji však proti HPV, je vakcína, která je účinná pouze proti určitým typům HPV, ne proti všem. Také je známo, že HPV vir se z těla samovolně vylučuje. To znamená, že ne všichni HPV pozitivní mohou mít komplikace, které končí například rakovinou.

V neposlední řadě jsem proti přehnané medikalizaci lidského (ženského) života, kdy na každý „zdravotní problém“ je lék nebo očkování. Očkování proti HPV viru bylo donedávna určeno především pro dívky, jako antikoncepční pilulky. Je to chemický zásah do lidského těla, který je provázen mnoha zdravotními riziky. Bohužel to jsou rizika, která ve výše uvedených případech podstupují pouze ženy na úkor „pohodlnějšího“ a do jisté míry „bezpečnějšího“ sexuálního života. Tohle je ale pouze můj vlastní názor na očkování. Cílem práce není hodnotit jiné názory, ani zjistit, zda očkování je přínosné, anebo ne.

V poslední řadě bych ráda uvedla, že pracuji v pojišťovně, která se zaměřuje na životní pojištění. Jsem osoba pohybující se v prostředí, které do jisté míry tato práce kritizuje. V některých momentech tato pracovní pozice může způsobit, že k některým oblastem nejsem tolik kritická, nebo si jich vůbec nepovšimnu, na druhé straně díky práci

v pojišťovně mám o něco komplexnější pohled na zvažování zdravotních rizik a následné komodifikaci zdraví.

Jak je patrné, má pozice ve výzkumu byla ovlivněna hned několika momenty. Má lokace měla za následek, jakým způsobem jsem ve výzkumu postupovala, kterým tématům jsem věnovala větší či menší pozornost i to, jaké ženy se staly mými komunikačními partnerkami, a jakým způsobem byly vedeny rozhovory, ale i následná analýza dat získaných z rozhovorů i kampaně, *Vše, co můžu*. Práce například netematizuje rizika a prevenci v souvislosti s HPV u neheterosexuální populace. Podobně předmětem zájmu nebyly etnické nerovnosti v souvislosti s očkováním proti rakovině děložního čípku. To, že práce o těchto momentech nehovoří, neznamená, že ve společnosti neexistují. Naopak, měly by vzniknout další výzkumné projekty, které téma této práce rozšíří o další aspekty. Věřím, že by byla otevřena zcela jiná (a v některých případech podobná) témata.

3.5. Etické otázky výzkumu

Diplomová právě dodržuje zásady etiky výzkumu (Hendl, 2016: 157 – 159). Všechny komunikační partnerky věděly, že jsou součástí výzkumného projektu k diplomové práci. Všem zúčastněným ženám jsem krátce představila téma a cíl diplomové práce a sdělila jim, jakým způsobem se bude náš rozhovor ubírat. Sdělila jsem jim, že budu ráda, pokud mi odpoví na všechny otázky, zároveň jsem ženám řekla, že pokud by pro ně nějaká otázka byla nepříjemná, a z jakéhokoliv důvodu nechtěly odpovídat, je to jejich rozhodnutí, které budu respektovat. Za souhlasu dotazovaných byla všechna prováděná interview nahrávána na diktafon v mobilním zařízení.

Anonymitu mých komunikačních partnerek ve výzkumu považuji za samozřejmost, a před zahájením rozhovoru jsem sdělila, že jejich výpovědi budou anonymní. Veškerá jména, místa a další identifikační údaje jsou smyšlená za účelem anonymizace mých participantek. Získaná osobní a citlivá data jsou přístupná pouze mé osobě. Nahrávky a přepisy rozhovorů jsou chráněna heslem v počítači i telefonu, vytištěné rozhovory jsou taktéž uchovány tak, aby nikomu jinému nebyly přístupné.

Za ochotu participantek podílet se na mém výzkumu a za jejich čas jsem se snažila alespoň nějak odvděčit. Bez mých komunikačních partnerek by totiž tato práce nemohla vzniknout. Proto jsem alespoň své participantky pozvala na kávu nebo čaj, realizoval-li se

rozhovor v kavárně či restauraci, nebo jsem donesla kávu, čokoládu, nebo láhev vína, šla-li jsem ke svým komunikačním partnerkám domu nebo do zaměstnání.

4. Rakovina děložního čípku a její prevence v době biologického občanství

4.1. „Zdraví není samozřejmost“

V této kapitole bych se ráda věnovala obecně tomu, jakým způsobem mé komunikační partnerky vnímají zdraví a jeho prevenci. Téma zdraví a snižování rizika onemocnění se prolínalo všemi prováděnými rozhovory od začátku až do konce. To, jak participantky přistupovaly ke zdraví, se snažily předat, podle svých slov, i svým dětem. Zdraví bylo mými komunikačními partnerkami vnímáno nejen jako absence nemoci, ale mnohdy zdůrazňovaly i psychickou a fyzickou pohodu. Být zdravým jedincem není, jak z rozhovorů vyplynulo, nic samozřejmého a daného.

Eva: [zdraví znamená] *Život bez nemocí, být v dobrém fyzickém a psychickém stavu. Nekouřit, nepít, nepoužívat tyhle škodlivé látky. Zdravý životní styl. Pohyb.*

Eva ve větší či menší míře prezentuje názor všech komunikačních partnerek, a tedy ten, že o své zdraví se musíme starat. V rámci péče o své zdraví bychom se měli vyhnout kouření cigaret, požívání alkoholických nápojů a dalších návykových látek. Naopak bychom měli, dle slov Evy, jíst kvalitní potraviny, vyhnout se smaženému jídlu, pokrmům z fastfoodů a dostatečně se hýbat. Eva se vyjadřuje v imperativu, a její výrok je prodchnut příkazy, povinnostmi a zákazy. Abychom byli zdravými jedinci, musíme neustále kontrolovat své chování a řídit se určitými pravidly. Zde je možné vidět disciplinační charakter zdraví (viz Foucault, 1978; Foucault, 2003), který je vnímán jako přínosný pro zdraví. Dodržování určitých zásad se stává žádoucí.

Pro Marii byl zdravý životní styl samozřejmostí. Touha udržet si zdraví určovalo její životní styl v péči o sebe samou, ale i o celou její rodinu. Zdravý životní styl pro Marii znamenal mimo jiné předcházení zdravotním problémům a snižování rizika onemocnění, pro které může mít jedinec dědičné predispozice.

Marie: [...] *od kamarádky manžel, ten má takový břicho, vypitý z piva a furt říká, že je tlustý, protože to má v rodě. Ale to, že pije tupláky večer, a tohle...*

Dodržování zdravého životního stylu se pro Marii stalo normou. Naopak na jedince odchylicí se od normy je vrháno špatné světlo. Nedodržuje-li manžel kamarádky zdravý životní styl a je, dle slov Marie obézní, je také prezentován jako nezodpovědný občan. Nezodpovědný občan, který díky obezitě zhoršuje svůj zdravotní stav. Jak Marie dále uvedla, obézní jedinec má daleko větší předpoklady k cukrovce, k vysokému krevnímu tlaku, anebo má častěji potíže s pohybovým aparátem. Bez ohledu na to, zda kamarádky manžel tvrdí, že má pro něco dědičné predispozice či ne, měl by jim předcházet a správným životním stylem je eliminovat. Z výpovědi Marie vyplývá, že za dědičnost je nadváha spíše schovávána a tím dokonce dědičné predispozice zpochybňuje. O disciplinaci a zodpovědnosti ve vztahu ke zdraví mluví implicitně Dana.

Dana: [...] Nějaký pohyb a sport a chození do nějakého kroužku je do budoucna zodpovědnost toho dítěte vůči té společnosti, k rodině a sobě. Ten kdo dělá sporty, má nějakou disciplínu, přenesse si to i dál do toho života.

Být disciplinovaný/disciplinovaná a zodpovědný/zodpovědná v oblasti zdraví není pouze soukromou záležitostí. Dana zmiňovala, že o své zdraví bychom se měli starat nejenom ve svůj vlastní prospěch, či prospěch nejbližší rodiny, ale také celé společnosti. Co jako zdraví jedinci můžeme rodině a potažmo celé společnosti zajistit? Zdravý jedinec se může plnohodnotně podílet na životě, který je po něm vyžadován. Dana tak hovořila o tom, na co upozorňuje Carlos Novas, Nikolas Rose a Laurent Berlant. Lidské tělo se stává nositelem tzv. biohodnoty. Lidský život je hodnocen podle toho, do jaké míry je společnosti (své rodině) prospěšný z hlediska produktivity na trhu práce (Rose, Novas, 2005; Berlant, 2010).

Dana: [...] myslím si, kdo o sebe dbá, nemusí tolik navštěvovat lékaře a není tolik nemocný.

Dana výše vlastně tvrdí, že kdo o sebe dbá, je zdravější. Argumentace vychází z neoliberálních představ, ve kterých se naše zdraví stává odrazem toho, co pro něj děláme. Neděláme-li pro své zdraví nic, pak za špatný zdravotní stav si můžeme sami. S ohledem na její výpověď, že zdraví bychom si měli udržovat „vůči společnosti, rodině a sobě.“, je pak nemocný člověk konstruován s „nepříznivou nálepkou“, neboť nedělal pro své zdraví vše, co mohl. Nemocný člověk se stává finanční zátěží pro svou rodinu, i celou společnost.

Do rodinného rozpočtu z důvodu nemoci a tím pádem snížené aktivity na trhu práce nepřináší tolik financí, kolik se očekává. Stejně tak z důvodu dočasné neúčasti na trhu práce, je zátěží pro samotný stát a jeho sociální systém, který do takového člověk musí mnohem více investovat. Pokud pak přistoupíme na to, že každý člověk si za své nemoci může sám, pak nemocný člověk je nezodpovědný. Podobně se vyjadřuje Marie, která zdraví ztotožňuje s možností participovat na každodenním životě bez omezení.

Marie: Zdraví nám umožňuje žít náš život bez omezení. [...] Pár let zpátky jsem začala brát prášky na vysoký tlak, ale považuju se za zdravou. [...] Tohle je jiný, než kdybych byla třeba na vozíčku nebo chodila na chemoterapie.

Ukazatelem zdraví pro Marii je vlastně to, do jaké míry je schopna vykonávat běžné denní úkony. Od postarání se o sebe a rodinu, chození do práce, a trávení volného času podle vlastního uvážení. Vysoký krevní tlak je pro ni normální, protože ve svém životě nepocítuje žádné omezení. Pouze si denně vezme prášek, který stabilizuje její zdravotní stav. Její běžný život zůstává nenarušen. Mít však rakovinu a docházet na chemoterapii nebo „být na invalidním vozíku“ jsou pro ni situace, které by jí znemožnily, nebo narušily její běžný život²¹. Marie tak vytváří hierarchii mezi jednotlivými nemocemi, ale ne s ohledem na jejich závažnost, ale s ohledem na to, do jaké míry je schopna žít svůj „normální život“.

O čem však ani jedna z komunikačních partnerek nezačala hovořit sama od sebe, byly preventivní prohlídky u praktických a jiných lékařů/lékařek. Toto téma jsem musela otevřít sama, a přímo jsem se jich zeptala, jakou roli v prevenci zdraví hrají preventivní prohlídky. Ukázalo se, že všechny participantky, ve větší či menší míře, považovaly prohlídky u lékařů a lékařek za důležité.

Marie: K praktické lékařce jdu hlavně, když se necítím dobře. [...] Jinak gynekolog jednou ročně. Zubař. A Martinka [dcera] chodí ještě na alergologii, protože má alergie na pyly a prach.

²¹ Podobně jako Marie hovořila i Šárka. I pro ni zdraví představuje možnost podílet se na běžných denních rutinách. Nemoc je pak to, co tuto skutečnost znemožňuje.

Šárka: Zdraví. Když je člověk v pohodě a není omezený žít svůj normální život. Člověk si neuvědomuje, když je zdravý, co všechno může. A uvědomí si to, až když je nemocný, když něco nemůže. To zdraví se dostává do popředí až ve chvíli, kdy je člověk nemocný.

Šárka: Co se týče gynekologické prohlídky, tak většina ženských, nebo já to tak vnímám, já to tak mám, já to beru jako už standard, normální rutinu, že jednou za rok by tam člověk měl jít, a že je to potřeba pro to, abych něco nezanedbala.

V rámci preventivních prohlídek vstupovaly do popředí návštěvy gynekologa/gynekoložky. Jak Šárka uvádí, jsou pro ni běžnou záležitostí, tak jako pro mnoho dalších žen v jejím okolí (i pro mé participantky). Zatímco praktického lékaře/lékařku nebo zubaře/zubařku navštěvujeme prakticky všichni bez ohledu na pohlaví, gynekolog je čistě ženskou záležitostí, kterou ženy považují za standard. Pojímání gynekologa/gynekoložky za jakousi normu v péči o „ženské zdraví“, odkazuje k odlišné medikalizaci těla na základě genderu.

I když preventivní prohlídky na gynekologii považuje Šárka za důležité, nevěří všem typům prevence. Uvádí příklad, kdy i přes prevenci byla některým ženám diagnostikována rakovina prsu.

Šárka: Člověk si ani není schopný něco najít, když to bude malinký, něco si nahmatat, spousta je vlastně na internetu v diskuzích, že šli na mamograf, a stejně jim pak diagnostikovali rakovinu, i když půl roku předtím na nic nepřišli. Tak se dá říci, že je to vlastně zbytečný. To může mít tak rychlý nástup. Tím, že jednou za 2 roky půjdu na kontrolu, tak tím nezabráním všemu, to bych musela chodit, bůh ví jak často, to ozařování taky nebude nic moc.

Šárka ve své výpovědi hovoří hned o několika tématech. Jedním z témat je nutnost, aby si každý jedinec kontroloval své tělo a hlídal si své zdraví. Dále však během rozhovoru Šárka zdůrazňovala „vyspělou“ medicínskou technologii, která může objevit onemocnění, které je v daný moment neviditelné a ještě se nijak neprojevuje. Na druhé straně zároveň poukazuje na slabé stránky těchto technologií, neboť zjišťují zdravotní stav pouze v ten moment bez možnosti predikce do budoucna. I zdravý člověk tak za několik měsíců může mít onemocnění, kterému se snaží předcházet, což vede k nabourávání důvěry v preventivní vyšetření. Na jedné straně Šárka, jako „správná“ biologická občanka, cítí povinnost starat se o své zdraví a podstupovat preventivní prohlídky, na druhé straně zpochybňuje, že prevence a dostatečná péče o své zdraví, je vždy vhodný způsob pro udržení našeho zdraví. Zpochybňuje, že dostatečná prevence vždy zabrání onemocnění,

nebo podchytí nemoc ve stádiu, které je léčitelné. Lucie upozorňuje ohledně preventivních prohlídek na ještě něco jiného.

Lucie: Samozřejmě ale není možné, aby [dcera] chodila na všechny preventivní prohlídky, je toho v dnešní době hrozně moc.

V současné době je příliš lékařů/lékařek specialistů/specialistek, ke kterým bychom měli chodit na preventivní prohlídky. Lucie se nacházela (a nachází) v situaci, kdy zvažuje, které preventivní prohlídky a vyšetření mají smysl absolvovat. V důsledku velkého množství preventivních prohlídek a vyšetření musí vzniknout nový typ pacienta/pacientky (Rose, Novas, 2005), který/která si aktivně zjišťuje a vyhledává informace. Právě subjekt aktivně vyhledávající si informace se, jak Nikolas Rose a Carlos Novas upozorňují, podílí na vytváření biologického/biologické občana/občanky. To, jací lékaři jsou pak upřednostňováni, není náhoda. Všechny komunikační partnerky upřednostňovaly vyšetření, která se zaměřují výhradně na specificky ženské orgány. Biologické občanství má genderové dopady, a v závislosti na genderu jsou některá preventivní vyšetření upozaděna či naopak preferována, ne-li vyžadována.

V této kapitole jsem se snažila ukázat, jak mé komunikační partnerky konstruují zdraví. Jak se ukázalo, zdraví není samozřejmostí, ale stává se naším projektem. Skrze koncept zdraví jsme utvářeni jako jedinci ve společnosti. Pro zachování svého zdraví je nutné aktivně si vyhledávat informace, dodržovat mnohá doporučení či se řídit nařízeními a zákazy. Ženy si jsou vědomy, že skrze zdraví dochází k disciplinaci, avšak tato disciplinace je prezentována jako žádoucí. V důsledku příliš velkého přísunu informací a široké nabídky preventivních vyšetření ženy zvažovaly a neustále zvažují, zda má smysl lékaře/lékařky navštívit a dané preventivní vyšetření podstoupit. Jak se ukazuje, v závislosti na genderu jsou upřednostňované odlišné formy prevence.

4.2. Specifické postavení očkování proti rakovině děložního čípku

„Jestli ty děti nechat očkovat a vpravit jim do těla další látky anebo se na to vyprdnout, ale pak si drbat hlavu kdyby něco. A přece jenom, ta rakovina je v tomhle taková víc zákeřná.“ (Karolína)

Očkování obecně má velmi specifické postavení v oblasti prevence zdraví. Primárně komunikační partnerky jako formu prevence zdůrazňovaly zdravý životní styl, a proto jsem vnesla dotaz na roli očkování v oblasti péče o zdraví. Během rozhovorů se na téma očkování otevřela velká diskuse o povinných a nepovinných očkování. Proto považuji za důležité začít i tuto kapitolu obecnou diskusí o povinném a nepovinném očkování, abych lépe vykreslila postavení nepovinného očkování proti rakovině děložního čípku.

Jak se ukázalo, mé komunikační partnerky striktně rozlišovaly mezi povinným a nepovinným očkováním. Ačkoliv se chci vyhnout generalizaci, mohu uvést, že všechny dotazované ženy souhlasily s povinným očkováním a jeho výhody v jejich perspektivě převažují nad jejich případnými riziky²². Názory na nepovinná očkování již nebyly tak jednotné a mnohdy byly považovány za nadbytečné, nebo neúčinné.²³

Pro Danu povinné očkování jsou v prevenci zdraví něco, o čem není nutné více přemýšlet. Nezpochybňuje jejich účinnost a nijak nehovoří o rizikovosti očkování. Rizika povinného očkování se proto stávají do jisté míry neviditelná. Ve veřejném prostoru se však začíná stále více hovořit o tom, že i povinná očkování mohou mít neblahý vliv na zdraví dítěte. S touto informací pracovala například Andrea. Je pro ni přijatelnější podstoupit riziko vedlejších následků z očkování, než podstoupit riziko smrtelného onemocnění. Riziko vedlejších příznaků po očkování vnímala jako velmi ojedinělou situaci, zatímco pravděpodobnost onemocnění bez očkování proti němu považovala za vysokou.

Andrea: I v těch negativních reakcích se opravdu jedná, že tohle jedno konkrétní dítě mělo tuhle konkrétní špatnou reakci. Ale to prostě neshodí celý výzkum.

Andrea svou výpověď bagatelizuje riziko vedlejších účinků očkování. Tím, že o nepříznivých reakcích vyvolaných očkováním mluví jako o jednotkových případech, umožňuje ponechat její představu o přínosnosti očkování nenarušenou.

²² Například Dana povinné očkování prezentovala jako otázku života a smrti: „*Jo určitě, očkování, co byly povinný, to mají všechno, takový ty základní, co se týkalo, když je to očkování toho, že je to mezi životem a smrtí, buď to umřeš, nebo budeš očkována, o tom člověk vůbec nepřemýšlí, to automaticky člověk nechal oočkovat hned v té nemocnici.*“

²³ Karolína o očkování hovořila dokonce jako o blbosti: „*Podle mého je to [nepovinné očkování] blbost a vyhazování peněz.*“

Andrea: [...] *u nějaké generace to očkování muselo začít, takže dnes je to podle mě vychytané.*

Andrey vyjádření „*u nějaké generace to očkování musí začít*“, jinými slovy říká, že musí být generace, na které je (bylo nebo bude) očkování otestováno. Lidská těla jsou tak poskytována biomedicině a jsou nositeli biohodnoty, o které hovoří Carlos Novas a Nikolas Rose (Rose, Novas, 2005). Od jedné generace se očekává, že bude vystavena riziku případných vedlejších účinků očkování za účelem zlepšení vakcíny pro další generace. Podobně i v souvislosti s očkováním o rakovině děložního čípku hovořila Andrea o tom, že je to očkování, které je „*světem vyzkoušené*“ a tím pádem je již vakcína nabízená v České republice „*bezpečná*“.

Karolína: *No hele já nevím jako, já jsem zase takový ten typ, jako když třeba vidím v televizi, že dítě pojmenovali „Noční bouře“ a nenechali ho očkovat a tyhle věci, tak mě přijde, že to dítě je chudák. Žijeme ve společnosti, která nám musí dát nějaké mantinely, abychom se nechovali jako divá zvěř. Určitě je dobrý, když tyfus, tubera, černý kašel a tyhle nemoci vymizely. Jasně že to jsou jedy do těla, ale ty děti by měly být proti tomu očkované. [...] hlavně teď, když se sem valí ty migranti.*

I Karolína kalkuluje riziko. Na jedné straně si je vědoma toho, že očkování do jisté míry znamená toxické zatížení, na druhé straně právě ony „*jedy do těla*“ mohou předejít smrtelným nemocem. Karolína hierarchizuje dva různé typy rodičovství. Dobří rodiče jsou ti, jež své děti očkují a minimalizují riziko nemoci s fatálními následky. Špatní rodiče naopak své děti nechají neočkované a vystavují je smrtelným rizikům. Takoví rodiče inklinují více k přírodě a brání se civilizačnímu pokroku v podobě očkování. Karolína skrze očkování (a tím pádem skrze kategorii zdraví a nemoci) vytváří hranici mezi vyspělou společností s vysokou proočkovaností a méně vyspělými zeměmi²⁴ (odkud, podle jejích slov, do České republiky přichází migranti). I takové rozdělení je hierarchické, a právě země s vysokou proočkovaností, tím pádem prezentované jako zdravější, jsou hierarchicky výš. K podobnému zjištění dochází ve své práci i Kateřina Kolářová. V 80. letech v tehdejší Československu sloužilo onemocnění HIV/AIDS jako symbol pro

²⁴ Karolína zmiňovala Ukrajinu, ale právě i země blízkého východu, odkud migrantů přicházelo v předchozích několika letech největší množství.

odlišení „normální“ socialistické společnosti od „patologické“ kapitalistické (Kolářová, 2011: 415).

Naopak nepovinná očkování pro Karolínu představovala ochranu proti „nemocem, které nejsou smrtelné“, tím pádem takové očkování vnímala jako nadbytečné. Andrea s Evou byly jedinými komunikačními partnerkami, které podobně jako povinná očkování vnímaly i nepovinná. Krom očkování proti rakovině děložního čípku nechaly své dcery očkovat i proti klíšťové encefalitidě a obecně možnost očkování vnímaly velmi pozitivně.

Andrea: Já se snažím vidět to pozitivní. Beru to tak, že existuje spousta nemocí, proti kterým Aničku v životě nemůžu ochránit, ale pokud už můžu, byť je to blbě očkování, tak si myslím [že to má smysl], že přeci jenom nějaké zkušenosti, nasbírané materiály. [...] když se proti nim [nemocem] můžu chránit a můžu ochránit svoje dítě, tak proč bych to neudělala.

Nechat očkovat svou dceru bere jako zodpovědnost matky. Nerozlišuje, zda se jedná o povinné očkování nebo doplňkové, neboť obě jsou určitou formou ochrany zdraví její dcery. Nenechat očkovat by v případě Andrey narušilo její představu o správném rodičovství.

Pro mnohé komunikační partnerky jsou nepovinná očkování méně důležitá až nedůvěryhodná. Karolína hovořila o zkušenosti z blízkého okolí, kdy očkování proti chřipce vyvolalo, nebo minimálně zhoršilo průběh chřipky. Očkování dokonce nazvala blbostí.

Karolína: [...] Nás tady očkovat jako ovce, když to nepomáhá, protože očkování proti chřipce je kravina, podle mého. Můj tatka když se nechal oočkovat proti chřipce, tak měl takovou chřipku, že lezl po 4, a já když tu chřipku chytну, tak nemusím chytit zrovna to, proti čemu jsem očkovaná.

I Marie měla v okolí špatnou zkušenost s očkováním proti chřipce, mimo jiné zvažovala i o očkování proti meningokovi a klíšťatům.

Marie: Jenom [očkování proti rakovině děložního čípku] tohle, jinak povinné. [...] moje babička se nechala oočkovat proti chřipce a následně na to ji začalo hrapovat zdraví. [...] Mám takovou pochybnost a už z toho mám strach.

Uvažovala jsem, že by bylo dobrý, kdyby se dcera nechala očkovat proti meningokovi, [...] Ale další očkování jsme nepodnikli, ani proti klíšťatům, na klíšťata, je to na to jedno, na tu druhý to není.

Podobně jako Karolína, i Marie přemýšlela, zda některé z nepovinných očkování má smysl nebo ne. Důvodem pro odmítnutí očkování se stal argument, že očkování není účinné proti všem typům chřipky, nebo proti všem nemocem, které je přenášeno klíštětem. Takové výpovědi byly vždy zvažováním rizika, tedy kdy stojí riziko podstoupit a nechat vpravit do svého těla, i do těl svých dětí, „cizí látku“. Očkování proti rakovině děložního čípku však mezi nepovinnými očkováními mělo úplně jiné postavení. Právě v prevenci rakoviny děložního čípku je očkování primární formou minimalizace rizika a předcházení onemocnění.

Název očkování, které v sobě obsahuje slovo rakovina, oslovilo moje komunikační partnerky mnohem více než očkování proti klíšťové encefalitidě, nebo chřipce. Rakovina je vnímána jako smrtelná nemoc, čímž se vlastně toto očkování přibližuje konstruování a chápání povinných očkování – očkování, které může rozhodnout mezi životem a smrtí. Na vytvoření tohoto obrazu se podílela i kampaň, *Vše, co můžu* (i kampaň *Bez rakoviny*). V reklamním spotu kampaně, *Vše, co můžu*, nám ženský hlas říká: *Existují věci, které nechcete slyšet, třeba to, že u nás každý den umírá jedna žena na rakovinu děložního čípku. Udělejte vše, co můžete.*²⁵ Stejnou informaci nám prostřednictvím státní kampaně *Bez rakoviny* sděluje i Ilona Svobodová: „[rakovina děložního čípku] *Nemoc, na kterou umírá jedna žena denně.*“²⁶ Kampaně vyvolávají pocit strachu a nutí oslovované (především pak kampaň, *Vše, co můžu*), zamyslet se nad očkováním. Tím, že kampaně jsou cílené i na rodiče dospívajících dívek, si kampaň přisvojuje mnohem větší etický imperativ.

Během rozhovorů o očkování proti chřipce nebo klíšťové encefalitidě do popředí vstupovala argumentace, že očkování není komplexní a poskytuje ochranu jen proti určitému typu chřipky, nebo jen na jeden typ onemocnění, které klíště přenáší. Bohužel ani očkování proti rakovině děložního čípku neposkytuje komplexní ochranu, nicméně s touto argumentací v souvislosti s očkováním mé komunikační partnerky nepracovaly.

Název očkování je do jisté míry zavádějící. Nejedná se vlastně o očkování proti rakovině děložního čípku, ale proti viru HPV, který rakovinu děložního čípku může

²⁵ *Vše, co můžu*. 2009. “Očkování proti rakovině děložního čípku – Silgard“ [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z : <https://www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM>

²⁶ [Kampaň *Bez rakoviny*] in: *bezrakoviny.cz*. [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.bezrakoviny.cz>.

způsobit (ale nemusí). Mimo to může způsobovat genitální bradavice, rakovinu konečníku atp. V současné době bylo rozlišeno na 120 různých druhů HPV virů a z toho 30 z nich mohou způsobovat různě závažné změny na pohlavním ústrojí (Marešová, nedatováno: 5). Očkování poskytuje ochranu jen proti několika málo typům viru, očkování CERVARIX je účinné pouze proti dvěma papilomavirům, SILGARD proti čtyřem a nejrozšířenější vakcína GARDASIL 9 je účinná proti devíti papilomavirům (Vakciny.net, 2017).

Očkování proti rakovině děložního čípku se řadí mezi nepovinná očkování, ke kterým byly moje komunikační partnerky spíše kritické. I přes kritiku nepovinných očkování si očkování proti rakovině děložního čípku získalo jejich „přízeň“ a za nadbytečné či neefektivní jej nepovažovaly. Očkování nabízí možnost chránit se před rakovinou, smrtelnou a obávanou nemocí, ale zároveň rakovinu přenáší do roviny osobní zodpovědnosti (viz Jain, 2013), což vede k vnímání očkování jako žádoucího. V neposlední řadě, o to však neméně důležitou roli sehrál fakt, že kampaň, *Vše, co můžu*, cílila na rodiče dospívajících dívek, a přisvojila si tak ještě větší etický imperativ.

4.2.1. Co si o očkování teda myslíme?

Z předchozí kapitoly by se mohlo zdát, že očkování proti rakovině děložního čípku mělo své jednoznačné postavení. Ačkoliv všechny dotazované ženy byly v danou chvíli přesvědčeny o očkování v tom smyslu, že jeho výhody převažovaly nad riziky, vnímání očkování se proměňovalo v čase s přísunem nových informací. K proměně názoru došlo u participantek, které nechaly své dcery očkovat krátce po spuštění kampaně, *Vše, co můžu*.

Šárka v roce 2007 nechala na základě kampaně očkovat svou dceru Šarlotu a spoléhala na to, že vakcína SILGARD je očkováním proti rakovině děložního čípku obecně. Kampaň tak v počátku vytvořila představu, že očkování může předejít různým typům rakoviny děložního čípku, včetně toho, pro který mohou být dědičné predispozice.

Šárka: [...] mě ani nenapadlo tenkrát si o tom vyhledávat informace. Ani nevím, jestli bych tenkrát takové informace dohledala.

Šárka dodává, že v té době ji ani nenapadlo si zjišťovat nějaké další informace, kampani věřila. Kampaň, *Vše, co můžu*, měla tak velkou moc, že vakcinaci nevnímala jako

očkovaní proti pohlavně přenosnému viru, ale byla přesvědčena, že očkovaní poskytuje ochranu proti jakémukoliv typu rakoviny děložního čípku.

Kampaň, *Vše, co můžu*, očkovaní prezentuje primárně jako očkovaní proti rakovině děložního čípku a navíc proti genitálním bradavicím. Během rozhovorů jsme však s komunikačními partnerkami o něm hovořily jako o očkovaní proti rakovině (bez důrazu na HPV infekci), a informace o genitálních bradavicích zůstávaly v pozadí. Kampaň implicitně hovořila o rakovině, méně už odkazovala k tomu, že se jedná o očkovaní proti rakovině, která vzniká pohlavně přenosným virem. „*Existují věci, které nechcete slyšet, třeba to, že infekce HPV může způsobit rakovinu děložního čípku. Chraňte se včas a nechte se očkovat. Vakcína SILGARD proti čtyřem typům HPV pomáhá předcházet rakovině děložního čípku a genitálním bradavicím.*“²⁷ Kampaň sice říká, že rakovinu způsobuje vir HPV, nicméně nám neříká jasně, jakým způsobem se infekce dostává do těla a zda pro vznik infekce mohou být dědičné předpoklady. Až v roce 2012 se začal objevovat kampaňový leták „*Dokud Vaše dcera spí s méd'ou*“, který otevírá téma sexuality a odkazuje k HPV jako pohlavně přenosného viru.

Šárka tedy až s postupem času zjišťovala nové informace, které jí zcela změnili pohled na očkovaní. Nejen, že prostřednictvím médií a internetu zjistila, že očkovaní její dceru plně nechrání před jakoukoliv rakovinou děložního čípku, ale také zaznamenala informace o nepříznivém vlivu očkovaní na lidský organismus. Po rozšíření spektra informací by Šárky rozhodnutí možná bylo jiné, možná stejné, sama nevěděla. Rozhodně by očkovaní více zvažovala, a rozhodně by jej nevnímala jako „absolutní dobro“ tak jako v době, kdy nechala svou dceru očkovat.

Na druhé straně například Marie, která nechala svou dceru Martinu očkovat v roce 2016, již věděla, že dceru nechává očkovat proti typu rakoviny, který je způsoben pohlavně přenosnou infekcí HPV.

Marie: Já jsem věděla, že dceru očkuju prakticky proti pohlavně přenosnému viru. [...] Ono se o tom dost mluvilo, pak i v negativním slova smyslu. A vůbec na internetu si o tom člověk dohledá hodně věcí. Já jsem si taky na internetu zjišťovala, co to očkovaní je zač.

²⁷ Vše, co můžu. 2009. “Očkovaní proti rakovině děložního čípku – Silgard“ [online] [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z : <https://www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM>

Marie měla jiné zdroje informací, než například Šárka v době rozhodování. Zatímco pro Šárku primárním zdrojem informací se stala opravdu samotná kampaň, pro Marii kampaň představovala pouze otevření tématu rakoviny děložního čípku a očkování. Od roku 2006, kdy byla spuštěna kampaň, *Vše, co můžu*, se Marie dostala k dalším informacím, které získala prostřednictvím internetu a médií. V porovnání se Šárkou měla Marie mnoho rozličných informací, které nebyly vždy pozitivní. Naopak Marie pracovala s negativními a pozitivními názory na očkování a zvažovala riziko (ne)očkovat. Je zajímavé, že i

I Andrea, která nechala svou dceru očkovat v roce 2017, měla informace k očkování především díky probíhajícími kampaním z minulosti, povědomí o očkování ji však zvedla také velká vlna ohlasů, která se k očkování stavěla kriticky. Na to upozorňovala i Marie, kdy právě kritika očkování měla podíl na zvýšení povědomí o onemocnění a samotném očkování.

Andrea: Musím říct, že jsem [v současné době] nepostřehla jednu jedinou kampaň. Viděla jsem jeden leták u gynekologa, jinak ale, jinak nějaké cílené kampaně, to fakt ne. [...] Z minulosti si ty kampaně právě pamatuji. Já to právě pořád měla v hlavě, před těma 10-12 lety, když kolem toho byl humbuk.

Marie: A špatná reklama je také reklama.

Pro Marii byly negativní informace a kritika očkování popudem k tomu, aby si k vakcinaci zjistila více. Nedělala závěry na základě mediálních sdělení, ale naopak se snažila si hledat informace, pozitivní i negativní. Získané informace ji pak přesvědčily o opaku, tedy, že očkování vnímá jako přínosné.

Proměna přístupu k získávání informací je vidět u Karolíny, která má dvě dcery a nechala je postupně očkovat, Karmen v roce 2008 a Kamilu v roce 2014. Karolína se rozhodla Karmen očkovat na základě kampaní a na základě doporučení gynekologa. U mladší dcery Kamily nebylo rozhodnutí od začátku jednoznačné. Kromě kampaňových informací Karolína měla různé informace z médií a internetu, které nemálo upozorňovaly na nedostatky očkování a jeho (ne)bezpečnost.

Karolína: U Karmen [očkovaná v roce 2008], to byla vyloženě ta kampaň, takový ty letáčky, gynekolog. A vlastně ty informace nebyly takový jako je to

ted', za Kamilky [očkována v roce 2014] to bylo jiný, více článků, prosakovalo, že ta vakcína není až tak dobrá a že to způsobuje to a to.

Zatímco u první dcery, Karmen, bylo očkování hotovou věcí, která nevyžadovala příliš velkou diskuzi, k očkování u druhé dcery, Kamily, měla úplně jiný postoj. Karolína měla později širší spektrum, ze kterého mohla čerpat informace. Krom kampaní (a lékaře) se zdrojem informací stala média (diskuse a zprávy v televizních pořadech), ale také internet (různé články pro a proti, diskuzní fóra, online lékařské poradny). Karolína tak měla k dispozici i nepříznivé informace. Zvažovala variantu, že dceru ponechá bez očkování. Ve vztahu k dětem (v případě Karolíny ve vztahu ke Kamile) se rodiče stávají biologickými občany, tak jak popisují Rose a Novas (Rose, Novas, 2005). Biologický občan/občanka se snaží aktivně vyhledávat informace a snaží se lépe porozumět svému zdravotnímu stavu, přičemž zdroje poznání jsou rozličné. Karolína, ale i ostatní matky, které si vyhledávaly informace, se tak skrze proces vyhledávání stávaly biologickými občankami. Snažily se porozumět očkování a jeho vlivu na dětský organismus, zvažovaly rizika a často pro popis používaly odborná slova. Andrea zdůrazňovala, že si nevyhledávala jen tak ledajaké informace, ale také různé zahraniční články a odborné studie.

Andrea: Já jsem se na to dívala, sháněla jsem si informace na internetu, nejenom wikipedie a spol., ale fakt jsem se snažila propátrat, kudy to šlo. Třeba speciálně u toho očkování CERVARIX a spol., tak tam jsem se snažila hledat překlady článků z ciziny.

Právě znalost různých vědeckých studií, které prezentovaly relevantní výsledky, spíše než ledabylé mediální články, které nebyly podloženy vědeckou expertízou, se staly dostatečným zdůvodněním pro to, aby Andrea svou dceru nechala očkovat.

Netvrdím, že ženy, které nechaly očkovat své dcery krátce po spuštění kampaně, by nezvažovaly rizika a výhody očkování, právě naopak. Spíše se proměnil způsob, jakým si jednotlivé ženy informace zjišťovaly. Touto kapitolou jsem chtěla poukázat na proměnu, ke které během několika let došlo. Ženy si mnohem více vyhledávaly informace k očkování, než v minulosti. Podíl na této změně mají bezpochyby nové technologie a způsob získávání informací, především pak rozmach internetu. V současné době, dříve než

v době spuštění kampaně a krátce po ní, se ženy přibližují biologické občance tak, jak o něm hovoří Carlos Novas a Nikolas Rose (Rose, Novas, 2005)

4.3. Očkování proti rakovině děložního čípku jako byznys

V roce 2006, kdy byl zahájen prodej vakcíny SILGARD a kdy byla spuštěna první kampaň *Vše, co můžu*, tvořila rakovina děložního čípku 3 % z celkového počtu zhoubných nádorů diagnostikovaných u českých žen (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006). V roce 2015 rakovina děložního čípku tvořila 1,8 % ze všech diagnostikovaných zhoubných nádorových onemocnění u žen v české populaci (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015). Od roku 2006 do 2015 došlo k poklesu výskytu rakoviny tohoto typu o zhruba 18 % (v roce 2006 bylo diagnostikováno 1 060 žen s rakovinou děložního čípku, v roce 2015 pak 871). To, zda ke snížení počtu diagnostikovaných žen došlo v důsledku očkování, je otázkou. V současné době neexistuje žádná statistika, která by toto mapovala. Nicméně i přes pokles počtu diagnostikovaných žen s rakovinou děložního čípku, nedošlo k poklesu počtu žen, které na tento typ rakoviny zemrou.

V roce 2006 zemřelo na rakovinu děložního čípku 34,5 % (366 žen) z diagnostikovaných žen a v roce 2015 pak 40,6 % (354 žen) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015). Mohli bychom tedy namítnout, že očkování se podílelo na snížení počtu diagnostikovaných žen rakovinou děložního čípku. Snížení počtu diagnostikovaných žen může být způsobeno samotným očkováním, nebo může být způsobeno preventivními vyšetřeními (na které je v poslední době kladen velký důraz, například kampaň *Měsíc raka, Bez rakoviny*). V rámci preventivních vyšetření dojde k diagnostikování přednádorových stavů, čímž se zabrání rozvinutí rakoviny děložního čípku do dalšího stádia. Zarážející však je, že ke snížení úmrtnosti prakticky nedošlo, dokonce se mírně zvýšila. Některé studie ukazují, že očkování prakticky nezaručuje takovou ochranu před rakovinou, jak by se očekávalo. A zároveň očkování v oblasti prevence není o nic efektivnějším způsobem ochrany, než pravidelné gynekologické prohlídky (Tomljenovic, Shaw, 2012).

Od roku 2006 nedošlo k razantním změnám, a rakovina děložního čípku je u žen okrajovým nádorovým onemocněním (Národní onkologický program, nedatováno). I přesto kampaně zaměřující se na prevenci onemocnění, ať už kampaň *Vše, co můžu*, která se snaží prodat vakcínu, nebo kampaň *Bez rakoviny*, která nabádá ženy, aby chodily na

preventivní prohlídky ke gynekologovi/gynekoložce vytváří dojem, že se jedná o velmi časté onemocnění. Slogan kampaně, *Vše, co můžu, zní „Existují věci, které nechcete slyšet, třeba to, že u nás každý den umírá jedna žena na rakovinu děložního čípku“*, a stejně i prostřednictvím kampaně *Bez rakoviny* je nám sdělována následující informace: „[rakovina děložního čípku] *Nemoc, na kterou umírá jedna žena denně.*“. Právě ta informace, že denně umírá jedna žena na rakovinu děložního čípku, vytváří dojem, že se jedná o velmi časté onemocnění. Důležitou roli hraje zdůraznění denně, kdy vlastně každý den tomuto onemocnění jedna žena podlehne. Převedení statistiky na událost, která se každý den opakuje, vyvolává pocit nejen vyšší četnosti onemocnění, ale především prezentuje onemocnění jako velmi běžnou událost, riziko.

Zvýšení obecného povědomí o onemocnění ale může zvýšit prodej samotného léku nebo preventivního očkování (i přesto, že se nejedná o nejrozšířenější typ rakoviny). Na takový postup upozorňuje i Elliott. Pilulka, očkování nebo jiná forma léčby může být lépe prodána, prodá-li se samotná nemoc (Elliott, 2010). Této taktiky využívá bezpochyby společnost MSD²⁸ k prodeji vakcíny SILGARD. Navíc vakcína je propagována jako produkt určený všem „zdravým“ dospívajícím dívkám. „Lék“ není nabízen pouze nemocným, ale je určen zdravé populaci, tedy pole pozornosti je mnohem širší.

Komunikační partnerky si byly vědomy toho, že výroba léku a dalších zdravotnických pomůcek je velkým byznysem, na kterém farmaceutické společnosti vydělávají nemalé peníze. Právě tržní prostředí v oblasti zdravotnictví mělo za následek, že lékaři/lékařky jsou vnímáni/vnímány jako součást tohoto procesu.

Marie: lékaři chtějí produkt prodat, [...] to je jasné. Když to začalo být tenkrát v té době, to [očkování proti rakovině děložního čípku] bylo hodně populární, i u toho doktora byly různé letáčky, propagační materiály, teď už to není.

Lékař/lékařka je Marií vnímán jako prostředník mezi farmaceutickou společností a pacientem/pacientkou (klientem/klientkou). Nicméně není neutrálním prostředníkem, neboť lékař/lékařka „produkt“ chce prodat. Už jen to, jaká slova Marie volí - „prodat produkt“ nebo „propagační materiály“ - odkazuje k tomu, že očkování vnímá jako spotřební zboží. Komunikační partnerky se zamýšlely i nad tím, zda lékař/lékařka je opravdu profesionál/profesionálka ve svém oboru a jedná vždy ve prospěch pacientů.

²⁸ MSD patří mezi prvních 10 farmaceutických společností s největším ročním obrátem v České republice (Stránský, 2017).

Karolína: *I když zase, nejdražší neznamená nejlepší, a v tomhle by ti lékaři měli vyjít vstříc. A ne, že v tom vidí, že když prodají x těchto očkování, tak z toho budou mít finanční obnos, anebo celá rodina poletí na Maledivy, takhle to je, a je to špatně.*

Karolína je k profesi lékařů kritická, a obává se, že v praxi lékaři spíše než ve prospěch pacienta jednájí ve prospěch vlastní a ve prospěch farmaceutické společnosti. Jednoduše jsou předepisovány a nabízeny především ty léky a očkování, ze kterých má lékař více peněz a benefitů. To v důsledku vede i ke snižování postavení lékařů, jejich doporučení a rozhodnutí o určitém typu léčby, léků atp. jsou nevěrohodná, a jejich autorita klesá. Na snižování autority lékařů v důsledku komodifikace zdraví upozorňuje Carl Elliott (Elliott, 2010). Naopak takové pojmání lékařů vede k větší angažovanosti samotných pacientů, kteří jsou ochotni si vyhledávat mnoho informací k různým onemocněním, typům léčby a lékům.

Níže jsou výpovědi Karolíny, Šárky a Andrey. Všechny proaktivně zjišťovaly informace, a popud k očkování nešel ze strany lékaře, ale od nich samotných.

Karolína: *Já jsem se ho [doktora] zeptala, že jsem si něco načetla, a aby mi to vysvětlil. A on mi vysvětlil, že nechal oočkovat i svou 26 letou dceru, a to si myslím... nebo takhle, psali, že je to zbytečný, že by se měla oočkovat hlavně ta holka, která ještě neměla styk, že je vlastně nejvíc účinná ta vakcína. Ale vysvětlil mi to na tom řetězení a to mě přesvědčilo.*

Šárka: *Já jsem vlastně šla k doktorce s tou informací, že to chceme, akorát jsme si koupili tu vakcínu, a pak jsme ji tam třikrát nesli.*

Andrea: *Musím říct, že s tou doktorkou jsme mluvila už v okamžiku, kdy jsem byla rozhodnutá, s ní jsem jenom konzultovala, jestli tu základní vakcínu, nebo tu rozšířenou.*

Pro Karolínu lékař představoval určitý zdroj informací a také jakési posvěcení jejího rozhodnutí (pouze v případě první dcery Karmen). Karolína měla nějaké informace, které si sama zjistila a které nabyla z kampaní, ale chtěla, aby jí lékař vysvětlil proti čemu

očkování je. Pro Andreu i Šárku lékařka byla pouze zdrojem samotné vakcíny. Andrea se s lékařkou konzultovala, zda je lepší vakcína CERVARIX nebo SILGARD. Lékařka pro Šárku a Andreu nejsou hlavním zdrojem informací k tématu zdraví, nemoci a prevence.

Jak se ukázalo, mé komunikační partnerky šly za lékařem/lékařkou ve chvíli, kdy už měly poměrně mnoho informací a byly rozhodnuté, že své dcery očkovat nechají. Za snížením lékařské autority může být právě to, že komunikační partnerky mnohdy lékaře/lékařky vnímaly jako prodlouženou ruku farmaceutického průmyslu. S nadsázkou je pak zdravotní personál vnímán zkorumpovaně, který jedná v zájmu svém a farmaceutických společností, a až následně v zájmu pacienta. Paradoxem však je, že největší vliv při rozhodování sehrála a hlavním (nebo alespoň prvotním) zdrojem informací se stala kampaň *Vše, co můžu*²⁹, která byla financována ze soukromých zdrojů, farmaceutickou společností MSD. Kampaň, která očkování nabízí podobným způsobem, jako jiné spotřební zboží.

Jedinou výjimkou byla Eva, která lékařskou autoritu považovala za důležitou v rámci jejího rozhodování. Ovšem i Eva šla k lékaři až s informacemi, které měla k dispozici, nicméně až po rozhovoru se svým gynekologem se přesvědčila, že očkování je pro její dcery vhodnou formou prevence. Gynekologa považovala za nejpovolanejšího odborníka v daném oboru.

Eva: Spoléhám, že tomu ty doktoři rozumí líp. Třeba zrovna co se týká tohohle očkování, tak jsem hodně váhala, četla jsem na internetu různé diskuse, jak je to nevyzkoušené, a jak jsou ty případy nešťastný, ale zase to jsou takové názory, nepodložené. A bavila jsem se o tom se svým gynekologem, a vlastně po rozhovoru s ním jsem se rozhodla, že je nechám očkovat.

Dana krom toho, že si uvědomuje, že žijeme v konzumní společnosti, a během rozhovoru připouštěla, že i lékaři mohou záměrně naordinovat takovou léčbu, která je především pro lékaře výhodná. Otevřela také otázku nerovností ve společnosti, ve které mnoho jedinců nemá dostatek finančních prostředků na to si za něco připlatit.

²⁹ Výzkumnice: *Takže ses prvně o očkování dozvěděla prostřednictvím kampaně?*

Lucie: *No vlastně ano. Až pak jsem se na to ptala gynekologa.*

Dana: *To je hodně těžký, dneska jsme v konzumní společnosti, a není to cílený, aby všichni se měli dobře, ale jenom aby někteří z těch lidí, se měli dobře, co jsou nahoře a mají ty prostředky a finance a nevím, co všechno. Jsou na tom žebříčku výš, nad námi, tak aby se měli líp, než my všichni ostatní. [...] I to očkování pak vnímáš jako určitou výsadu, na kterou nedosáhnout všichni.*

Lepší, nadstandardní, bylo spojováno s tím, že si to člověk musí zaplatit. Možnost připlatit si za „produkt“, v tomhle případě za očkování proti rakovině děložního čípku, vytvářelo představu, že svým dcerám dopřávají něco exkluzivního.

Šarka: *No já jsem si myslela, tím, že to ještě nebylo hrazený, tak bylo (...) Možná o to víc člověk cítil tu zodpovědnost, že by to měl udělat. Jakože dělá něco dobře a navíc, že si to i jako zaplatí. Nevím no, jak to říct.*

Exkluzivita produktu vzniká paradoxně na základě nerovnosti ve společnosti a na tom, že ne všichni si mohou očkování po finanční stránce dovolit. Právě tato exkluzivita byla jedním z faktorů, které ji přesvědčily o očkování. Možnost připlatit si za očkování dávalo Šárce pocit, že své dceři poskytuje něco navíc, co si ne každý může dovolit. Laura Mamo a Steven Epstein poukazují na to, že farmaceutické společnosti jsou si nerovností ve společnosti vědomy, a často se zaměřují cíleně na populaci, která má finanční prostředky a je ochotna je za jejich produkt zaplatit (Mamo, Epstein, 2014: 163).

Lucie v době, kdy nechávala očkovat svou dceru Lenku, byla bez partnera a celou domácnost musela obstarat sama. S bývalým manželem byla rozvedená, dobré vztahy neměli, a na dceru přispíval minimálně. Lucie svou dceru chtěla nechat očkovat, ale neměla tolik finančních prostředků.

Lucie: *V té době jsem byla sama a na vyskakování to nebylo. Musela jsem řešit každou korunu. A to očkování, to stálo dost peněz, kolem deseti tisíc, na to jsem prostě neměla. Přitom jsem chtěla, aby Léňa očkovaná byla. [...] Nakonec jednu dávku zaplatili moje rodiče, druhou rodiče od bývalého [manžela] a poslední dávku jsem zaplatila sama.*

Výše zmiňovaná exkluzivita dostala Lucii do nepříjemné situace. Očkování své dceři chtěla „dopřát“ (chtěla své dceři dát něco navíc), bohužel z finančních důvodů nemohla.

Ochota zajistit finance na očkování prakticky jakýmkoliv způsobem byla motivována právě představou o očkování proti rakovině děložního čípku jako něčeho výjimečného, co své dceři jako matka může dát (navíc). Od dubna roku 2012 začalo být očkování hrazeno státem, ovšem pouze ta nejlevnější varianta.

Karolína: Po nějaké době si to stát vzal na bedra, že něco proplatí, ale hlavně je to o tom, kdo ty peníze má a kdo je nemá.

I přes fakt, že očkování proti rakovině děložního čípku již spadá mezi očkování státem hrazená, Karolína stále rozlišovala standard a nadstandard. Očkování proti rakovině děložního čípku je sice státem hrazené, na druhé straně, plně hrazená vakcína je pouze ta nejlevnější, tedy CERVARIX³⁰. Vakcínu SILGARD a GARDASIL musí rodiče doplatit.

Andrea: [...] Připlatila jsem asi 300 Kč [za dávku], to je pakatel v dnešní době a dala jsem Aničce tu rozšířenou [vakcínu]. Protože když už tak už.

Andrea se rozhodla také připlatit za rozšířenější variantu očkování a poskytnout své dceři lepší péči. Obecně to, co bylo hrazeno z veřejného zdravotního systému, bylo vnímáno jako standard, možnost připlatit si (i když poměrně malou finanční částku) naopak vytvářelo nadstandardní produkt nebo službu. To, že Andrea, ale i jiné ženy, které za očkování platili, se v daný moment podílelo na vytváření sebe samé jako dobré matky. Své dceři dopřály ochranu proti rakovině, a zároveň jí poskytly tu lepší ochranu. Zdraví a jeho prevence jsou v očích mých komunikačních partnerek (minimálně v souvislosti s očkováním proti rakovině děložního čípku) vnímány jako komodita v tržním prostředí. S ohledem na možnost připlatit si vzniká i hierarchie mezi jednotlivými očkováními. Zatímco vakcína CERVARIX se stala jakýmsi standardem, vakcína SILGARD a GARDASIL 9 jsou lepšími vakcínami. Nejen, že poskytují ochranu proti více lidským papilomavirům, na jejich „nadstandardu“ se právě podílí i možnost připlatit si za vakcínu.

³⁰ To kdy stát na očkování přispívá je omezeno i věkem. První dávka musí být naočkována ještě před dovršením čtrnáctého roku dívky (od roku 2018 se vztahuje i na chlapce ve věku 13 let).

4.4. Matka, osoba zodpovědná za rozhodnutí

Ačkoliv rozhodnutí o očkování ve většině případů bylo kolektivním rozhodnutím obou rodičů za souhlasu očkované dcery, ráda bych poukázala na to, že hlavní slovo a zodpovědnost v rozhodování měla matka očkované dcery. Už jen z toho důvodu, že to byly především matky, které se aktivně zajímaly o očkování a zjišťovaly potřebné informace – ať už proti očkování nebo pro očkování. V závěru této kapitoly bych ráda poukázala na následky situace, kdy matky mají hlavní rozhodovací funkci v očkování.

Šárka: Určitě jsme se o tom bavili, manžel ten je na tohle³¹ takový pasivní, tam to spíš záviselo na mě.

Jak Šárka sama sdělila, její manžel byl v této záležitosti spíše pasivní a rozhodnutí nechal na Šárce. Na druhou stranu, Šárka s manželem očkování diskutovala a manžel její rozhodnutí podpořil. Vzhledem k situaci by pravděpodobně podpořil i rozhodnutí, kdy by Šárka očkování proti rakovině děložního čípku pro svou dceru odmítla. Manželé Karolína a Karel o očkování společně také hovořili. U starší dcery, Karmen, obě strany souhlasily bez jakýchkoliv dalších debat. U mladší dcery Kamily se vedly dlouhé a vypjaté diskuse.

Karolína: Aby se jí [Kamile] jako něco nestalo, tak jsem chytla nerva, Karel řekl že jo, že se tady o tom nebudeme vůbec bavit. No a Kamča řekla, že když je Karmen, tak ona chce být taky.

Až po několika hádkách Karolína na očkování přistoupila. Krom manžela jí přesvědčila i sama mladší dcera, která očkování vyloženě vyžadovala. I když na první pohled to může vypadat, že hlavní slovo v rozhodování měl manžel, Karel, opak je pravdou. Byla to spíše Karolína, než Karel kdo vyhledával informace k očkování a aktivně se zajímala. A byla to spíše Karolína, než Karel, čí rozhodnutí bylo definitivní. Bez souhlasu Karolíny by k očkování Kamily nedošlo, i přes to, že manžel, Karel, jak Karolína během rozhovoru uvedla, na očkování trval. Karolína s Karlem byly v tomto jedinečném párem, neboť v ostatních případech probíhalo rozhodnutí bez otce, za jeho „tichého“

³¹ Ukazovacím zájmenem „tohle“ Šárka míní jednak rozhodování o očkování proti rakovině děložního čípku, ale odkazovala tím i do obecnější roviny, kdy mnoho rozhodnutí v souvislosti s jejich dcerou, bylo spíše jejím rozhodnutím, potažmo i její zodpovědností.

souhlasu a bez většího rozporování rozhodnutí ženy. Karel byl iniciátorem rozhodnutí, nicméně i přesto, je to právě Karolína, která přebírá hlavní roli v rozhodování a zodpovědnost je pak především na ní.

Například Andrea se o názor partnera příliš nezajímala, a vnímala především sebe jako kompetentní osobu, která má právo rozhodnout.

Andrea: Hele já jsem v tomhle asi strašná, ale neřešila [jsem očkovaní s partnerem]. [...] Já mám někdy pocit, že [partner] se o tom ani nechce bavit, že on ty věci kolem Aničky, kolem doktorů a výchova... on občas huláká, že je Andula nevychovaná. Ale nemám pocit, že by se nějak angažoval i v historii.

Andrea nechala očkovat svou dceru za nevyřčeného souhlasu jejího partnera. Předpokládala, že i on s očkovaním souhlasí, a tak ani neměla potřebu se o očkování s partnerem více bavit. Navíc partner Andrey se obecně do výchovy dcery příliš nezapojuje a je to činnost, která spočívá především na bedrech Andrey. Během rozhovorů, ačkoliv to nikdy nebylo vyřčeno, jsem nabývala pocit, že rozhodnutí je necháváno na matkách z jednoho prostého důvodu. A to z toho, že očkování proti rakovině děložního čípku bylo vnímáno jako ženská záležitost, o které otcové nejsou tolik kompetentní rozhodovat. Do toho, jak se otcové zapojovali do rozhodování, mělo velký vliv i to, zda partneri či manželé spolu stále žijí.

Lucie: Samozřejmě s Lukášem jsem to chtěla řešit, protože jsem si říkala, Léňa je naše, tak o takových závažných věcech bychom se měli bavit společně, ať to my mezi sebou máme jakkoliv. S ním to ale vůbec není jednoduché, on to neřešil, tak jsem se rozhodla sama. [...] Taky jsem se chtěla domluvit na financování, ale to už vůbec.

Lucie se snažila se svým bývalým manželem ohledně očkování jejich dcery domluvit. Nicméně její manžel nebyl příliš ochotný se na toto téma bavit, a už vůbec nechtěl přispívat finanční částkou cca 5 000 Kč (polovina ceny za očkování). I když Lucie se chtěla s bývalým partnerem domluvit společně, nechtěla ho obejít, ten o to nejevil zájem. Na špatné komunikaci mezi bývalými partnery měl podíl jejich velice napjatý vztah a nevyřešené záležitosti z minulosti. Jejich vztah měl za následek, že Lukáš se se svou dcerou Lenkou vidá jen minimálně, a prakticky o ni ztratil zájem, a možná i právě proto

nepovažoval za důležité bavit se o očkování a už vůbec na něj přispívat. Eva je s manželem svých dvou dcer také rozvedená, a naopak ohledně očkování nepovažovala za důležité se o tom s otcem jejich dětí bavit.

Eva: *Partner ne, já jsem rozvedená a tohle [očkování proti rakovině děložního čípku] jsem s ním nikdy neřešila.*

Eva s manželem svých dcer je rozvedená, a na rozdíl od Lucie nepovažovala za důležité se s bývalým manželem spojit a situaci probrat. Lucie řešila finanční stránku očkování, což byl také jeden z důvodů proč s bývalým partnerem komunikovat. Tuto situaci již Eva řešit nemusela. Starší dceru nechala očkovat v 15 letech v roce 2012³². V té době také probíhala akce pojišťovny, a na očkování nakonec doplácela „pouze“ 2 000 Kč. U mladší dcery, kterou nechala očkovat teprve v roce 2017, byl doplatek ještě nižší. Nicméně obecně pro Evu nebylo důležité slovo partnera, její dvě dcery s očkováním souhlasily, a to bylo zásadní.

Vzhledem k tomu, že informace k očkování si hledaly a zjišťovaly především ženy – matky, téma očkování do rodiny vždy přinesly ženy, rozhodnutí o samotné vakcinaci bylo především na nich, má za následek to, že se konstruuje, kdo je za zdraví svých dětí zodpovědný (minimálně za zdraví v souvislosti s HPV virem a následnou možnou rakovinou). Zodpovědnost za zdraví dětí je tak spíše konstruována jako záležitost matek nežli otců. Takové zjištění je v souladu s kulturním očekáváním o roli matky. Matky jsou ve společnosti vnímány jako ty, jež mají chránit své děti před bezprostředními hrozbami, a zároveň mají být expertkami na vše, co se jejich dětí týká. Matky jsou zodpovědné za predikování a předcházení jakýmkoliv okolnostem, které by mohly zasahovat do „normálního vývoje“ dětí (Wolf, 2010: 88).

V případě této diplomové práce je však otázkou, do jaké míry se na konstrukci zodpovědné matky podílel fakt, že zodpovědné za zdraví dítěte obecně jsou vnímány především ženy, matky, anebo to, že se jednalo o očkování chápané jako „ženské“. Otcové pak mohli vnímat sebe v této záležitosti jako méně kompetentní. Je však nutné uvést, že pokud dojde v souvislosti s očkováním k pochybnostem o rodičovství, je zpochybňováno především mateřství.

³² Od 4/2012 nejlevnější varianta očkování proti lidským papilomavirům pro 13 leté dívky hrazena státem.

Ve všech případech ženy o očkování se svými dcerami hovořily, a bylo dcerami odsouhlaseno. Na druhou stranu v některých případech si matky uvědomovaly, že diskuse o očkování na dcery může na dcery působit trochu nátlakově. Skrze rozhodnutí matek o vakcinaci docházelo k uplatňování jejich moci nad dcerami.³³

Eva: To je pravda, jenomže já se obávám, když se člověk dívá na statistiky, jaké jsou tloušťky kondomu, tak to není žádný velký šlágr. To použití je dost, není dostatečný, není stoprocentní. [...] Navíc spoléhat, že vždycky použijou kondom [...]

Očkování se stává nástrojem kontroly, kdy skrze něj mohou matky uplatňovat formu moci nad svými dcerami. Očkování poskytuje ochranu v případě, že selže bariérová ochrana proti přenosu viru, prezervativ. Zároveň, ale poskytuje ochranu ve chvíli, kdy by svým jednáním „selhala“ dcera a její budoucí sexuální partneři, tedy že prezervativ nebo jinou bariérovou ochranu nepoužijí. Tím, že Eva se „nespoléhá“ a preventivně svou dceru očkuje, zároveň uplatňuje svou moc nad ní.

4.5. Jsem dobrá matka

V následující části se budu věnovat tomu, jakým způsobem se rozhodnutí (ne)očkovat podílí na vytváření dobrého mateřství³⁴, ale také jak dobré mateřství formuluje povinnost (ne)nechat očkovat. Dobré mateřství a požadavek (ne)očkovat jsou spolu e vzájemné vztahu a vzájemně se utvářejí.

Kampaň, *Vše, co můžu*, v roce 2006 vyzývala samotné dívky, aby se nechaly očkovat, a stejně tak jejich rodiče, aby nepodcenili prevenci a své dcery nechali včas očkovat. V roce 2012 již kampaň cílila na samotné rodiče. V propagačním letáčku je vyobrazena spící dívka (viz Obrázek č. 4). Nad obrázkem spící dívky je slogan „*Nechte svou dceru očkovat, dokud spí s med'ou.*“. Vyobrazená dívka na plakátu spí a objímá velkého plyšového medvěda. Působí velmi nevinně a zároveň bezbranně. Obraz apeluje na

³³ Andrea: „*Takhle, já jsem se s ní o tom bavila. Hele Andul, je tady tohle očkování, prostě. [...] ale ona už je v pubertě. Pokud nebude chtít něco dělat, tak jí nedonutím. Takže tady to bylo po vzájemné domluvě. Já jsem jí možná, to co jsem jí říkala, mohlo působit mírně nátlakově. V takovém stylu, Aničko v pořádku, ještě nežijesh sexuálním životem, ale až budeš žít, tak je to choroba, která je přenosná pohlavně. Takže já jsem ji tak trochu strašila. Ale nakonec to bylo, že neprotestovala.*“

³⁴ Vzhledem k tomu, že jsem výše upozorňovala na to, že zodpovědnost za zdraví svých dcer přebírají především matky, rozhodla jsem se zaměřit pouze na mateřství, než na rodičovství obecně.

rodiče, aby podnikli určité kroky k prevenci zdraví svých dcer. Kampaň z roku 2012 konstruuje odpovědnost za zdraví dospívajících dcer jako zodpovědnost především rodičů.

Obrázek č. 4: Kampaňový plakát Dokud spí Vaše dcera s médou³⁵



Kampaň tak vytváří představu správného a špatného rodiče. Slogan kampaně zní „*SILGARD, pro svou dceru udělám vše, co můžu*“. Jestliže rodiče svou dceru očkovat nenechají, pak vlastně nepodniknou veškeré kroky, které jsou v daný moment dostupné, a tím pádem neudělají vše, co mohou v prevenci zdraví jejich dcery. Vytváří se hranice mezi dobrým a špatným rodičovstvím, které je závislé na rozhodnutí o očkování.

V rámci mých rozhovorů se téma rodičovství objevovalo velmi často, respektive dobrého mateřství. Šárka přiznala, že role kampaně v jejím rozhodování byla velká, a že ji oslovila právě apelováním skrze roli matky.

Šárka: [v kampaních bylo] *že chci pro dceru to nejlepší, nebo něco takového. [...] že člověka dostanou do pocitu, že když to člověk neudělá, že je vlastně špatný rodič, špatná matka... že i takhle to bylo podávány. Je to dobře udělaná reklama, protože si člověk řekne, já pro své dítě neudělám vše, co je v mých*

³⁵ [Dokud spí Vaše dcera s médou]³⁵ in: Fedelešová, Kristýna. *Diplomová práce. Kampaň na očkování proti rakovině děložního čípku: praktiky biomoci a navozování strachu v praxi*. Plzeň, 2014.

silách? Všude jsou reklamy a je to podobný a člověk si říká, a ježíš, neměla bych? [...] kdežto tohle bylo cílený na to vaše dítě. A když je to cílené na vaše dítě, tak si člověk řekne jo, já to udělám. [...] Ta reklama dělá hodně.

Šárku kampaň oslovila natolik, že si kladla otázku „neudělám jako matka pro svou dceru vše co můžu,?“ Otázku o roli svého rodičovství otevřela kampaň a zároveň Šárce poskytla odpověď – jako dobrá matka musí nechat dceru očkovat. Na druhé straně Šárka reflektuje, že se jedná o dobře provedenou reklamu. Tuto skutečnost si uvědomovala spíše zpětně, v momentě, kdy dceru očkovat nechala, byla přesvědčená, že dělá správně (o reklamě nepřemýšlí jako o dobře provedeném marketingovém kroku, jež vede k prodeji vakcinace). Podobně se vyjadřovala i Eva, i přesto, že kampaň nevnímala tak nátlakově jako například Šárka.

Eva: Kdyby [dcery] onemocněly, člověk by si to vyčítal. [...] Věřila jsem, že to očkování pomůže. Člověk se snaží udělat pro ně, co jde.

Eva podobně jako Šárka nechala své dcery očkovat, protože to vnímala jako svou rodičovskou zodpovědnost za zdraví dcer. Nechat očkovat se podílelo na utváření její role dobré matky. Naopak nenechat očkovat tuto roli mohlo narušit, a navíc by to mohlo mít fatální následky, kdy její dcery by touto nemocí onemocněly. Rozhodování se, zda nechat dcery očkovat, nebo neočkovat bylo neustálým zvažováním rizika. Kalkulování a neustále vyhledávání informací vedlo k uvědomování si výhod a nevýhod očkování, což mělo za následek, jak ženy vnímaly svou roli matky.

Mezi ženami, které nechaly své dcery očkovat v počátku samotné kampaň (Karolína, Šárka, Lucie, Dana), a mezi ženami, které nechaly své dcery očkovat v nedávné době (Karolína, Andrea, Marie, Eva), jsem objevila rozdílný postoj k očkování. Ženy, které nechaly své dcery očkovat krátce po spuštění kampaň, vnímaly očkování jako stoprocentní ochranu před rakovinou děložního čípku svých dcer. Dana svou dceru Danielu nechala očkovat v roce 2007, Karolína starší dceru Karmen v roce 2008.

Dana: Jsme byli přesvědčení [oba rodiče], že děláme něco dobrého, že ty děti chráníme.

Karolína: *Karmen byla, to jsme ani nějak neřešili, jsme se rozhodli [oba rodiče], jo, je to dobrá věc, jdeme do toho.*

V samotném počátku očkování ženy čerpaly informace především z kampaní, tedy z reklamních spotů a letáčků, ale také se radily se svými gynekology. V tomto případě ženy neuvažovaly o žádných vedlejších příznacích, nebo o rizikovosti očkování. Pro své dcery udělaly ženy vše, co mohly, a potvrzovaly si tak status dobré matky. S postupem času se však ve veřejném prostoru objevovalo více rozmanitých informací, které nebyly vždy oslavou očkování. Naopak byly to ohlasy, které očkování kritizovaly a poukazovaly na jeho nedostatky. V rámci rozhovorů ženy přemýšlely, zda je očkování vůbec účinné, nejčastěji zmiňovaly, že některé dívky na očkování zemřely, nebo si nesou doživotní následky. Právě tento fakt v ženách vyvolával pocit selhání v roli matky.

Lucie: *Když se začaly objevovat všechny ty letáčky a reklamy na očkování proti rakovině děložního čípku, tak zrovna Lenka byla v tom věku, kdy bylo ideální ji nechat naočkovat. Bylo to hodně peněz, ale bylo to důležité, a měla jsem možnost ji chránit proti rakovině, byť jen proti jednomu typu rakoviny. [...] V té době jsem měla pocit, že dělám to nejlepší, co můžu. [...] Kdybych [informace, které mám dnes] měla i předtím, určitě bych to více zvažovala, a možná bych ani Lenku očkovat nenechala. Já nevím vlastně do teď. Je to těžký, člověk tomu svému dítěti nechce ublížit.*

Lucie během našeho rozhovoru se k tématu „udělala jsem správně“ vracela opakovaně. Chtěla vysvětlit svůj postoj, proč v roce 2009 svou dceru nechala očkovat. Neustále zvažovala a nahlas přemýšlela, zda udělala správně. V těchto momentech jsem cítila, že Lucie lituje toho, že k očkování svolila, a nevěděla, jak s tím naložit. Cítila, že jako matka selhala. Selhala, protože v době, kdy se pro očkování rozhodla, vnímala v okolí spíše pozitivní ohlasy na očkování, až s postupem času se k Lucii dostávaly nepříjemné zprávy o očkování proti rakovině děložního čípku. Podobně hovořila i Šárka.

Šárka: *Já jsem tenkrát ty informace neměla žádný a nevyhledávala jsem je. Ani nevím, jestli bych tenkrát takové informace dohledala. Protože dnes ty diskuse, tam je x případů, kdy s tím mají problémy, že se [očkované dívky] nemůžou pořádně hýbat.*

Lucie shodně se Šárkou mluví o nedostatečné informovanosti, o tom, že nemohly plnohodnotně zvážit rizika očkování, protože neměly dostatek informací. Vzhledem k tomu, že se čím dál častěji objevovaly informace, že očkování může být škodlivé, začaly zpochybňovat své rozhodnutí, a pochybovaly i o své roli matky. Podobně pochybovala o správnosti svého rozhodnutí i Šárka. Její dcera, Šarlota, podstupovala v šestnácti letech 3 dávky očkování, a krátce po třetí dávce zkolabovala ve škole. Šárka i Šarlota vnímaly kolaps nejprve jako důsledek špatného užívání antikoncepce. Později si Šarlota začala hledat více informací k očkování proti rakovině děložního čípku, a své zdravotní problémy z minulosti začala dávat do souvislosti s očkováním. Právě negativní zkušenost s očkováním, kterou si Šárka se Šarlotou uvědomily, až několik let po vakcinaci měla i vliv na to, že Šárka nevěděla, zda vůbec rozhodnutí o očkování bylo správné, a zda svou dceru spíše neohrozila.

Šárka: Ona tenkrát měla omdlěvací stavy a zkolabovala ve škole. A právě že Šarlota to spojuje s tím očkováním. Já si to nikdy do souvislosti nedávala, ale ona ano. Od té doby měla i problémy s pravým třísem, to vyústilo až do současnosti [...] endometriózu měla, teď už odoperovanou. [...] já jsem vůbec neřešila, že by to mohlo mít něco negativního a špatného. Což dneska už to zase tak stoprocentně a kladně necítím. A nevím, jestli jsme udělali [jako rodiče] dobře.

Proměna ve vnímání očkování je patrná také u Karolíny. Starší dceru, Karmen, nechala očkovat prakticky ihned po zahájení kampaně, v roce 2007, a mladší dceru v roce 2014. U starší dcery Karmen očkování považovala za přínosné, u mladší dcery Kamily byla na vážkách a to právě s ohledem na přísun nových, mnohdy negativních informací.

Karolína: [...] pak po těch x letech kdy byla Kamča očkovaná, tak už bylo více informací. To nebylo předtím jako teď, že fungoval Internet, že se všechno našlo, všechno to bylo takový [...] měli jsme doma počítač, ale neseseděla jsem u toho, nebyl ani internet v mobilu... A ani nebylo tolik serverů, takový ty „u lékaře“ [...] U Kamči to bylo, já jsem propadla hysterii. [...] začaly se objevovat články, že na to dívky zemřely, nebo že je to poškodilo, takže to jsem se začala bát. [...]

Pocit nejistoty u všech výše uvedených žen byl způsobem nedostatkem informací, a tím pádem nemožností zvážení všech kladů a záporů očkování. Ačkoliv (až na Šárku) dcery žen neměly vedlejší příznaky, a s velkou pravděpodobností očkování nemělo negativní vliv na zdraví očkovaných dcer, i přesto se v roli dobré matky necítily a cítily nenaplnění své role. Svě dcery, i když nevědomě, vystavily riziku trvalých následků, nebo dokonce úmrtí.

Dana na rozdíl od Lucie, nebo Šárky, se však snaží i přes mnoho nepříznivých zpráv o očkování, najít důvody, proč očkováním své dceři neškodila a do jisté míry ji ochránila.

Dana: Ono to bylo i tou kampaní, to bylo hodně cílený na psychiku, že oni věděli, jak zacílit a jak to prodat [...] ale zase si furt myslím, že tam je ta velká pravděpodobnost. Ty lidi ten svůj dospělý život, se věnují těmhle sexuální věcem, takže tam je ta pravděpodobnost jakoby vyšší, že by se mohli nakazit. I z tohohle pohledu jsem to brala, že je to taková každodenní rutina, že jíme, spíme, a tak prostě.

Dana odkazuje k sexuální aktivitě, která je součástí lidského života. Právě častost pohlavního styku a tím pádem vyšší pravděpodobnost možnosti přenosu HPV je důvodem pro to, aby si Dana obhájila správnost svého rozhodnutí, a tím se i nadále mohla považovat za dobrou matku. Zcela jinak se k očkování vztahovaly ženy, jejichž dcery byly očkovány v nedávné době.

Andrea: Já jsem se snažila soustředit, i v těch negativních ohlasech. V těch negativních reakcích se opravdu jedná, že tohle jedno konkrétní dítě mělo tuhle konkrétní špatnou reakci. Ale to prostě neshodí celý výzkum. To, že dejme tomu, se jednomu člověku nelíbí jeden film, ještě neznamená, že ten film je jako celek špatný. Když mi to řekne 50 lidí, 150 lidí, řeknu si dobře, rozmyslím si, zda do toho kina půjdu, ale tyhle jednotkový případy. Mě to občas přijde, že tohle se nepovedlo, tohle mi ublížilo, teď to musí všichni vědět. Teď to všichni musí vědět, jaké mě se stalo hrozné příkoří. To je taková, aspoň z mého pohledu, česká vlastnost. Zveličujeme negativa, zatímco ty pozitiva, no tak povedlo se to fajn, to je přece normální.

Andrea si vyhledávala mnoho informací k očkování, snažila se číst i odborné články včetně těch zahraničních. Z výše uvedené výpovědi je jasné, jakým způsobem Andrea pracuje s pozitivy a negativy očkování, a jakým způsobem s nimi kalkuluje a zvažuje riziko (přesně to, co například Šárka, Dana nebo Lucie dělat nemohly, protože informace neměly). Pro vysvětlení jejího rozhodnutí využívá pravděpodobnost, statistiku. Tvrdila, že počet dívek s vedlejšími příznaky je v porovnání s počtem očkovaných dívek minimální. Navíc poukazovala na to, že neúspěch může být mnohdy zveličován. Dalším argumentem bylo to, že u předchozích očkování neměla dcera prakticky žádné vedlejší příznaky (snad až na zvýšenou teplotu). I přes mnoho negativních zpráv, které Andrea měla k dispozici, nechala svou dceru očkovat. Její pozice dobré matky však nebyla v jejích očích nijak zpochybněna a to právě z důvodu možnosti zvážení všech rizik a přínosů očkování. Naopak, její správné rodičovství by bylo nabeženo, kdyby nenechala dceru očkovat.

Andrea: Řekla jsem si, že rozhodně bych ji tím neměla uškodit. [...] Pokud ji mohu proti něčemu uchránit, tak proč to neudělat. [...] Beru to tak, že existuje spousta nemocí, proti kterým Aničku v životě nemůžu ochránit, ale pokud už můžu, byť je to blbé očkování.

I pro Marii bylo dobré rodičovství postaveno právě na rozhodnutí nechat očkovat. Marie si velmi dobře byla vědoma vedlejších příznaků očkování, které očkování může vyvolat. Nicméně raději podstoupila riziko vedlejších následků, než aby v budoucnu si jednou vyčítala, že její dcera onemocněla rakovinou děložního čípku. Onemocněním, proti kterému svou dceru mohla chránit.

Marie: To je rozhodnutí [...] Nechat očkovat nebo ne. Ale zase abych si pak celý život drbala hlavu, že jsem ji nenechala očkovat, a ona z toho měla doživotní následky, nebo by to mohlo skončit vážně [...] ani nechci domýšlet. To bych si nikdy nepřestala vyčítat.

Je zajímavé, že ženy jsou u svých dcer ochotny podstoupit riziko očkování, které v nejhorším případě (dle jejich slov) může samotné onemocnění vyvolat, nežli nechat dcery bez očkování. S ohledem na statistiky je riziko onemocnění rakovinou děložního čípku poměrně nízké (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015). Rozhodnutí nechat očkovat pak lze opravdu

příkládat do jisté míry kampani *Vše, co můžu*. Kampaň se úspěšně podílela na vytvoření správných rodičů, tedy těch, kteří své dcery nechají proti rakovině děložního čípku očkovat. A zároveň pak dobré rodičovství definuje požadavek po očkování proti rakovině děložního čípku.

4.5.1. Je to očkování pro holky!

V následující části bych se ráda věnovala tomu, jakým způsobem rodiče odlišně přistupují k prevenci zdraví jejich dětí na základě pohlaví dítěte. Jak ukáží, dívčí/ženské tělo podléhá mnohem více lékařskému dohledu a obecně je více medikalizováno. Takové zjištění není překvapením. Kampaň *Vše, co můžu*, propagující očkování proti rakovině děložního čípku se ve velké míře podílela na tom, že ve vztahu k rakovině děložního čípku (viru HPV) byla poskytována jiná forma prevence dívkám a jiná chlapcům. Lépe řečeno, dívkám jako forma prevence bylo především „vnucováno“ očkování, u chlapců prevence v této oblasti absentovala.

Vakcína SILGARD je v kampani *Vše, co můžu* prezentována primárně jako očkování proti rakovině děložního čípku. Kampaň odkazující se k děložnímu čípku, k implicitně ženskému orgánu, má za následek, že očkování bylo mými komunikačními partnerkami vnímané jako výhradně určené pro dospívající dívky.

Andrea: No on ten chlap tu rakovinu děložního čípku ale nemůže mít.

Šárka: [...] tak jsem se na to dívala, a oni nechávají očkovat i ty kluky a já vůbec nechápu proč.

Kampaň byla v tomto ohledu natolik silná, že nechat očkovat touto vakcínou chlapce postrádá naprosto veškerou logiku, protože muži přeci nemají děložní čípek. Kampaň úplně zastřela informaci, že očkování je ve skutečnosti proti několika pohlavně přenosným HPV virům, které mohou (ale nemusí) mimo jiné způsobit rakovinu děložního čípku. Ačkoliv v reklamních spotech se objevuje informace o tom, že se jedná o očkování proti HPV virům, není k nim v rámci kampaně příliš velké vysvětlení. Nedožíváme se, jakým způsobem se vir do těla dostane, a zda infikované tělo si s tím dokáže „samo poradit“. Navíc tuto informaci u komunikačních partnerek přebylo sdělení o rakovině děložního

čípku (které se dostalo do popředí v rámci všech mých rozhovorů). Navíc kampaň vůbec netematizuje, že vir HPV může být nebezpečný i pro mužskou část populace.

Dana byla jedinou komunikační partnerkou, která měla jak dceru, tak syna. Celý rozhovor však Dana uvažovala v kontextu HPV pouze o své dceři.

Dana: [...] Ale v tu chvíli jsem cítila, že to je důležité, abych Danielku nechala očkovat [proti rakovině děložního čípku]. [...] Když to šlo, tak samozřejmě chceš tu holku chránit.

Dana o synovi vůbec nehovořila, očkování syna zkrátka nebylo tématem. Zaprvé vakcinaci řadila do „ženské“ oblasti, za druhé byla přesvědčena, že její syn nepatří do ohrožené skupiny. Je otázkou, zda by Dana syna vakcinovat nechala, kdyby v té době věděla, že očkování je vhodné i pro chlapce. Velký důraz, který byl obecně kladen na ženské pohlavní orgány (v porovnání s mužskými) ať už v kampaních nebo ve zrealizovaných rozhovorech, může být způsobem i faktem, že ženské pohlavní orgány jsou spojovány s plodností a schopností reprodukce. Důraz kladený na reprodukční zdraví u dívek a žen je tak z části motivován představou o budoucí a společensky očekávané roli matky, a tedy je i veřejným zájmem. Je pravdou, že kampaně netematizují očkování proti rakovině děložního čípku v souvislosti s budoucí rolí matky. Na druhou stranu jsou kampaně utvářeny ve společnosti, která zdůrazňuje nutnost ochrany reprodukčního zdraví žen z důvodu ochrany budoucího mateřství (Kolářová, 2009: 18). Proto i kampaň, *Vše, co můžu*, zaměřující se na prevenci rakoviny děložního čípku, lze číst jako potřebu chránit potenciální mateřství v populaci dospívajících dívek. Téma reprodukce se okrajově objevilo ve výpovědi Šárky, která hovořila o tom, že se těší, až jednou bude babička.

Andrea se o očkování bavila s kolegyněmi na pracovišti. Své kolegyni Daně a Hance, které měly syny, řekla, že mohou nechat očkovat i své syny.

Andrea: [...] já jsem se o tom zmínila u nás v kanceláři, Daně a Hance, právě o tom, že tohle očkování je i pro kluky. A holky na mě koukaly dost z jara, že to netušili. [...] spíš si ťukaly na čelo a myslím si, že se o to dál zajímat nebudou.

Vzhledem k zažitému názvu očkování jako proti rakovině děložního čípku i v dnešní době matky mající syny tento typ očkování příliš nezaujme a nevěnují mu prakticky žádnou pozornost. V českém prostředí není žádná kampaň, která by se zaměřovala na

rozšiřování informací o tomto typu očkování, nebo veřejná diskuse, která by byla slyšet, a hovořila o očkování jako o očkování proti lidským papilomavirům, nikoliv rakovině děložního čípku. Nehledě na to, že většina mých komunikačních partnerek nevěděla, že od roku 2018 je nově očkování pro chlapce ve věku 13 let hrazeno z veřejného zdravotnictví³⁶ jen poukazuje na to, jak některé nové informace byly propagovány a jiné ne. V roce 2012, kdy očkování proti lidským papilomavirům začalo být hrazeno pro dívky ve věku 13 let, se nově objevila kampaň *Vše, co můžu*, která očkování propagovala se sloganem „*Nechte ji očkovat, dokud spí s Méd'ou*“. Od roku 2018 je očkování hrazené i pro chlapce, nicméně nenajdeme žádnou větší či menší kampaň či diskusi, které by toto téma uvedly do veřejného prostoru.

Lochlain S. Jain poukazuje, že ve Spojených státech amerických byla poměrně rozsáhlá kampaň o zvýšení informovanosti o testikulární rakovině v případě mužů, rakovina prsu je pak „propagována“ především v souvislosti s ženami. Skrze nemoci specificky mužských nebo ženských orgánů je konstruováno ženství a mužství. Jedinci s ohledem na svůj gender jsou vyzýváni k odlišným formám prevence a je jedincům sdělováno, co je ohrožuje a před čím se mají chránit. Na trhu jsou nabízené formy léčby a léky, kterou jsou genderované (Conrad, 2005: 11). Smutným zjištěním je, že tato praktika zakrývá, že například i muži mohou mít rakovinu prsu tak jako ženy (Jain, 2013: 69), nebo mohou být ohroženi virem HPV.

Výzkumnice: *Kdybys měla kluky, řešila bys to očkování?*

Eva: *No to je právě to, právě že asi ne. Protože ten kluk co, tady jsou riziková skupina ty holky.*

Vytvoření představy, že rizikovou skupinou jsou pouze dívky a ženy, jak Eva uvádí, má ale i další dopady. Žena je konstruována jako zranitelná a muž je naopak vnímán jako přenašeč virů bez dopadu na jeho zdravotní stav. Nenásilně dochází ke konstruování ženy zranitelné, kterou je nutno chránit před potencionální hrozbou, zatímco muž a jeho imunitní systém je dostatečně silný (oproti ženskému), aby mu vir neublížil. Taková konstrukce umožňuje, jak Miriam Mara a Blake J. Scott tvrdí, nad ženami v souvislosti s přenosem HPV uplatňovat větší moc v porovnání s muži (Mara, Scott, 2010). Ženy jsou

³⁶ Sama bych tuto informaci neměla, kdybych aktivně na internetu nevyhledávala rozličné informace k očkování proti rakovině děložního čípku, HPV,

pak více disciplinované a jejich tělo může být více medikalizováno (Caseldine-Bratch, 2010).

Jak se ukázalo, konstrukce zranitelnosti a síly v závislosti na genderu byla udržována i samotnými lékaři. Karolína se ptala svého gynekologa na očkování a chtěla vědět více informací. Gynekolog vůbec neupozorňoval na to, že očkování je vhodné i pro chlapce.

Karolína: A vysvětlil mi to na tom modelu toho řetězení těch bacilů, že vlastně toho partnera se chytanou ty bacily, a že tomu chlapovi to neublíží, ale ženský jo, a na toho chlapa, že se nachytají ty bacily, od těch předchozích, a dalších, co měla i ta partnerka, a tím tak jako přesvědčil.

Konstrukcí zranitelné ženy a neohroženého přenašeče viru, muže, došlo k otevření otázky zodpovědnosti. Jedna úroveň byla zodpovědnost, kterou pociťovaly samotné matky za zdraví svých dcer, druhá úroveň zodpovědnosti za zdraví se objevuje mezi budoucími sexuálními partnery.

Karolína: Ti chlapi jsou z toho zase venku.

Jestliže muž byl konstruován jako přenašeč, tedy potenciální nebezpečí pro jeho sexuální partnerky, pak by, dle Karolíny, z logiky věci mělo být očkování spíše pro muže, aby nemohli vir šířit dál. Ve skutečnosti je muž ponechán bez zdravotní intervence a místo toho jsou vakcinovány dívky, aby byly ochráněny před „mužským nebezpečím“. Muž je tedy vyvázán ze zodpovědnosti za zdraví své sexuální partnerky, i přesto, že je prezentován jako přenašeč. Naopak žena zodpovědnost musí plně převzít a chránit se proti možným nebezpečím. Ohledně tohoto tématu hovořila i Andrea.

Andrea: Určitě [by měla být kampaň se zaměřením na chlapce]. Já nevím, kampaň ve stylu i váš syn je zodpovědný za zdraví své partnerky.

Pro Andreu oočkovat chlapce představovalo ochranu dívky, nikoliv ochranu jeho samotného. Jde o zodpovědnost za zdraví mužovi partnerky, nikoliv o zodpovědnost za jeho vlastní zdraví. V souladu se společenským očekáváním dochází nejen skrze kampaň, ale skrze výpověď Andrey k neustálému konstruování, vytváření a udržování představy o

křehké dívce, která potřebuje něčí ochranu, a silném muži, který je odolný vůči mnoha nástrahám. Muž je vnímán jako výhradní přenašeč, a dívka je potenciální obětí.

I přesto, že komunikační partnerky nechaly své dcery očkovat, byly kritické k tomu, že očkované jsou pouze dívky. Především pak pro Karolínu, která tvrdila, že těla dívek jsou až příliš medikalizována.

Karolína: Měli by být očkovaní chlapi a ne ženský, protože ženský vlastně už takhle do sebe dost cpou, když berou třeba tu antikoncepci, nebo tak. Myslím si, že v tom těle je dost hormonů v těle navíc. Chlapi by měli mít nějakou zodpovědnost. A navíc, když ty chlapi jsou ti přenašeči, tak by měli být očkovaní chlapi, aby to neroznášeli dál. Na co očkovat ženskou, aby ji ten chlap nenakazil.

Nejen, že těla dívek jsou příliš medikalizována v porovnání s těmi chlapeckými, ale zároveň odlišnou medikalizaci Karolína propojuje s odlišnou zodpovědností každého jednotlivce na základě příslušnosti k genderu.

Karolína: Ale jako chceš vidět chlapa, který si zodpovědně zobne antikoncepci? Ten si nezapomene vytáhnout pivo z ledničky, ale už jako vidím, jak si každý den bere prášky, na to bych teda vůbec nespolehala.

Podle Karolíny by měli mít především muži větší zodpovědnost. Muže obecně vnímá jako nezodpovědné. Paradoxně se zdá, že právě vykonstruovaná nezodpovědnost mužů se stává v jejich výpovědích ospravedlňujícím pro větší medikalizaci těl dívek.

4.5.2. Proti čemu je teda chráníme?

Jak z práce vyplývá, očkování se stalo primární formou prevence rakoviny děložního čípku. V rámci rozhovorů se však objevovaly i další formy prevence, především pak pravidelné gynekologické prohlídky. Pro dotazované ženy představovaly běžnou rutinu, kterou považovaly za mnohdy nepříjemnou, ale nutnou. I svým dcerám se tak snažily vštípit, aby alespoň jednou ročně šly na preventivní prohlídku. Důležitost gynekologických

prohlídek zdůrazňuje i kampaň *Vše, co můžu*. V kampani v rámci video spotu je diváctvo upozorněno, že „*vakcína nenahrazuje pravidelné gynekologické prohlídky*“.

Šárka: [Šarlota] *Chodí na preventivní [gynekologické] prohlídky, pravidelně každý rok, ona to bere taky jako samozřejmost [...] A další ochrany, no tak... třeba tohle očkování. Ale taky promiskuita tam hraje roli v těchto virech, ale snad ona [Šarlota] takový problém neměla, nebyla promiskuitní, aby střídala kluky, vlastně od loňského roku je vdaná, a jsou spolu už 6 let. Nic takového nehrozí, to je asi hodně důležité. Ale ona může být jakákoliv, ale když je ten chlap promiskuitní, tak s tím ta ženská stejně nic neudělá.*

Jako jedna z mála Šárka ve vztahu k prevenci rakoviny děložního čípku hovořila také krom očkování, pravidelných lékařských prohlídek, také o počtu sexuálních partnerů. Čím vyšší počet sexuálních partnerů, tím větší riziko onemocnění. Ženská sexualita by měla být kontrolovaná a vyžaduje se od nich, aby počet sexuálních partnerů nebyl vysoký. Na dvojí standard sexuality poukazuje i Leora Tanenbaum. I přesto, že žijeme v době, která je otevřená sexualitě, jak autorka ukazuje, otevřenost se týká především mužů, méně už žen (Tanenbaum, 2008) I skrze prevenci rakoviny děložního čípku je nenásilnou formou dvojí standard znovu utvářen a udržován. Ovšem v tomto případě je udržován rafinovanou formou, skrze diskurz udržení si zdraví. Kdo by nechtěl být zdravý? Ženy jsou tak vyzývány ve jménu svého zdraví, aby nebyly promiskuitní. Ačkoliv HPV vir může být škodlivý i pro muže, jejich sexualita ve jménu mužského zdraví omezována nijak není.

Vypadá to, že přílišná kontrola a zvýšená medikalizace dívčího/ženského těla je motivována kontrolou reprodukčního zdraví. Například Šárka hovořila o tom, že se těší na to, až její dcera bude mít vlastní děti. Rozhodně nezpochybňuji, že Šárka, chce primárně ochránit zdraví dcery celkově, nicméně ve společnosti jsou s ohledem na gender kladeny jiné nároky na prevenci zdraví. A v případě kontroly reprodukčního zdraví jsou to především ženy, o které má být pečováno, neboť jsou budoucími matkami. Dana, která měla syna, hovořila o tom, co vše je nutné podniknout v oblasti reprodukčního zdraví u své dcery, u syna však nebylo nutné dělat prakticky nic.

Co je zajímavé, tak ani jedna komunikační partnerka jako formu prevence zdraví ve vztahu k onemocnění rakoviny děložního čípku netematizovala nějakou formu bariérové ochrany během pohlavního styku. Důvodem může být to, že rakovina děložního čípku měla opět netypické postavení. Na jedné straně komunikační partnerky hovořily o

sexualitě, ve spojitosti s rakovinou, na druhé straně rakovinu děložního čípku vnímaly jako rakovinu, nikoliv jako pohlavně přenosnou nemoc.

Například Šárka hovořila o nutnosti očkovat dospívající dívky ještě před zahájením sexuálního života. Její argumentace mnohdy odkazovala k tomu, že si je vědoma faktu, že očkování je spíše proti pohlavně přenosnému viru, než proti rakovině jako takové. Nicméně jak rozhovor plynul, ukázalo se, že rakovinu děložního čípku mezi pohlavně přenosná onemocnění neřadí.

Šárka: Nespojovala jsem si to s pohlavními nemocemi, i když vlastně není důvod [...] Já nevím, aids, tak to je podle mě mnohem menší pravděpodobnost. To bych musela, bůh ví, co vyvádět, aby se to ke mně dostalo. Kdežto tenhle vir se ke mně může dostat při normálním životě.

Zajímalo mne, proč Šárka rakovinu děložního čípku mezi pohlavně přenosné onemocnění neřadí a najít odpověď bylo složité. Rakovina děložního čípku způsobená HPV virem nenesla stigma, kterému jsou například lidé s HIV/AIDS vystaveni. Vir HPV je normalizován, a lidé jsou HPV pozitivní, i když žijí svůj sexuální život v souladu s „normami“. Naopak HIV/AIDS bylo vnímáno jako něco ojedinělé, a tedy aby někdo byl HIV pozitivní, musí se chovat nevhodně (nenormálně). Podobný úhel pohledu měla i Dana.

Dana: Je to na každém, každý k sobě musí přistupovat zodpovědně. Já vím, že tohle je těžký, že když pak v tom hraje roli alkohol a vášně, ale prostě furt si myslím, že to je... že tomu [HIV/AIDS, syfilis] ten člověk může víc předejít [spíše než rakovině děložního čípku]. Prostě nejít tomu naproti vyloženě, že tomu člověk může zabránit.

Dana podobně jako Šárka rakovinu děložního čípku normalizuje, je to něco, co se může stát v „normálním“ životě, zatímco HIV/AIDS i syfilis řadí do onemocnění, kterými se jedinec nakazí ve chvíli, kdy není dostatečně zodpovědný a nechá se ovládnout vášněmi nebo alkoholem.

S ohledem na odlišnou medikalizaci (byť už ne v souvislosti s prevencí rakoviny děložního čípku) se často objevovalo téma antikoncepčních pilulek. Mé participantky upozorňovaly, že to jsou dívky, které nesou plnou odpovědnost za reprodukční zdraví, ale

podobně jsou zodpovědné za (ne)otěhotnění. Proto pro mnohé komunikační partnerky bylo důležité se svými dcerami o antikoncepci hovořit a vstřípit jim, jakým způsobem se mají chovat a jak být zodpovědné.

Andrea: Určitě asi se pokusím hovořit na téma antikoncepce, hormonální antikoncepce.

Očkování proti „rakovině děložního čípku“ a braní antikoncepčních pilulek je do určité míry kontraproduktivní. Níže jsou informace z příbalového letáčku vybraných antikoncepcí – Jeanine, Chloe a EVRA.

„Nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rakovinu děložního hrdla je přetrvávající infekce lidským papilloma virem (HPV). V některých studiích bylo naznačeno, že dlouhodobé užívání pilulky zvyšuje u ženy rakovinu děložního hrdla. Není však jasné, do jaké míry se toto riziko zvyšuje sexuálním chováním nebo jinými faktory, jako je lidský papilloma virus.“ (Bayer Weimar GmbH & Co. KG, 2016).

„Také rakovina děložního čípku se vyskytuje častěji u žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci. I přes tento výskyt však může mít jiné příčiny včetně pohlavně přenosných chorob.“ (JANSSEN-CILAG s.r.o., nedatováno).

„U žen dlouhodobě užívajících pilulku byl častěji popsán výskyt rakoviny děložního hrdla. Tento nález však nemusí souviset s užíváním pilulky, ale může souviset se sexuálním chováním a dalšími faktory.“ (Chloe, 2013).

Z příbalových letáčků vyplývá, že rakovina děložního čípku se vyskytuje častěji u žen, které dlouhodobě užívají antikoncepční pilulky. Se stoprocentní jistotou nelze tvrdit, že je to právě antikoncepce, která pravděpodobnost onemocnění zvyšuje, neboť neexistuje dostatek studií. Jak je uváděno, zvýšený výskyt rakoviny děložního čípku může být způsoben odlišným sexuálním chováním žen, které antikoncepční pilulky užívají, a těmi, které ne.

Na jedné straně v dobré víře ženy nechají své dcery očkovat proti HPV viru, následně z obavy nechtěného těhotenství u svých dcer akceptují (nebo jim samy doporučí) užívání antikoncepční pilulky, která naopak udržení HPV infekce v těle podporuje. Ženské tělo a jeho medikalizace je mými komunikačními partnerkami akceptována, především pak v souvislosti s reprodukčními orgány. Větší apel ve společnosti na ženskou část populace může být akceptován, ba dokonce vyžadován, s ohledem také na to, že to jsou právě ženy, od kterých se očekává, že porodí děti.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit jakým způsobem je konstruováno rodičovství a zodpovědnost za zdraví dcer v souvislosti s pohlavně přenosnou nemocí, rakovinou děložního čípku. Zároveň jsem zjišťovala, jak a zda v souvislosti s rakovinou děložního čípku dochází k odlišné formě prevence a péče o (reprodukční) zdraví. Práce vycházela z konceptu biologického občanství, které jak se ukázalo na jedné straně má za cíl udržet populaci zdravou, na druhé straně se však podílí na ustavování a reprodukci sociálních, ekonomických, genderových, rasových a jiných nerovností ve společnosti.

Kampaně ale i dotazované ženy konstruovaly zdraví jako něco nesamozřejmé, o co se musíme starat. V důsledku velkého množství informací o zdraví a preventivních prohlídkách se musí utvořit nový pacient/pacientka, který si aktivně vyhledává informace a zvažuje rizikovost, tak jak o něm hovoří Nicolas Rose a Carlos Novas (Rose, Novas, 2005). Očkování v oblasti prevenci zdraví mělo své postavení. Ačkoli všechny participantky nevnímaly nepovinná očkování pozitivně, považovaly je za zbytečná či neúčinná, nepovinné očkování proti rakovině děložního čípku naopak za důležité v prevenci zdraví považovaly. Na nutnosti a důležitosti očkování se bezpochyby podílela i kampaň, která onemocnění vykreslovala jednak jako nebezpečné a často se vyskytující onemocnění, vytvářela tlak na osobní zodpovědnost a navíc skrze apel na rodiče si kampaň vytvořila větší etický imperativ. Vnímání očkování se však proměňovalo se získáváním nových informací, především u komunikačních partnerek, které své dcery nechaly očkovat těsně po zahájení kampaně, *Vše, co můžu*. Tyto ženy vnímaly, že neměly dostatek informací v počátku, a nemohly pořádně zvážit potenciální rizika a přínosy očkování.

Očkování proti rakovině děložního čípku je ukázkovým příkladem komodifikace zdraví. Zdraví nabývá finanční hodnoty a je možno na něm vydělávat. Právě přesunutí očkování do soukromé oblasti a vlastní zodpovědnosti se jevílo jako důležitý moment, který matky motivoval k tomu, aby dcery nechaly očkovat. Zároveň i fakt, že očkování si nemůže dovolit každý z důvodu (nejen) ekonomických nerovností, vytvářelo jakousi exkluzivitu produktu, kterou ženy chtěly dopřát svým dcerám. Kampaň, *Vše, co můžu*, pak velmi dobře vytvořila představu onemocnění rakoviny děložního čípku jako něčeho velmi častého. Jak se však ukázalo, nejedná se zdaleka o nejběžnější a nejnebezpečnější typ

rakoviny, který ženy ohrožuje. Spíše kampaň onemocnění zpropagovala, čímž si zajistila svou novou „klientelu“.

V souladu s obecným očekáváním, že jsou to primárně matky, které jsou „expertkami“ na výchovu dětí a s nimi vše související, bylo i rozhodnutí o vakcinaci především záležitostí matky, spíše nežli otce. Zajímavým momentem práce bylo, kdy se objevil mocenský aspekt mezi matkou, která rozhoduje, a dcerou, o které je rozhodováno. Ačkoliv ani jedna z dcer nebyla očkovaná proti své vůli, argument matek pro očkování byl i pro jistotu, že selže jiná forma ochrany, nebo její dcera se nebude chovat dostatečně zodpovědně v sexuálním životě, a tedy mohla by hrozit své zdraví. Očkování se tak stalo nástrojem kontroly dcer.

Zároveň rozhodnutí o očkování se podílelo na vytváření dobrého mateřství, a naopak dobré mateřství bylo definováno skrze očkování dcery proti rakovině děložního čípku. Ve chvíli, kdy ženy zpochybňovaly správnost rozhodnutí o očkování a obávaly se, že ohrozily životy svých dcer, docházelo ke zpochybňování jejich role jako dobré matky. Ačkoliv otcové nebyly součástí výzkumu, z rozhovorů vyplynulo, že to byly spíše ženy, které více řešily a uvažovaly o očkování. Zde se však nabízí prostor pro další výzkum, a zjistit, jakým způsobem se utváří otcovství, jakým způsobem otcové vnímají sebe v rozhodovacím procesu o vakcinaci dcer proti rakovině děložního čípku.

V poslední části se práce věnovala genderovým aspektům očkování. I přes fakt, že očkování je proti pohlavně přenosnému viru HPV, který je pohlavně přenosný (tedy ohrožuje všechny bez ohledu na pohlaví), je očkování nabízenou pouze dospívajícím dívkám a ženské populaci. Očkování a kampaň vznikaly v genderovaném prostředí a kampaň tak v sobě odráží společenské struktury a řád. Prevence viru HPV (rakoviny děložního čípku) byla konstruována odlišně v závislosti na genderu. Zatímco u dívek se preferovalo očkování, a následné gynekologické prohlídky, u chlapců se žádná prevence neočekávala. S ohledem na gender se tak vytváří, kdo je zodpovědný za zdraví. Jsou to dívky, které přebírají veškerou odpovědnost, a to i v případě, kdy muž je identifikován jako přenašeč. Muž je konstruován jako přenašeč, ale nikdo nečeká, že bude zodpovědný. Zodpovědná má být dívka, která se před potenciální hrozbou chlapce bude chránit.

Smutné zjištění je to, že HPV vir může uškodit i mužské části populace, tedy mluvení o viru pouze v souvislosti s dívkami a odkazem k děložnímu čípku, tento problém zneviditelňuje. Podobně i například v České republice neexistuje oficiální statistika na

rakovinu prsu u mužů, ta se vede výhradně v souvislosti s ženami (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015). Podobně i Lochlain S. Jain poukazuje na to, že u mužů se mluví především o testikulární rakovině u žen pak o rakovině prsu, nicméně fakt, že i muži umírají na rakovinu prsu, a dokonce riziko úmrtnosti na rakoviny prsu u muže je vyšší, než na testikulární rakovinu (Jain, 2013).

I tento výzkum má však své limity a nelze jej nijak generalizovat. Výzkum se nijak nevěnuje dopadu na neheterosexuální identity, či vnímání očkování neheterosexuálními rodiči. Zároveň vzhledem k mým komunikačním partnerkám, jejich postavení uvnitř společenské struktury, mi neumožnilo se věnovat více nerovnostem, které jsou způsobeny například třídními či rasovými nerovnostmi.

Použité zdroje

- Adams, Vincanne. 2010. „Against Global Health?“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality.* New York and London: New York University Press.
- Bártlová, Sylva; Mutulaj, Stanislav. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny.* Martin: Vydavatelstvo OSVETA.
- Beck, Ulrich. 2011. *Riziková společnost.* Praha: SLON.
- Berlant, Lauren. 2010. „Obesity and „Health““. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality.* New York and London: New York University Press.
- Bayer Weimar GmbH & Co. KG. 2016. *Příbalová informace: informace pro uživatelky Jeanine 2 mg/0,03 mg obalené tablety.*
- Carpenter, Laura M.; Casper, Monica J. 2009. „A Tale of Two Technologies. HPV Vaccination, Male Circumcision, and Sexual Health.“ *Gender and Society*, Vol. 23 No. 6: 790 – 816.
- Caseldine – Bracht, Jennifer. 2010. „The HPV Vaccine Controversy: Where Are the Women? Where Are the Men? Where Is the Money?“ *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Vol. 3 No. 1: 99 – 112.
- Conrad, Peter. 2005. „The Shifting Engines of Medicalization.“ *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46 No. 1: 3 – 14.
- Davis, J. Lennard. 1995. *Enforcing normalcy: Disability, deafness and the body.* New York: Verso.
- Elliott, Carl. 2010. „Pharmaceutical Propaganda“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality.* New York and London: New York University Press.
- Elo, Satu; Kyngäs, Helvi. 2007. „The qualitative content analysis proces.“ *JAN Research Methodology*, Vol. 62 No. 1: 107 – 115.
- Fausto-Sterling, Ann. 1997. „How to Build a Man“. Pp. 244-248. In Micaela Di Leonardo, Roger N. Lancaster, eds. *The gender/sexuality reader: culture, history, political economy.* New York: Routledge.
- Flick, Uwe. 2009. *An Introduction to Qualitative Research.* London: SAGE Publications.
- Foucault, Michel. 1978. *The History of Sexuality. Volume I: An introduction.* New York: Pantheon Books.

- Foucault, Michel. 1995. *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel. 2003. *Myšlení vnějšku*. Praha: Hermann a synové.
- Foucault, M. 2005. *Je třeba bránit společnost*. Praha: Filosofía.
- Foucault, Michel. 2008. *The Birth of Biopolitics. Lectures de Collège de France, 1978 – 1979*. New York: PALGRAVE MACMILLAN.
- Guest, Greg; Macqueen, Kathleen M.; Namey, Emily E. 2012. *Applied Thematic Analysis*. London: SAGE Publication.
- Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2014. „Postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí: případová studie krize důvěry v biomedicínské vědění.“ *Sociologický časopis*. Vol. 50, No. 2: 163-188.
- Hendl, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hrešanová, Ema; Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. “Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.” *Sociologický časopis*. Vol. 44 No. 1: 87 – 111.
- Chloe. 2013. *Příbalová informace: informace pro pacienta*.
- Illich, Ivan. 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – Zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
- Jain, S. Lochlann. 2013. *Malignant How Cancer Becomes Us*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- JANSSEN-CILAG s.r.o. Nedatováno. *Příbalová informace: Informace pro pacienta. EVRA 2%13 mikrogramů/24 hodin + 33,9 mikrogramů/24 hodin transdermální náplast*.
- Klein, Richard. 2010. „What is health?“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality*. New York and London: New York University Press.
- Kolářová, Kateřina. 2009. „Diskurs rizika v prevenci AIDS/HIV.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Vol. 10, No. 1: 16 – 25.
- Kolářová, Kateřina. 2011. „Homosexuální „asociál“ a jeho zavirované tělo: vir HIV a nemoc AIDS v socialistickém diskurzu (Československo 1983 – 89).“ In Pavel Himl, Jan Seidl, Franz Schindler (Eds.). *Miluji tvory svého pohlaví. Homosexualita v dějinách a společnosti českých zemí*. Praha: Argo.
- Kotýnková, Magdalena. 2000. „Rozsah a průběh sociálního vyloučení v české společnosti.“ *Sborník Fakulty sociálních studií brněnské univerzity*. 2000. Vol 5: 93 – 103.

- Lane, Christopher. 2010. „The Strangely Passive-Aggressive History of Passive-Aggressive Personality Disorder“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality*. New York and London: New York University Press.
- Lebesco, Kathleen. 2010. „Fat Panic and the New Morality“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality*. New York and London: New York University Press.
- Mamo, Laura; Epstein, Steven. 2014, „The pharmaceuticalization of sexual risk: Vaccine development and the new politics of cancer prevention“ *Social Science and Medicine*, Vol. 101: 155 – 165.
- Mara, Miriam; Scott, J. Blake. 2010. „Spreading the (Dis)ease: Gardasil and the Gendering of HPV.“ *Feminist Formation*, Vol. 22 No. 2: 124 – 143.
- Marešová, Pavlína. Nedatováno. „Co by měly ženy znát o rakovině (karcinomu) děložního čípku.“ *Liga proti rakovině Praha*, 1-13.
- Morrow, R. A. (1994). *Critical theory and methodology*. London: SAGE Publications.
- Mouková, Lucie. 2017. *Karcinom děložního hrdla*. Masarykův onkologický ústav: 1 - 18.
- Parusniková, Zuzana. 2000. „Biomoc a kult zdraví.“ *Sociologický časopis*, Vol. 36 No. 2: 131 – 142.
- Petryna, Adriana. 2004. „Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl – Exposed Populations.“ *OSIRIS*, Vol. 19: 250 – 256.
- Reinharz, Shulamit (1992). *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press.
- Ramazanoglu, Caroline; Holland, Janet. 2004. *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE Publications.
- Roberts, Dorothy. 2010. „Immorality of Health in the Gene Age“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality*. New York and London: New York University Press.
- Rose, Nikolas. 2001. „The Politics of Life Itself.“ *Theory, Culture and Society*, Vol. 18 No. 6: 1 - 30.
- Rose, Nikolas; Novas, Carlos. 2005. „Biological Citizenship.“ Pp. 439 – 463 in Aihwa Ong, Stephen J. Collier. *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden: Blackwell Publishing.

- Sarontoji, N B; Sandhya, Siriniv Asan; Madha, Vi Y; Srniv, Asan S; Antali, Sheno. 2010. „The HPV Vaccine: Science, Ethics and Regulation.“ *Economic and Political Weekly*, Vol. 45 No. 48: 27 – 34.
- Siebers, Tobin. 2010. „In the Name of Pain“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. *Against Health. How health became a New Morality*. New York and London: New York University Press.
- Singh, Yogendra; Shah, Aarti; Singh, Meeta, (eds.). 2010. „Human Papilloma Virus Vaccination in Nepal: An Initial Experience.“ *Research Communication*. Vol. 11: 615 – 617.
- Sontag, Susan. 1978. *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Stránský, Jiří. 2017. „Farmaceutický trh v ČR a jeho vývoj v roce 2016 z pohledu firem.“ *Zdravotnický deník*. [online] [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/farmaceuticky-trh-cr-vyvoj-roce-2016-pohledu-firem/.
- Sůvová, Zuzana. Nedatováno. „POVINNÉ OČKOVÁNÍ Z POHLEDU ZÁKONA O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ“. Jelínek advokátní kancelář. [online] [cit. 11. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.advokatijelinek.cz/povinne-ockovani-zpohledu-zakona-o-ochrane-verejneho-zdravi.html>.
- Tanenbaum, Leora. 2008. „Slut! Growing Up Female With a Bad Reputation.“ In Spade, Joan Z.; Valentine, Catherine G. *The Kaleidoscope of Gender. Prism, Patterns, and Possibilities*. London: SAGE Publications.
- Tinková, Daniela. 2014. „Biomoc a „medikalizace společnosti jako rysy modernity.“ *Antropowebzin*, Vol. 3 – 4: 107 – 118.
- Tomljenovic, Lucija; Shaw, Christopher A. 2012. „Too Fast or Not Too Fast: The FDA’s Approval of Merck’s HPV Vaccine Gardasil.“ *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Fall: 673 – 681.
- Thompson, Marie. 2010. „Who’s Guardina What? A Poststructural Feminist Analysis of Gardasil Discourses“. *Health Communication*, Vol. 25: 119 – 130.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2006. *Novotvary 2006 ČR*.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2015. *Novotvary 2015, tabulková část*.
- Vakciny.net. 2017. [online][cit. 18. 3. 2018]. Dostupné z: http://www.vakciny.net/PORADNA/Temata/P_HP.V.htm.
- Vojenská zdravotní pojišťovna. Nedatováno. [online][cit. 18. 3. 2018] Dostupné z: <https://www.vozp.cz/programzdravi>.

- Všeobecná zdravotní pojišťovna. Nedatováno. [online][cit. 18. 3. 2018] Dostupné z: <https://www.klubpevnehozdravi.cz/ockovani/>.
- Wolf, Joan B. 2010. „Against Breastfeeding“. In Metzl, Jonathan M; Kirkland, Anna. Against Health. How health became a New Morality. New York and London: New York University Press.
- World Health Organization. 1948. Constitution of the World Health Organization. New York.
- Zákon č. 48/1997 sb. § 30 o veřejném zdravotním pojištění. [online][cit. 18. 3. 2018]. Dostupné z: <https://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/cast-5/platne-120401/>.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. [online][cit. 10. 5. 2018]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_258_2000.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Protokol rozhovoru s rodiči

1. Charakteristika rodičů
 - a. Věk
 - b. Rodinný stav
 - c. Počet dětí
 - d. Vzdělání
 - e. Zaměstnání
2. Co pro rodiče znamená zdraví?
 - a. Jakým způsobem bychom měli své zdraví chránit?
 - b. Jak vnímají svou odpovědnost za zdraví dětí?
 - c. Jak se o jejich zdraví starali jejich rodiče? Došlo k nějaké změně? Pokud ano, v čem tu změnu vidí?
3. Jak se rodiče staví k očkování obecně?
 - a. Rozlišují očkování povinná a nepovinná?
 - b. Proč jsou pro/proti?
4. Jaké informace rodiče mají k rakovině děložního čípku?
 - a. Kde a jak rodiče získali informace o očkování proti rakovině děložního čípku?
 - i. Museli si informace vyhledávat sami? Pokud ano, co bylo primární motivací? Odkud se bere jejich zájem?
 - ii. Proti jakým dalším nemocem nechali své děti očkovat? Proč právě toto očkování a ne další (třeba klíšťová encefalitida, kontrolují platnost dalších očkování? Např. tetanus)?
 - b. Co to pro ně jako rodiče znamená, že toto očkování mohou svým dětem dopřát?
5. Jakým způsobem se rodiče staví k očkování proti rakovině děložního čípku a co o něm vědí?
 - a. Proč vnímají očkování jako (ne)přípustné?
 - b. Mají informace proti čemu přesně očkování je a komu je určeno?
 - c. Jaké informace mají o rakovině děložního čípku a viru HPV?
6. Co rodiče přesvědčilo, aby nechali své dítě (ne)vakcinovat?

- a. Jaké faktory mohou vstupovat do procesu rozhodování – kampaně, lékaři, rodina a známí atd. a jakým způsobem do procesu rozhodování tyto faktory zasahují?
 - b. Řešili rodiče nějaké konfliktní momenty okolo rozhodování o vakcinaci?
 - i. Jak vnímají současné kritické diskuze kolem očkování?
 - c. Jakým způsobem do procesu rozhodování zasahují děti, které mají být očkované?
 - d. Je pro rodiče očkování dostupné? Jak finančně náročné to je? Jak zajišťovali finance na toto očkování, znamenalo to velký zásah do financí rodiny?
 - e. Necháávají očkovat všechny svoje děti?
 - i. Pokud ne, proč?
7. Jestliže rodiče nechají očkovat své dítě, jakou funkci očkování plní? Zohledňují i jinou formu prevence?
- a. Antikoncepce?
8. Jak rodiče zohledňují informaci, že se jedná o pohlavně přenosnou nemoc, a vědí to vůbec?
- a. Je rakovina děložního čípku rodiči konstruována podobně jako například onemocnění AIDS?
 - a. Proč ano, proč ne? V čem je to jiné/podobné?
9. Mají rodiče nějaké otázky, témata, které považují za důležitá, ale nebyla diskutována v rámci interview?