

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra Genderových studií

Bc. Nikola Žáková

**Konstrukce „zdraví“ v biomedicínském
diskurzu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Kateřina Kolářová, PhD.**

Praha 2014

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

Nikola Žáková

Poděkování

Mé hlavní poděkování náleží mé mentorce doktorce Kateřině Kolářové, která mne svými podnětnými komentáři vedla za hranice mého běžného uvažování. Dále bych ráda poděkovala doktorce Jaroslavě Hasmanové Marhánkové za její ochotu být mi v případě nouze nápomocnou. V neposlední řadě děkuji své rodině za stabilní zázemí, Pavlovi za přetrpění mých psacích neuróz a za neocenitelnou podporu Kláře Horákové.

Děkuji!

OBSAH

ABSTRAKT	5
1. ÚVOD	7
2. DIABETES MELLITUS 2. TYPU A HEPATITIDA B, C	9
2.1 Diabetes mellitus 2. typu.....	9
2.2 Virové hepatitidy	10
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
3.1 Biomoc a disciplinace	14
3.2 Medikalizace společnosti	16
3.3 Zdraví, nemoc, prevence.....	19
3.4 Genderové aspekty v rámci medicínského diskurzu.....	26
4. METODOLOGIE	29
4.1 Výzkumné otázky	29
4.2 Metody sběru dat.....	30
4.3 Výběr primárního materiálu.....	31
4.4 Analýza dat	33
4.5 Vlastní lokace a pozicionalita	35
5. ANALYTICKÁ ČÁST	37
5.1 Zdraví, nemoc a prevence v kontextu „diabetu 2. typu“ a „hepatitidy B, C“	39
5.1.1 Epidemiologické hledisko „diabetu 2. typu“ a „hepatitidy B a C“	51
5.1.2 Shrnutí.....	58
5.2 „Riziko“ a odpovědnost v kontextu (neo)liberální společnosti	60
5.2.1 Rutinní diagnostika, vakcinace v diskurzu rizika a zodpovědnosti	64
5.2.2 Individuální versus kolektivní tělo: kdo je ohrožen.....	67
5.2.3 Shrnutí.....	69
5.4 Zneviditelňování žen a konstrukce sexuality v medicínských textech	71
5.4.1 „Rizikové skupiny“ a stigma	75
5.4.2 Shrnutí.....	78
6. ZÁVĚR	80
POUŽITÁ LITERATURA	82
POUŽITÉ ZDROJE K ANALÝZE	86

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu biomedicínských kategorií „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“. Cílem práce je zjištění, jakým způsobem jsou tyto kategorie užívány v rámci dvou případových studií „diabetu mellitu 2. typu“ a „hepatitidy B, C“ v časových úsecích 1989-1990, 1995-1996, 2002-2003, 2006-2007. „Zdraví“ je v současnosti pojímáno jako „norma“, kterou bychom se měli snažit naplňovat. Ustavování tohoto normativního očekávání je v analyzovaných člancích popisováno skrze zmíněné koncepty a skrze působení diskurzu rizika a odpovědnosti jednotlivce jak za své zdraví, tak i za zdraví celého společenství. Skrze disciplinaci ze strany medicíny a vlastní sebe-disciplinaci pak dochází k tomu, že jedinec neustále sleduje své zdraví a své jednání staví na kalkulaci možných „rizik.“ Na základě obsahové a diskurzivní analýzy vybraných článků z renomovaného *Časopisu lékařů českých* je zkoumáno to, jakým způsobem jsou skrze instituci medicíny ovlivňovány životy jedinců ve společnosti.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, prevence, riziko, biomoc, (sebe)disciplinace

ABSTRACT

This thesis focuses on the analysis of biomedical categories of “health”, “illness” and “prevention”. The aim is to determine how these categories are used in two case studies – “diabetes melitus 2” and “hepatitis B, C” – in the periods 1989-1990, 1995-1996, 2002-2003, 2006-2007. “Health” is currently conceived as a “norm” that we should strive to meet. Through categories of “health”, “disease”, “prevention” and through the action of the discourse of risk and individual responsibility (for health of ourself and also for the health of the entire community), is described how the normative social expectations about health are shaped in the medical articles. We constantly monitor our health and we

manage our behavior according to the potential “risks”. This thesis examines how the institution of medicine influences the lives of individuals in society, on the basis of content analysis and discourse analysis of case studies from the renowned medical journal *Časopis lékařů českých*.

Keywords: health, disease, prevention, risk, biopower, (self)disciplining

1. ÚVOD

Předkládaná diplomová práce představuje kritický vhled do oblasti biomedicíny, která formuje lidské myšlení a jednání, a to skrze působení specifických technologií moci. Záměrem bylo zkoumat to, jakým způsobem funguje diskurz rizika, jak je propojen s medicínskými pojmy „zdraví“ a „nemoci“ a jakým způsobem spolupracuje s preventivní politikou v oblasti disciplinace a sebe-disciplinace jedinců. Rámec výzkumu utváří dvě případové studie, kterým prozatím nebyla v českém kontextu věnována větší pozornost.

Jedná se o diabetes mellitus 2. typu, u nás známý pod nepřesným názvem cukrovka 2. typu; a o hepatitidu B a C (neboli žloutenku B, C). Časové období, ze kterého jsou medicínské články vybrány, vychází ze dvou specifických historických milníků, jež jsou datovány ke stejnému roku 1989. První se týká politického převratu v kontextu naší republiky, kdy dochází ke změně režimu a otevírání „hranic“ na „západ“. Druhý milník se týká medicínského „objevu“ konkrétního původce hepatitidy non-A non-B, jež je v tomto roce pojmenován jako hepatitida C.

Tato práce je (s výjimkou úvodu) rozčleněna na pět hlavních celků. První představuje stručný vhled do medicínské charakteristiky zkoumaných onemocnění. Tato část slouží k tomu, aby se čtenářky a čtenáři seznámili s tím, jak je v současnosti diabetes 2. typu a hepatitida B, C charakterizována lékařskou vědou.

Druhá část představuje teoretickou debatu, jež se vztahuje k disciplinaci těla, medikalizaci společnosti, pojmání a definování zdraví v současné společnosti a působení rizikového diskurzu. Tyto základní koncepty rozšiřuji o otázku osobní odpovědnosti a autonomie v kontextu (neo)liberálních principů svobody, což je jednou z problematik, které se věnuji v analytické části. Medicína, obdobně jako další vědecké disciplíny, byla ustavována především muži v duchu androcentrismu. Zajímám se o to, jak je v textech konstruován gender a sexualita, a také o to, zda jsou koncipována některá témata jako „ženská“ a jiná jako „mužská“.

Metodologická část, která následuje, propojuje teoretickou debatu s konkrétním vytvořením výzkumných otázek. Na základě obsahové a diskurzivní analýzy jsou otázky aplikovány na zvolený primární materiál z renomovaného *Časopisu lékařů českých*.

V této části není opomenuta má lokace a pozicionalita, v níž jsou uvedeny hlavní vlivy nejenom na výběr tématu diplomové práce, ale i na mou badatelskou pozici.

Teoretický kontext a analýza strukturují předposlední empirickou část, která je rozčleněna do několika témat. Nejprve se věnuji konceptům „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“ v souvislosti s články o diabetu 2. typu a hepatitidy B, C. Medicína v obou případech pracuje s epidemiologickým hlediskem, které v nich funguje rozdílně, s čímž souvisí i rozdílné pojmání prevence.

Politika prevence pracuje s konceptualizací „rizika“, které ačkoli nemusí mít reálný základ, má skutečný dopad na to, jak lidé zacházejí se svým tělem. V kontextu prevence se zajímám o problematiku odpovědnosti a individuální svobody, přičemž nejde netematizovat vztah individuálního a kolektivního těla. Přes otázku, kdo je v tomto vztahu ohrožen, se dostávám až ke konceptu stigmatu, jemuž se věnuji v poslední kapitole. V závěru shrnuji nejdůležitější zjištění mého výzkumu.

2. DIABETES MELLITUS 2. TYPU A HEPATITIDA B, C

Tuto kapitolu jsem se do práce rozhodla vložit z důvodu, že každý nemusí mít nutně povědomí o základních charakteristikách těchto dvou zvolených onemocnění. Vycházím ze dvou knih *Cukrovka od A do Z: Co potřebujete vědět o cukrovce – jednoduše a srozumitelně* (2003) a *Co je virová hepatitida? 115 receptů pro zdravé i nemocné* (1999), které jsou samy výsledkem práce lékařů a lékařek, tudíž i tato kapitola je psána v biomedicinském jazyce. Přestože zde koncepty neproblematizuji, neznamená to, že se všemi vyjádřeními a formulacemi souhlasím. Obě knihy mají za cíl sloužit jako úvodník k daným onemocněním, proto i jejich jazyk se snaží být přístupný „laické/mu“ čtenáři/i.

2.1 Diabetes mellitus 2. typu

Při onemocnění diabetem 2. typu si tělo nevytváří dostatečné množství inzulínu či má potíže s jeho využitím. Pokud není v těle dostatek inzulínu, buňky nedokáží využít cukr z krve a přeměňovat jej na energii. Cukr tak zůstává v krvi, což může mít postupně za následek poškození očí, ledvin, nervů i srdce. Přestože lékaři/ky nevědí, čím je diabetes 2. typu způsoben, je charakterizován jako dědičné onemocnění.

Člověk s diabetem 2. typu si sice může aplikovat inzulín, ale jeho život na tom nezávisí. Důležitou informací k diabetu 2. typu je, že není vyléčitelný, přesto existují způsoby, které mohou pomoci fungování organismu. Mezi tyto aktivity patří například dieta a pravidelné cvičení (Americká diabetická společnost 2003: 20-23).

2.2 Virové hepatitidy

Pro individuální možnost srovnání hepatitidy B a C rozdělují informace do menších odstavců. Na základě tohoto srovnání jsem se rozhodla tyto dvě hepatitidy zkoumat dohromady. Dalším důvodem pro mé rozhodnutí byla i skutečnost, že v rámci analyzovaného *Časopisu lékařů českých* bylo v některých článcích pojednáváno o hepatitidě B a C také dohromady. Virové hepatitidy jsou obecně nakažlivá onemocnění, která jsou způsobena virem napadajícími játra.

Hepatitida typu B je charakterizována parenterálním přenosem, tzn. krví či krevními deriváty, pohlavním stykem, užíváním nesterilních injekčních jehel, či z matky na dítě při porodu nebo krátce po něm. Toto onemocnění může přecházet do chronické fáze. V současnosti je vyvinuta vakcína proti hepatitidě B.

Hepatitida typu C je šířena krví, prostřednictvím nesterilních infekčních jehel, nebo z matky na dítě. Jako méně častá cesta šíření je charakterizován přenos pohlavním stykem. Přechod do chronické fáze je běžný. Zatím neexistuje vakcína proti hepatitidě C (Krekulová, Řehák 1999: 9-13).

3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Zdraví je něco, o co se staráme a na co si dáváme pozor. Je to také něco, co přejeme známým k jejich narozeninám či jmeninám. Je to něco, čím je náš život prostoupen. V naší kultuře se rozvinul tzv. healthismus, který považuje zdraví za „normalitu“. Diskurz zdraví se v rizikových společnostech proměňuje (Parusníková 2002: 131). Hlavní vliv na tyto změny má formování režimu biomoci (Foucault 1999).

Současný medicínský diskurz, který se zformoval v „moderních“ západních společnostech, se stal autoritativním určovatelem nových oblastí vlivu, jehož úkolem bylo také definování „tradičního“ chování v novém medikalizovaném psychologicko-patologickém jazyce. Monopol lékařství na poskytování zdravotních služeb vytváří z vědecké medicíny dozorce tzv. „gatekeepery“ nemoci, zdraví, života a smrti (Alexias 2008: 168).

Medicína patří mezi klíčové vědy o člověku, je důležitou institucí, v níž je realizována moderní představa o vědecko-technickém pokroku a profesionalizaci, přičemž medicínské vědění má silnou moc jak nad představami o individuálních tělech/lidech, tak nad správou, kontrolou a normalizací společnosti (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 89). „Idea zdraví se stala imperativem moderní společnosti, ve které je zakotvena jako součást projektu racionálního zdokonalování člověka.“ (Šlesingerová 2003: 122) Medicína může být tedy definována jako forma sociálního jednání, které zasahuje a determinuje kolektivní sociální jednání (Alexias 2008: 167). Lékaři/ky a další zaměstnaní/é ve zdravotnictví nám zprostředkovávají představy, jež směřují k sociálnímu jednání, které je směřováno k naplnění „normy“ zdraví. S neustálým přílivem nových technologií a lékařských přípravků, které nám zdravotníci/ce, zdravotnické firmy a také média nabízí, dochází k medikalizaci společnosti a k uplatňování biomoci na těla jedinců. Je tak důležité začít analyzovat prostřednictvím jakých způsobů a kategorií působí biomoc, abychom byli schopni pochopit mechanismy, které nás ovlivňují.

Cílem této práce je analýza konceptů „zdraví“, „nemoci“, „prevence“ a popřípadě dalších pojmů, se kterými pracuje biomedicínský diskurz, čímž se nám, doufám, otevře prostor pro analýzu toho, jak jsou skrze lékařské kategorie ovlivňovány životy jedinců,

potažmo celá společnost. Jako primární materiál mi poslouží u nás respektovaný *Časopis lékařů českých*, v jehož rámci budu kvalitativně analyzovat a komparovat dvě případové studie – hepatitidu B, C a diabetes mellitus 2. typu – v několika vybraných časových úsecích. Komparace může být totiž přínosná pro komplexnější uchopení zmíněných konceptů v rámci medicíny, může nám ukázat, zda kategorie „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“ jsou v případě diabetu 2. typu a hepatitidy B, C ustavovány stejně či rozdílně. Skrze koncept biomoci pak můžeme v případě rozdílností zjistit i to, jak se odlišují různé formy disciplinace těl v rámci zvolených případových studií.

V této části práce představím teoretický kontext a koncepty, ze kterých vycházím v následující analýze. Nejprve se zaměřuji na vysvětlení „biomoci“ a „disciplinace“, s čímž pracuje Michel Foucault ve 2. polovině 20. století. Na něj navazuje řada teoretiků a teoretiček. Významnou prací 70. let, týkající se medikalizace společnosti, je *Nemesis medicíny*¹ od Ivana Illicha (2012), ve které představuje myšlenku, že se naše společnost dostává do stavu, kdy se jednotlivci podřizují medicínskému pokroku a technologiím. Tím se zabývá i Peter Conrad (2005), ten však nenahlíží na medikalizaci pouze jako na problematiku, která působí čistě shora, ale ukazuje, že i my sami aktivně podporujeme medikalizaci našich životů. Příkladem může být kosmetický průmysl, který ekonomicky prosperuje z touhy lidí po tom, upravit a „vylepšit“ své tělo.

Následně se zaměřuji na to, jakým způsobem se v rámci legislativy naší republiky pracuje s pojmem „zdraví“, který není pouhou individuální záležitostí, ale i veřejnou. Od tohoto se přesouvám k popisu ustavování „zdraví“ jakožto „normy“ ve společnosti skrze sebe-disciplinaci, ke které nás mimo jiné vede politika prevence. V neposlední řadě se zaměřuji, jak v rámci medicíny funguje koncept „rizika“, kterému se věnuje například Deborah Lupton (1997). Ta uvádí, že lékařství nám v současnosti předkládá celou řadu „rizik“, jež jsou spojena s různými oblastmi našeho života. S možnými „riziky“ v životě kalkulujeme a následně podle nich i jednáme. V následné analýze jsem se tak zaměřila i na zkoumání otázky, jakým způsobem se s konceptem „rizika“ zachází konkrétně v kontextu diabetu 2. typu a hepatitidy B a C?

V poslední části teoretického úvodu jsou sledovány genderové aspekty, jež souvisí s medicínou jako takovou a s jejím zacházením s jednotlivci. Věda – tedy i medicína – je prezentována jako androcentrická instituce, kdy i lékařská profese byla nejprve ustavována jako „mužská“. Objektem jejich zájmu byla však „ženská“ těla, jakožto ta

¹ První vydání bylo publikováno v Londýně v roce 1974 (Illich 2012).

„jiná“ k jejich vlastním tělům (Jacobus, Keller, Shuttleworth 1990; Bártlová, Matulay 2009). Odlišné zacházení lékařů a dnes i lékařek s „mužskými“ a „ženskými“ těly, může ovlivňovat to, jakým způsobem k těmto našim tělům přistupujeme, a tedy i to, jak jednáme. Tak tedy i na závěr své analýzy se zaměřím na to, zda jsou skrze zvolené texty o hepatitidě B, C a diabetu 2. typu chápána naše těla rozdílně v závislosti na genderu.

3.1 Biomoc a disciplinace

V 17. a v 18. století se objevuje, slovy Foucaulta „je vynalezena“, nová mocenská mechanika, která se vztahuje především na těla, jejich „vitální“ a reproduktivní kapacity a na to, co činí. Jde o „disciplinární“ moc (Foucault 2005: 47). Ta se formuje na úkor mocenského modelu suverenity, který vycházel ještě z panovnické struktury státu. Nová moc – biomoc – se obrací k tělu a životu.

Tato moc nad životem se vyvíjela ve dvou vzájemně propojených proudech. První se formuje anatomo-politika lidského těla, která se při svém rozvoji soustředí na tělo jako stroj. Jde o jeho výcvik, zvyšování jeho schopnosti, užitečnosti i poslušnosti a také o jeho integraci do systémů administrativní a ekonomické kontroly. To vše zajišťují disciplíny těla. Druhý proud se soustředil na tělo-prostor, tedy na tělo prostoupené mechanikou živého a sloužícího jako podklad biologických procesů (plodnosti, úmrtnosti, zdravotního stavu, atp.), přičemž jejich působení je vykonáváno celou sérií intervencí a regulativní kontroly. Jde o bio-politiku populace, kolem níž a také kolem anatomo-politiky lidského těla se rozvíjí moc, jejíž cílem je prosazovat život.

V 18. století se tyto proudy jeví odděleně, kdy na jedné straně – disciplín – jsou instituce jako armáda či škola, a na straně druhé – regulace populace – je demografie, odhadování vztahů mezi zdroji a obyvatelstvem či životů a jejich pravděpodobného trvání. S rozvojem rozmanitých disciplín a demografických charakteristik, údajů i veřejného zdraví na poli praktické politiky a ekonomie, se rozvíjí početné techniky, které se pokouší zajistit podrobení těla a kontrolu populace, čímž nastává éra biomoci. Tyto proudy se propojují v rámci formování různých diskursů ve společnosti, velkým tématem pro Foucaulta je v tomto ohledu dispozitiv sexuality (Foucault 1999: 162, 163), a propojují se i na poli medicíny, kde – jak si vysvětlíme níže – je skrze tělo jednotlivce kontrolována v podstatě celá populace, respektive jsou zde tendence směrem k celospolečenské kontrole. Jakmile se však život stává objektem biomoci, objevují se i formy rezistence vůči působení této moci, která se jej pokusila kontrolovat (Deleuze 2003: 130-131). V současné době se například v České republice řeší problematika vakcinace, jejíž odmítání může být chápáno právě jako projev rezistence vůči lékařské kontrole (Hasmanová Marhánková 2014).

Tyto procesy se však nedějí ve vzduchoprázdnu, ale na pozadí politických systémů. Podle Foucaulta je tento nový typ moci jedním ze základních nástrojů vzniku průmyslového kapitalismu (Foucault 2005: 47). Kapitalismus mohl být totiž zabezpečen pouze na úkor kontrolovaného zapojení těla do aparátu produkce a za pomoci přizpůsobení fenoménů populace ekonomickým procesům (Foucault 1999: 163). Ekonomická racionalita zasahuje do všech oblastí života lidí, přičemž mezi oblastí, které jsou touto státní politikou zasaženy, patří i medicína. Industriální masová produkce a marketing souvisí s růstem sociálních očekávání a konformitou, důvěrou v technologický pokrok a vírou v konzumní práva, jakožto základ pro volný obchod a demokracii. Ekonomická prosperita je považována za důležitou součást fungování státu, ovšem zároveň se předpokládá, že tuto prosperitu ohrožují odlivy financí, které jsou směřovány chudým lidem, etnickým menšinám, ale i starším lidem a lidem s „postižením“ (Hartmann 2007: 3). To v nás může vyvolávat jisté znepokojení, jelikož tito lidé mohou být považováni za „ohrožující“ tuto prosperitu státu a celkově prospěch společnosti. V následující části se tedy blíže podívám na medikalizaci společnosti, která souvisí s ekonomickou oblastí lékařství, respektive lékařských a farmaceutických společností. Skrze medikalizaci se lidé dozvídají o lékařských možnostech, které jsou jim předkládány tak, aby je chtěli využívat. „Zdraví“ se stává komoditou a lidé konzumenty/kami a podporovateli trhu se „zdravím“.

3.2 Medikalizace společnosti

Ivan Illich tvrdí, že je naše kultura medicinalizována, přičemž tradiční rámec obyčejů, který se může v případě osobního cvičení ctnosti hygieny stát vědomým, je postupně omezován mechanickým systémem a lékařským kodexem, kterým se jednotlivci podrobují instrukcím a který vychází od hygienických dozorců. Medicinalizace produkuje byrokratický program, jenž je založen na popírání potřeby každého člověka vyrovnat se s bolestí, nemocí a smrtí (Illich 2012: 93). Illich vnímá medicinalizaci převážně skrze negativní optiku. Podle jeho názoru profesionální dohled nad medicínou dosahuje rozměrů „epidemie“ a sám medicínský „establishment“ se stal nebezpečím pro „zdraví“. Své tvrzení podkládá tím, že se diskuse o této „chorobě“ medicínského pokroku dostala do programů samotných lékařských konferencí (Illich 2012: 27).

Podle Petera Conrada znamená proces medikalizace neboli též medicinizace definování problému v lékařských termínech (Conrad 1992: 211). Dle něj se v 80. letech 20. století odehrály v medicínském vědění a organizaci určité změny. Do centra medicínské a veřejného diskurzu „nemoci“ a „zdraví“ se dostala genetika. Podle něj také došlo k posunu toho, co řídí medikalizaci směrem k biotechnologiím, zákazníkům a řízené péči. Pacienti/ky jsou tak vnímáni/ané jako potenciální konzumenti. Doktoři ale stále fungují jako „gatekeepereři“, přestože jsou podřízeni těmto novým medikalizačním procesům (Conrad 2005: 3-4).

Oblast lékařství je v současnosti přivlastňována komerčními mechanismy a zdraví se stalo samostatným novým trhem a výnosným průmyslem (Parusníková 2002: 131). Průmyslový rozvoj tohoto medicínské podnikání nám nabízí možnost boje proti všemu utrpení, čímž dochází k oslabování schopnosti jednotlivců čelit například bolesti či smrti (Illich 2012: 91). My sami se tak stáváme jedním z nejdůležitějších hráčů v medicínském systému, když si jako konzumenti vybíráme z nám dostupných farmaceutických produktů a služeb (Conrad 2005: 8). Sami podporujeme nadvládu medicíny nad našimi životy. Naše tělo se stává projektem, který je nutno předělat a upravit, a medicína se stává tím, kdo tento projekt vylepší. Tělo je tak též medikalizováno, příkladem je celý kosmetický průmysl (Conrad 2005: 8), který se nás snaží různými postupy upravit tak, abychom vyhovovali určité představě „zdravého“ jedince, „zdravého“ těla. Ne všichni nebo spíš téměř nikdo se zcela nevyrovná této utopické představě, což může vyvolávat i určité

formy rezistence vůči medicínským praktikám, jak říká Ivan Illich: „Krise důvěry v moderní medicínu se vznáší nade vším.“ (Illich 2012: 28) Pokud se medicína stává objektem kritiky, je to většinou v oblasti, kde medicína zakrývá, že vytváří nějaké znepokojení, např. genetická manipulace. Navíc medicína málokdy veřejně prezentuje rizika, jež sama vytvořila (Lupton 1997: 104). Příkladem je eugenická praxe, která nebyla otázkou jen nacistického Německa, ale v určitých oblastech zasahuje i do dneška.

„Ideální norma v kontextu západního modernistického diskurzu vyžaduje, aby naše těla byla celá a úplná, aby byla předvídatelná a pod naší kontrolou, a především aby byl 'vtělený' subjekt autonomní.“ (Shildrick 2011: 192) Pokud tomuto jedinec neodpovídá, společnost na něj vytváří nátlak směrem k normalizaci či potlačení „jinakosti“. „Vtělená jinakost“ v nás vyvolává nepříjemný pocit, což je způsobeno vlivem silných normativních očekávání, kdy „jinakost“ narušuje společenské tělo a je předpokládáno, že je nutné tuto „jinakost“ vyčlenit a udržet mimo toto sociální tělo (Shildrick 2011: 191, 192). To vše souvisí s tím, že individuální zdraví a tedy i zdraví celé společnosti se stalo základem civilizované produktivní společnosti, přičemž hlavní slovo v určování „zdravého“ způsobu života mají vědecky vzdělaní experti (Šlesingerová 2003: 122). Eugenická praxe byla vždy méně řízená domnělými fakty přírodní vědy než řadou explicitních a implicitních hodnotových soudů estetických i morálních a i současná biomedicínská rozhodnutí jsou pravděpodobně prováděna na základě kulturních hodnot o tom, která zdravotní „postižení“ jsou již netolerovatelná a měla by být eliminována. Hybnou silou v myšlence sociální čistoty a v eugenickém hnutí nejenom v Německu bylo (je) spojování „rasově“, sexuálně a fyzicky/mentálně „jiných“ s fyzicky znečišťujícími a morálně znehodnocujícími populaci určitých lidí, přičemž tato dehumanizace lidí s „postižením“ souvisí s jejich srovnáváním s normativním „ideálem“ (Shildrick 2009: 53, 55). Jestliže je v současné společnosti zdraví „normou, můžeme říct, že nemoc je tím, co může být chápáno jako „jiné“ a „nežádoucí“, v přeneseném významu i „postižené“. Ať už tedy hovoříme o diabetu 2. typu nebo hepatitidě B a C, lidé s těmito nemocemi mohou začít být vnímáni jako ti, co vyčnívají z „normy“, což na ně může mít své důsledky. V kontextu této práce mne zajímá, zda je s těmito onemocněními ve vybraných lékařských člancích pracováno jako s „jinými“, „postiženými“ či „nežádoucími“, a jakým způsobem k tomu dochází.

Jazyk biomedicíny, který formuje různé zkušenosti s nemocí, „jinakostí“ a smrtí, se pro mnoho lidí stal součástí jejich běžného života. Síla biomedicíny a biotechnologií je

ale konstantně reprodukována a není tak fixní a trvalá, nýbrž plastická (Haraway 1999: 203-204). V této práci se tak zaměřím na jednotlivé lékařské pojmy v současných lékařských člancích (od roku 1989), které samy v sobě mohou ukrývat jednotlivé mocenské prvky, jež vytváří celý mocenský diskurz kolem medicíny. Lidé pak prostřednictvím lékaře/ky a dnes skrze působení farmaceutických firem na poli reklam přebírají tento medicínský slovník a s ním i všechny jeho aspekty a důsledky. To uvádí i Sylva Bártlová a Stanislav Matulay. Medicínská iniciativa je rozvíjena nejen lékaři/kami či „sestrami“, ale i dalšími představiteli/kami nelékařských oborů, jako fyzioterapie, ergoterapie, farmacie, a velice výrazně právě i průmysl, který vyrábí nejrůznější doplňky lékařské praxe, zejména pak farmaceutické firmy propagují hegemonii lékařů/ek a zdravotnických postojů (Bártlová, Matulay 2009: 100).

3.3 Zdraví, nemoc, prevence

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (WHO 1948)²

„Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.“ (Zákon č. 258/2000 Sb. §2)

Definice zdraví se spolu s vývojem medicíny proměňovala. V průběhu 19. století byla patologie převládající disciplínou v klasifikaci anatomických anomálií a stejně jako nemoc i zdraví dostalo svůj klinický status a stalo se tak stavem absence klinických symptomů. Klinické standardy normality začaly být spojovány s pocitem blaha (Illich 2012: 111). „Zdraví“ se postupně formulovalo do podoby velice širokého pojmu. Koncepce, kterou v roce 1946 vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) je celkově trochu zavádějící, jelikož „zdraví“ pro jednoho může vlastně znamenat něco jiného než pro druhého. Navíc shledávám jako problematickou i část o „úplnosti“ zdraví či pohody, jelikož v současnosti je prezentováno na poli nejen medicíny, ale i médií tolik možných nemocí, neduhů a problémů, že při pohledu na tento výčet, se jedinec ztěží může cítit „úplně“ zdrav. WHO se sama od této definice zdraví postupně odklonila.

V návaznosti na Foucaultovo propojení jedince a populace (Foucault 1999), zde uvádím i příklad pojmání „veřejného zdraví“ v rámci zákonů v České republice. Tato definice pracuje se „zdravotním stavem“, ve kterém jsou obsaženy jak přírodní, životní a pracovní podmínky, tak i způsob života, který odkazuje k jedincům a jejich odpovědnosti za vlastní a tedy i veřejné zdraví. Podle této definice a podle Bártlové a Matulaye vzájemná interakce životního prostředí, lidského organismu a způsobu života jedince přispívá k tomu, zda se jedinec cítí být zdravý či nemocen (2009: 86), ale i k tomu, zda je takový i stav společnosti. Uvažujeme-li tímto způsobem o zdraví, můžeme i nemoc definovat více zešíroka, ne jen jako pouhý opak zdraví. Nemoc totiž není jen souborem

² Definice zdraví vytvořená Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1946, ratifikována v rámci Konstituce WHO v roce 1948. Dostupné z: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> (cit. 8. 5. 2014)

symptomů. Je to kulturní produkt, který je formován jak politickými, ekonomickými a sociálními faktory, tak i historickým vývojem (Craddock 2000: 164). Ovšem „slovníkové“ definice nemusí odpovídat a pravděpodobně ani zcela neodpovídají tomu, jak sám jedinec vnímá své zdraví a co považuje za příčinu či původ toho, že tohoto stavu nedosahuje. Zdraví a nemoc tak můžeme chápat jako binární opozice, které nemají stejnou váhu. „Zdraví“, „zdatnost“ a „způsobilost“ se staly nezpochybnovaným předpokladem pro naplněný život jedince. Tyto kategorie se ustavovaly jakožto „norma“ prostřednictvím tělesných a intelektuálních dispozic (Kolářová 2012: 17).

V 19. století vzniká koncept „normy“ spolu s rozvojem statistiky. S lékařskou statistikou se pak tento pojem přenáší i na lidské tělo (Davis 2012). Pojem „normy“ původně v latině znamená „čtverec“ či „tesařův úhelník“, až do počátku 19. století znamenalo v angličtině „normal“ stát v pravém úhlu k podložce. V medicínské souvislosti byl pojem užit poprvé Augustem Comtem a koncem 19. století se normy a standardy nemocnic staly zásadními kritérii pro diagnózu a léčbu. Nemoc tak byla odchylkou od klinického standardu, což legitimizovalo klinický zásah. Klinické postupy se postupně rozšířily do celé společnosti až do té míry, že se společnost stala „klinikou“ a všichni občané se stali pacienti, kteří byli kontrolováni a regulováni tak, aby se pohybovali v „normálních“ hodnotách (Illich 2012: 112). Příklad působení medicíny na životy jedinců skrze vytváření hranic těchto zmíněných pojmů můžeme vidět v reprodukční medicíně.

„Biomedicína má největší vliv v určování hranice mezi zdravím a nemocí, normality a patologie (testy vrozených vad u embryí a imperativ indukovaného potratu), žádoucího a nežádoucího (je v pořádku otěhotnět pomocí IVF po čtyřicítce?), živého a neživého (etické otázky manipulace s kmenovými buňkami nebo embryi). Zároveň disponují velkou mocí, danou specifickým věděním a používáním vyspělých technologií, ale i vlivem na veřejný diskurz. V médiích je reprodukční medicína popisována jako prestižní profese, a to jak v souvislosti s aktuálními technologickými pokroky, tak s jejími úspěchy, které jsou často spojovány se ‘zázraky’.“ (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 101) Podle Illicha nebylo náhlé vynoření lékaře³ jako spasitele a tvůrce zázraků způsobeno účinností nových technologií, nýbrž potřebou magického rituálu, který by byl důvěryhodný při pronásledování zla. Společnost tak dala lékařům exkluzivní právo rozhodovat, co je nemoc, kdo je nemocný a co s takovým jedincem dělat. Odchylka se

³ Užívám „mužského rodu“ nikoli, že bych opomenula ženy, ale z toho důvodu, že se tato profese ustavovala jako „mužská“ (Jacobus, Keller, Shuttleworth 1990).

stává „legitimní“, pouze pokud je to určené medicínskou interpretací a intervencí (Illich 2012: 28, 109). Lékaři však neměli tuto moc nad ostatními lidmi hned od počátku. Lékařská profese byla známa od nepaměti, ovšem současná role lékaře se formovala až na konci 19. století, kdy začaly hromadně vznikat zdravotní ordinace a nemocnice byly vybavovány moderní technikou. Nemocnice se stává místem poskytování kvalitní a kvalifikované odborné lékařské pomoci. Profesionálům je zde udělována moc, status a prestiž na základě formalizovaných vědomostí a technických schopností. Pacienti a pacientky jsou tak v podřízené pozici a začínají těmto kvalifikovaným zdravotníkům důvěřovat (Bártlová, Matulay 2009: 53, 57).

Medicínské technologie rámuji lékařskou optikou požímané pacienty/ky a usnadňují to, jak medicínský dozor odděluje trpící osobu od jejího sociologického kontextu a redefínuje jí jako „případ“ (Hsu, Lincoln 2007: 24). Spojení medicínských technologií a lékařského dozoru se dobře ukazuje na příkladu ultrazvuku dítěte v těle matky. Lékař totiž pomocí moderních zařízení nekontroluje jenom zdravotní stav ženy, ale – skrze vizualizaci dítěte v ultrazvukovém snímku, který dnes může být i ve 3D zobrazení – kontroluje i stav ještě nenarozeného jedince. Obecně, je vizualizace těl spojována s objektivizací a biologickým esencialismem (Hsu, Lincoln 2007: 15). Ovšem toto nahlížení na člověka, jakožto na pouhý medicínský případ, je příliš jednostranné a nekomplexní, jelikož oddělit jedince od jeho sociálního kontextu není tak jednoduché, protože je to součástí toho, kým je – jeho identity, a i toho, zda se cítí být zdravým či ne.

V poslední době se ale pozornost teoretiků/ček zaměřuje na aktivní úlohu individua ve vztahu k prostředí a lidskému organizmu, to se projevuje v podobě aktivní úlohy každého jedince, zejména v oblasti prevence a podpory zdraví. Prevence znamená předcházení nějakým, zpravidla škodlivým vlivům (Bártlová, Matulay 2009: 85, 88). Prevence má dva aspekty, jednak expertní, kdy se podrobujeme množství testování a monitorování těla, a jednak aspekt aktivního rozvíjení zdravého životního stylu (Parusníková 2002: 138). V řadě států je konstituovaná tzv. preventivní medicína, která se zaměřuje právě na medicínskou prevenci, tedy preventivní aktivity. Zabývá se například studiem šíření nemocí, snaží se i o zpomalení procesů nemoci a o zachování maximální fyzické, psychické a sociální funkčnosti lidského organismu (Bártlová, Matulay 2009: 90).

Zaměřuji se na oblasti zdravotních „problémů“, jež se dotýkají obou aspektů prevence, o kterých hovoří Parusníková (2002). Tato „expertní“ prevence v kontextu

diabetu 2. typu znamená, že je jedincům hlídána hladina cukru v krvi a je kontrolována funkčnost tělesných orgánů. U hepatitidy B a C jde též o podřízení se testování a vakcinaci, jež je dostupná pouze pro hepatitidu B. Druhý aspekt zdravého životního stylu je nám též předkládán v obou případech. Ze strany prevence diabetu 2. typu jsme konfrontováni s důležitostí cvičení, správného stravování, ale zároveň se můžeme setkat se stigmatizováním obézních, se kterými je diabetes 2. typu často spojován. V kontextu prevence hepatitidy B a C je odkaz ke „zdravému životnímu stylu“ směřován spíše k ochraně sebe sama a svého okolí před možnou „nákazou“.

Důraz na prevenci s sebou nese odkaz k odpovědnosti jedince za své zdraví. Příkladem je třeba povinnost jedince chodit na preventivní prohlídky. Člověk musí sám sebe také preventivně pozorovat a prozkoumávat, aby popřípadě včas podchytil nějakou nežádoucí událost, jež by mohla ohrozit jeho zdravotní stav. Společnost, která kalkuluje s možnými „riziky“, klade důraz na zplnomocnění jedince, jenž se má chopit vlády a moci nad sebou samým. Zdá se, že se tak stát vzdává své pečovatelské, kontrolující, disciplinující a dohlížitelské role, nicméně je to pouze zdánlivé gesto.

I dle Parusníkové v naší společnosti naopak dochází k utužení disciplinární moci a k rozvinutí jejích rafinovanějších forem (Parusníková 2002). Zájem o šíření infekčních nemocí jako je cholera, žlutá zimnice či mor vedl v 18/19. století ke státním opatřením, týkajícím se omezení těl a kontrole jejich pohybu, přičemž tato kontrola těl ve jménu veřejného zdraví byla (je) represivní a diskriminační. Se vznikem epidemiologické oblasti medicíny v 19. století tato opatření a kontrola zesílily. Nemoci se utvářely spíše v sociálním těle než v individuálním. V 21. století přetrvává důraz na kontrolu těl, ovšem zájem se posouvá od potlačování infekčních nemocí k nabádání lidí, aby byli sami zodpovědní k vlastnímu tělu a k jeho zdraví (Lupton 2003: 33,34). Při tomto neustálém sebezpozorování a sebekontrolě dochází ještě takové medikalizaci našeho života, kdy poměřujeme stav našeho těla s nějakým „ideálem zdraví“, jehož normy se neustále zpříšňují spolu s tím, jak se prohlubují odborné znalosti a zdokonalují techniky měření. Neustále řešíme, zda naplňujeme všechna maxima optimalizace našeho potenciálu zdraví. Novou formou disciplinární moci se stává sebe-vzdělávání, sebe-regulace a sebe-kontrola (Parusníková 2002: 131, 137-138).

„Norma“ zdraví je nám předávána již od našeho narození a to nejen lékaři, ale i zdravotnickým personálem, našimi blízkými i mediálními prostředky. Sebe-kontrola a sebe-disciplinace týkající se těla se stala novou pracovní etikou, což bylo podporováno

státem sponzorovanými zdravotnicko-vzdělávacími kampaněmi v médiích. Ty varovaly veřejnost před zdravotními riziky. Současně se předpokládalo, že znalost případného nebezpečí bude lidi nutit k vyvarování se aktivitám, jež jsou s riziky spojené. Skrze tyto medializované zdravotnické aktivity tak dochází k působení disciplinační moci, přičemž se k tomuto přidává i vliv veřejného dohledu. Jedinec tak nevědomě vykonává nad sebou samým, ale i nad ostatními disciplinační moc (Lupton 2003: 35, 36). „Zdraví“ na nás útočí ze všech stran a my tuto představu internalizujeme a sami ji následně aplikujeme na sebe, ale i na naše okolí. Medikalizované prostředí, ve kterém žijeme, nás v tomto našem jednání utvrzuje. „Imperativ zdraví vyžaduje nadlidské úsilí. Apeluje sice na autonomní volbu jedince, ale předpokládá *internalizaci hodnoty zdraví* jakožto synonyma civilizovanosti, úspěšnosti, normality, morality, krásy, síly atd.“ (Parusníková 2002: 139)

Tato sebekontrola tedy souvisí také s tím, že jsme si vědomi rizik, které obklopují náš život. Diskurz „rizika“ ve veřejném zdraví můžeme podle Deborah Lupton rozdělit do dvou hlavních perspektiv. První perspektiva vidí riziko jako zdravotní nebezpečí populacím, kam patří například environmentální nebezpečí znečištění a nukleární či chemický odpad. Zde jde o externí nebezpečí, nad kterým má jedinec malou kontrolu. Druhá perspektiva nahlíží na riziko jako na důsledek životních voleb jedince a zde se projevuje právě důraz na sebekontrolu. Jde o riziko interní, jehož funkcí je řídit a kontrolovat sám sebe. Lupton zmiňuje i třetí možnost užití tohoto termínu, které však odkazuje spíše k sociálním skupinám. Riziko zde může vést k určitému sociálnímu znevýhodnění, jež závisí na politickém postoji (Lupton 1997: 77, 78). Představíme-li určitou věc, aktivitu nebo něco dalšího jako riziko, je toto „riziko“ přeneseno najednou na celou velkou skupinu lidí, tudíž se týká nás všech (Waldschmidt 2012: 135, 140). V této práci se především zajímám o druhé pojmání konceptu rizika, se kterým se kalkuluje v souvislosti s vlastními životními volbami.

Význam konceptu rizika záleží na tom, kdo toto slovo užívá. V původním významu je slovo „neutrální“ a odkazuje k pravděpodobnosti vyskytnutí se nějaké události. Dnes však tuto neutralnost ztrácí a získává nové konotace. Společnost upírá pozornost jen k některým rizikům, respektive k určitým oblastem, které prezentuje jako rizikové. Ovšem ve skutečnosti riziko nemusí mít žádný vztah k „reálnému“ nebezpečí (Lupton 1997: 78, 80; Waldschmidt 2012: 140). Přesto rizikový diskurz o to naléhavěji směřuje naši pozornost k definování, odkrývání a zkoumání rizik, která nás vedou k sebereflexi (Parusníková 2002: 137). Diskurz (interního) rizika tak také ovlivňuje naše

chování v běžném životě. Lupton odkazuje například k diagnostickému testování, kdy jsou jednotlivci vyzýváni, aby se zúčastnili testu jen proto, že je u nich předpoklad, že jsou v „riziku“ rozvoje nějaké nemoci, což je podpořeno statistickými daty, které vyjadřují vzorce „rizik“ v populaci (Lupton 1997: 78).

V souvislosti s diabetem 2. typu a hepatitidy B, C zatím nebylo podrobně zkoumáno, jakým způsobem v nich pracuje rizikový diskurz. Blíže je toto téma řešeno v souvislosti s prenatalní diagnostikou, kde se zároveň ukazuje i normativní charakter medicíny. V kontextu prenatalního testování se politika zdraví orientuje na hledání, léčení a prevenci genetických příčin fyzických a mentálních nemocí, přičemž tyto své cíle považuje za účinnější než například identifikování a zlepšení environmentálních a sociálních příčin. Za nemocemi je nejčastěji spatřována genetická příčina a zároveň je za nejrychlejší řešení považován medicínský zákrok (Hartmann 2007: 3). Jaroslava Hasmanová Marhánková zkoumala situaci v českých porodnicích. Zjistila, že ženy, které se rozhodly nepodstoupit některá testování, vypověděly, že lékaři na ně tlačili argumenty, které zdůrazňovaly právě „riziko“, jež bylo spojováno s jejich rozhodnutím a zároveň s důsledky, které jejich volba bude mít. Takovéto rozhovory v nich pak zapříčiňovaly pocit, že je s nimi něco v nepořádku, a mluvení o rizicích v nich tato rizika zpřítomňovala (Hasmanová Marhánková 2008: 14, 16). Je-li tedy v souvislosti s genetickou diagnostikou určeno určité riziko, platí i zde, že to ve skutečnosti nemusí o ničem vypovídat, poněvadž jde pouze o pravděpodobnostní určení, které však není nikdy zcela jisté.

Hovoříme-li o důsledcích, jež jsou spojeny s rozhodnutím nepodstoupit prenatalní diagnostiku, musíme si uvědomit skutečnost, že nejde plně individuální volbu. Důsledky, o nichž ženám říkali lékaři ve výzkumu Hasmanové Marhánkové, se nevztahovaly k perspektivě žen či dítěte, ale k celospolečenským následkům, které jsou s jejich rozhodnutím spojovány. Složitost daného rozhodnutí je konfrontována s náklady, jež s sebou případné narození dítěte s „postižením“ přinese pro stát. Zde se tak ukazuje důraz na kontrolu „ženské“ reprodukce, která slouží jako prostředek k ospravedlnění i jako nástroj k regulaci „ženského“ těla. Reprodukci je tak nutné vnímat nejen jako součást individuální zkušenosti, nýbrž i jako společenský proces, který se odehrává v určitém kontextu (Hasmanová Marhánková 2008: ods. 19, 21.). Navíc přenesení tohoto intimního rozhodnutí na celou společnost v nás může opět vyvolávat pocit odpovědnosti, ne k nám, našim blízkým či k dítěti, ale právě ke společnosti – ke „zdravé a normální“ společnosti. Právě v reprodukční medicíně si můžeme všimnout, jaký má lékařství výrazný normativní

a autoritativní charakter (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 100). Jazyk zdůrazňující zdraví a riziko se stává zdrojem nového druhu morálky (Lebesco 2010: 72).

Těžiště zájmu se postupně posouvá od hledání rizikových faktorů a prevence chorob směrem ke studiu společných znaků zdravých lidí, kteří se dožívají vysokého věku. Jde tedy o hledání faktorů, které pomáhají udržet „zdraví“. Oba tyto přístupy, zábrana chorob a budování pozitivního zdraví, se vzájemně doplňují a nelze je oddělit (Bártlová, Matulay 2009: 86). Spolu s posunem k pěstování zdravého životního stylu, se ale otvírá i větší prostor pro možnosti intervence, jelikož životního stylu se prakticky dotýká vše, co děláme a jak žijeme. Zdraví se tak stává morální povinností, dochází k posunu k uctívání „kultu zdraví“ (Parusníková 2002: 131-132). Všechny výše zmíněné procesy a obecně „kult zdraví“ přispívají k celkovému normalizování společnosti, odchylky od normy u nás nejsou žádoucí. A medicína má za úkol tyto odchylky napravovat – odstraňovat. „Normalizující společnost je dějinným důsledkem technologie moci soustředěné na život.“ (Foucault 1999: 167) Moderní disciplinární moc tvaruje tělo do podoby, jež odpovídá historicky vytvořeným měřítkům normality. Mechanismy, které jsou užívány k této disciplinaci těla, dohromady utváří biomoc, jejíž cílem je kultivace života (Parusníková 2002: 132-133). Jelikož tyto mechanismy pracují v rámci určitého státního útvaru, který apeluje též na svou mocenskou pozici, zasahuje do medikalizované společnosti i stát se svými legislativními regulacemi. Zdraví je tak politizovaným tématem a stává se prioritou vládních programů. Biopolitika tak kombinuje nejen zdravotní, ale i administrativní metody v péči o populaci (Parusníková 2002: 135). Ačkoli „západní“ liberální společnosti stojí na představě individuální svobody, možnosti volby a respektu k osobní autonomii (Hildt 2002: 65), nejsem si zcela jistá, zda pod vlivem silných normalizačních tendencí můžeme hovořit o naplnění těchto principů osobní autonomie.

Na jednu stranu, neoliberální ideologie podněcuje „dobré“ občany, aby se starali o vlastní zdraví (Lebesco 2010: 78), a na druhou stranu, biomoc nás, ať skrze medicínské instituce či politické programy, ovlivňuje do nejmenších částí našeho pohybu a chování. Naše těla jsou těmito procesy, které jsme internalizovali, neustále ovlivňována.

3.4 Genderové aspekty v rámci medicínského diskurzu

Diskurs „zdraví“ má stále větší nároky na disciplínu těla. Ta nabývá nových, rafinovanějších, skrytých forem, přičemž tato skrytost disciplinární povahy diskursu „zdraví“ je také posílena tím, že režimy moci jsou v naší společnosti méně „viditelné“ (Parusníková 2002: 139). Judith Lorber nám ukazuje, jak se na základě ideologie biologie vytváří celý náš sociální svět, který stojí na rozdílnosti „mužských“ a „ženských“ těl, což legitimizuje rozdílné sociální pozice a role jedinců. Je zajímavé, že první, kdo toto rozlišení pohlaví dělá, je lékař či lékařka, což poukazuje na moc, kterou má v rukou lékařská autorita, respektive moc, kterou vlastní medicína nad životem jedinců (Lorber 2005: 97).

Ačkoli věda jako instituce byla (je) obvykle androcentrická a vědeckými pracovníky byli obvykle muži, tak tělo, které se stalo objektem vědeckého zájmu, bylo tradičně konstruováno jako „femininní“ (Jacobus, Keller, Shuttleworth 1990: 6). To, jakým způsobem je v medicíně s těly zacházeno a jaké zkušenosti se zdravím a nemocí tělo získává, je často ovlivněno genderem. Většina pozornosti byla upřena směrem k „ženským“ tělům, teprve v 90. letech 20. století začíná být větší zájem i o „mužská“ těla. Lupton jako důvod tohoto dřívějšího nezájmu uvádí to, že „mužské“ tělo bylo bráno jako „samozřejmost“ a bylo prezentováno jako „normální“ a ideální v kontrastu k „ženskému“ tělu. S tímto souvisely i předpoklady dominantní maskulinity, kdy „muži“ byli vnímáni jako silnější a zároveň méně náchylní k nemocem než ženy (Lupton 2003: 26, 28).

V současných západních společnostech je zdraví ovlivňováno zdravotnickými systémy, genderem spolu s rasou a sociální třídou. U žen se předpokládá, že jsou stále častěji nemocné a častěji navštěvují lékaře kvůli stresům z rutinní práce, péče o děti, opatrování zestárlých rodičů a „dvojí pracovní směně“ v zaměstnání a domácnosti. Muži naproti tomu jsou vnímáni jako náchylnější k chronickým nemocem a nemocem bezprostředně ohrožujícím život, jejichž příkladem je infarkt. Na základě sociologických zjištění se také usuzuje, že pokud jsou muži ženatí, jsou na tom duševně i fyzicky lépe než vdané ženy (Lorber 2005: 97). Ženy jsou totiž vnímány jako zprostředkovatelky zdravotní péče pro jiné, a tedy i pro muže. Ti mohou být díky tomu „zdravější“. Nicméně tím, že jsou ženy prostředníky zdravotnictví, tak také mohou mít pravděpodobně více vyhraněný

názor na zdravotníky, se kterými přicházejí do kontaktu častěji, než muži (Bártlová, Matulay 2009: 58).

Zdravotnické korporace si uvědomují větší zainteresovanost žen v péči o zdraví a zdravotnických produktech, a proto se snaží vyvinout strategie, které by tuto genderovou hranici překročily (Conrad 2005:11). Příkladem si můžeme všimnout v reklamách, kde se neobjevují pouze lékařské přípravky pro ženy (i když stále dominují), ale i pro muže jako třeba léky na prostatu. Nicméně si můžeme všimnout, že přestože se farmaceutické společnosti snaží ve své propagaci zacílit jak na ženy, tak na muže, stále proklamují genderově diferencovaná témata. Zacílení na mužskou prostatu a potenci nám jen ukazuje, co je ve společnosti chápáno jako to důležité – být tím správným „hegemonním mužem“. Ve své diplomové práci se tak zaměřím i na genderové aspekty medicínského diskurzu, protože jde o důležité téma. Konkrétně, zda se v rámci vybraných medicínských problematik vyskytují témata, která jsou cílena jen na ženy či muže. Jestliže v medicínských časopisech a jazyce nefunguje genderová neutralita, nemůžeme přeci předpokládat, že je tento vědní obor celkově neutrální. I když se tak prezentuje, což se v důsledku může projevat i v genderové hierarchické strukturovanosti oboru, která může být přenášena i na celou společnost.

Pro zúžení mého zaměření, jsem si zvolila pouze dvě případové studie, které poskytují různý vhled do medicínského diskurzu – hepatitida typu B, C a diabetes 2. typu. V případě diabetu se nám prolíná oblast genetických predispozic a vlivem neustále zvyšujícího se počtu lidí s cukrovkou v současnosti i epidemiologické hledisko. Na druhé straně hepatitidy jsou zde epidemiologické výkyvy, kdy se zvyšuje výskyt jednoho či druhého typu žloutenky. Na typ B je v současnosti vyvinuta vakcína, ovšem typ C není ještě vyléčitelný, z tohoto hlediska vyvstává otázka konceptualizace „rizika“, která se v souvislosti s těmito nemocemi objevuje. Pojem „rizika“ může vyvolávat v lidech strach, který může vést lidi k pocitu, že by se tomuto „riziku“ měli vyhnout. Pokud jsou s tímto možným „rizikem“ spojeni konkrétní lidé, může to mít za následek, že se budou chtít vyhnout právě této skupině. Dle Fraser a Seear je žloutenka typu C silně stigmatizující nemocí, což se přenáší i na jednotlivce či skupinu lidí, u kterých je diagnostikována (Fraser, Seear 2011: 1, 2). Pojem „rizika“ se může přenášet i na celou skupinu lidí „rizikovou“ skupinu, což má své reálné důsledky na jedince, kteří jsou s ní spojováni, ačkoliv v reálu nemusí danou chorobu mít. Kateřina Kolářová, která se zabývá onemocněním AIDS a HIV, upozorňuje na to, že jestliže přistoupíme na pojem

„rizikového“ chování jedince či „rizikové“ skupiny, nemoc se pak stává důsledkem vlastní viny (Kolářová 2007: 156). Odtud se dostáváme opět k vlastní odpovědnosti za naše zdraví, ale zároveň i zodpovědnosti k celé společnosti.

4. METODOLOGIE

V návaznosti na teoretickou část se pro můj výzkum otevřelo několik oblastí, které budu v této práci analyzovat. Obecně se zaměřuji na analýzu základních medicínských kategorií a forem biomoci v lékařských textech. Celkově jde o kvalitativně zaměřenou práci, která má za cíl zkoumání konstrukcí základních lékařských pojmů „zdraví“ a „nemoci“ v rámci dvou případů – dvou lékařsky definovaných problémů „diabetu mellitu 2. typu“ a „hepatitidy B a C.“ Na tomto základě staví i hlavní výzkumná otázka.

Tuto metodologickou část jsem rozčlenila do několika podkapitol, které na sebe navazují podle toho, jak jsem postupovala při definování tématu skrze výzkumné otázky; rozhodnutí o sběru dat; specifikování primárního materiálu, až na jeho přesné určení; a rozhodnutí o konkrétním způsobu analyzování primárního materiálu. V rámci celé diplomové práce je rozhodující vlastní pozicionalita a lokace výzkumnice, čímž jsem se dostala k poslední části metodologie.

4.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka, ze které vychází celá práce, se ptá po tom, jakým způsobem je v člancích z *Časopisu lékařů českých* o diabetu mellitu 2. typu a hepatitidy B, C přistupováno k pojmům „zdraví“ a „nemoci“ v časových úsecích 1989 - 1990, 1995 - 1996, 2002 - 2003, 2006 - 2007?

Liší se tyto konstrukce v rámci dvou zkoumaných medicínských problematik, popřípadě jak konkrétně se liší? Je nějaká souvislost mezi koncepty „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“? Jakým způsobem je tato případná souvislost ustavována v rámci diabetu 2. typu a hepatitidy B a C? Jaká je role lékařů/ek v rámci léčby a prevence diabetu 2. typu a hepatitidy B a C?

V návaznosti na teoretickou část, kde se hovoří o tom, že v rámci současné medicíny je skrze diskurz rizika předávána odpovědnost do rukou jednotlivců, musím se ptát také po tom, zda a jakým způsobem pracuje diskurz rizika v rámci textů o dvou zmíněných případových studiích? A jak zde souvisí koncept „rizika“ s pojmy „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“?

S jakými dalšími koncepty se v textech pracuje? V návaznosti na současné pojmání diabetu 2. typu jako „epidemie“ se zaměřuji i na sledování dvou „epidemiologických“ hledisek jak diabetu 2. typu, tak hepatitidy B a C. Jakým způsobem se ve zkoumaných textech projevuje „epidemiologické“ hledisko medicíny a jak ovlivňuje koncepty „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“ v případě diabetu 2. typu a hepatitidy B, C?

Další výzkumná otázka navazuje na koncept disciplinace individuálních těl od Michela Foucaulta (1999). Jakým způsobem je v rámci diskurzu rizika (kolem hepatitidy B, C a diabetu 2. typu) pojmána (sebe)disciplinace individuálních těl, a jakým způsobem souvisí s formováním a kontrolou kolektivního těla?

Poslední podotázka tematizuje vliv medicíny na pojmání genderu ve společnosti. Konkrétně se tedy v analyzovaných článcích ptám po tom, zda jsou koncepty „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“ v kontextu diabetu 2. typu a hepatitidy B, C spojovány s genderem a popřípadě v jakých konkrétních tematických oblastech k propojení dochází? Obecně se pak ptám po tom, jak je v těchto lékařských článcích konstruován gender a sexualita?⁴

4.2 Metody sběru dat

Téma diplomové práce je zasazeno do rámce kvalitativní metodologie, která je vhodnou pro hloubkové zkoumání výše uvedených výzkumných otázek, jelikož kvalitativní metody – přestože neexistuje jednotná teorie, která by byla základem všech takto orientovaných výzkumů – nám mohou pomoci zprostředkovávat hlubší porozumění společenským fenoménům (Silverman 2005: 20).

U tohoto typu výzkumu je však nutné se nejprve vypořádat se dvěma výtkami, které mohou zpochybňovat kvalitativní přístup jako takový. Jde o problémy reliability a validity. Problém reliability spočívá v tom, jak kvalitativní výzkumník/ce postupuje ke kategorizování popisovaných událostí či aktivit, kdy vzniká problém konzistence z nedostatku prostoru. Což může mít za následek to, že mnoho kvalitativních studií neposkytuje čtenářům/kám nic víc, než stručné výtažky z dat (Silverman 2005: 21-22).

⁴ Poslední uvedená otázka vychází z kurzu *Stylistika, argumentace a literární teorie* pro kombinované studující vyučované na katedře Genderových studií FHS UK v zimním semestru roku 2012 paní docentkou Blankou Knotkovou-Čapkovou a magistrou Terezou Jiroutovou-Kynčlovou.

Tuto výtku, kdy nemusí být (nejen čtenářům/kám) zcela jasné, jak výzkumník/ce dospěl/a ke svým závěrům, se snažím zohlednit ve své práci tak, že se pokouším podrobně popsat, jak jsem ve své analýze postupovala a jak dospívám ke svým závěrům.

Druhou kritikou je validita, tedy spolehlivost vysvětlení, která se často zpochybňuje na základě toho, že výzkumník/ce se nezaobírá protirečícími si případy, což se při analýze též pokouším zohledňovat. Místo tohoto snižování hodnoty kvalitativního výzkumu, bychom se měli snažit ukázat to, jak jsou teoreticky definované prvky vzájemně propojené a navrstvené (Silverman 2005: 22-23, 55). Tato diplomová práce se pokouší ukázat právě propojení a navrstvení pojmů zdraví, nemoci, prevence a rizika v rámci biomedicínské diskurzu.

4.3 Výběr primárního materiálu

Analyzované texty jsou vybrány z jednoho z nejstarších lékařských časopisů u nás, který má vybudované renomé a autoritu. Jde o *Časopis lékařů českých*, který v současnosti vychází pod záštitou České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.⁵ První vydání tohoto časopisu se uskutečnilo již v roce 1862 pod Spolkem lékařů českých. Do roku 1990 byla periodicitou vydávání jedenkrát týdně, dvakrát měsíčně pak mezi léty 1991 – 2002 a jednou měsíčně od roku 2003⁶. Je třeba si uvědomit, že pracuji s časopisem, který je odborně zaměřený a který není primárně určen veřejnosti, nýbrž zdravotnickému personálu. To může zužovat jeho čtenářské publikum. Přesto je volně dostupný, a tak není vyloučené, že z něj může čerpat kdokoli. Rozsah jeho působení na čtenářstvo je jistě ovlivněn jeho odborností, přesto je důležité takovýto materiál zkoumat, jelikož právě skrze lékařské zaměstnance/kyně se jeho obsah přenáší do obecného povědomí ostatních lidí.

V rámci tohoto časopisu se zaměřím na dvě případové studie, které budu sledovat v několika časových úsecích. Případové studie nebývají vybírány zcela náhodně, jde spíše o případy, které jsou jednoduše dostupné a které ilustrují nějakou charakteristiku či proces, který nás zajímá (Silverman 2005: 114, 116). Podle Jana Hendla pak případové studie slouží k zachycení složitosti případu a k popisu vztahů v jejich celistvosti, přičemž

⁵ Informace dostupné z webových stránek této instituce. <http://www.cls.cz/cls-jep> (cit. 20. 3. 2014)

⁶ Informace z databáze Národní knihovny České republiky <http://www.nkp.cz/> (cit. 20. 3. 2014)

cílem instrumentálního typu studie je porozumět právě externím teoretickým otázkám, kdy případ je důležitý právě jako prostředek pro určitý cíl (Hendl 2005: 104-107). Případ diabetu 2. typu a hepatitidy B, C jsou tedy vybrány instrumentálně tak, aby se na nich dalo ukázat, jakým způsobem dochází k působení biomoci ve společnosti.

Z epidemiologického a imunologického hlediska jde o dva odlišné případy, hepatitida B a C a diabetes mellitus 2. typu. Počátek zkoumaného období je datován na revoluční rok 1989, kdy došlo k oficiálnímu označení původce hepatitidy non-A non-B jakožto hepatitidy C, navíc ze „západu“ se po otevření hranic České republiky začaly rychleji šířit lékařské informace a technologie do naší země. Na druhé straně zde máme lékařský problém diabetu 2. typu, který dnes získává epidemiologické hledisko, přestože nejde o infekční nemoc. Je nám předkládána jako závažný problém dnešního světa – „západního, rozvinutého“⁷ světa, kterému je nutné věnovat naši pozornost. Hepatitida B a C naopak stejně jako ostatní infekční choroby má období, kdy je ve svém rozpuku anebo naopak v útlumu. U diabetu 2. typu jde totiž prozatím o konstantní růst. Pro určení časových období, která budu sledovat, jsem se proto rozhodla, využít epidemické vzrůsty nakažených osob hepatitidou C. Přestože toto rozhodnutí stanovit časové úseky na základě „medicínského modelu“ vnímání a zobrazování nemocí, může působit jako kontraproduktivní k mému kritickému uvažování nad působením biomedicínského diskurzu, byla má úvaha směřována k určení časových úseků, ve kterých se budou nejčastěji objevovat články na téma hepatitida B a C a diabetu 2. typu.

Sledovanými obdobími jsou roky 1989 - 1990, 1995 - 1996, 2002 - 2003, 2006 - 2007. Počátek sledovaného období od roku 1989 je vysvětlen výše, navázaný následující rok je vždy určen tak, aby se rozšířilo zorné pole pro výzkum, kdy nemusí vždy články zvoleného časopisu aktuálně reagovat na danou situaci vývoje.

Závěrem této práce odděleně v seznamu literatury jsou uvedeny zkoumané texty, jedinou výjimkou je rok 2006, kde neodpovídal žádný článek zvoleným kritériím, dané období tedy pokrývají články z roku 2007. Primární materiál byl tedy volen podle zmíněných časových úseků a kritériem pro zúžení analyzovaných textů bylo to, aby název článku obsahoval různou variaci lékařského označení nemoci – hepatitida B, hepatitida C a diabetes mellitus, přičemž u diabetu bylo dále zkoumáno to, aby se jednalo o typ 2,

⁷ Přestože se nám může „západ“ jevit jako homogenní celek, který představuje vzor „civilizovanosti“, není tomu tak. Kritické poznámky ke kategorii „západu“ uvádím níže v kapitole věnující se lokaci a pozicionalitě.

který mne v této práci zajímá. Celkově se tak primární materiál skládá z devatenácti článků.

4.4 Analýza dat

Na vybrané lékařské články je aplikována kvalitativní obsahová analýza, která mi pomůže se zaměřit na jednotlivé medicínské kategorie, které budu moci následovně srovnávat v rámci dvou vybraných lékařských problémů. Skrze text jsou nám zprostředkovávány kulturní významy společnosti, a z toho důvodu je nutné zkoumat jak samotné texty, tak procesy jejich produkce. Kvalitativní obsahová analýza se zaměřuje na interpretaci obsahů, které jsou v nich obsaženy (Reinharz 1992: 145)

Obsahovou analýzu doplňuji diskurzivní analýzou a to z toho důvodu, abych se textem mohla zabývat skutečně do hloubky. Nejprve je tedy vhodné vymezit si pojetí diskurzu, které v mém případě vychází z definování Michele Foucaultem, podle něž je třeba diskurz chápat „jako násilí, které působíme věcem, v každém případě jako jistou praxi, kterou jim vnucujeme, a právě v této praxi události diskursu nacházejí princip své pravidelnosti.“ (Foucault 1994: 27) Na foucaultovské myšlení pak navazuje kritická diskurzivní analýza, která je spolu s foucaultovým pojetím diskurzu mému uvažování nejbližší. V tomto smyslu je diskurz definován jako významová struktura, tedy regulované systémy reprezentace a praxe sociálního života, které nevytváří individuální mluvčí a ani jimi nejsou plně reflektovány. V rámci této významové struktury pojem označuje různé způsoby zvýznamňování sociální reality. Označení „kritická“ tak odkazuje k tomu, že tato analýza má za cíl rozkrývat obtížně viditelné vztahy mezi jazykem, sociálními procesy a mocí (Zábrodská 2009: 46, 75, 81). Kritická diskurzivní analýza zkoumá to, jakou roli hrají struktury a strategie textu, promluvy, verbální komunikace v (re)produkci vztahů moci/dominance a nerovností ve společnosti. Ačkoli analýza strategií rezistence je důležitá pro porozumění fungování moci a dominance, v této práci se zabývám jinou důležitou oblastí, která utváří rámec pro výzkumy týkající se právě zmíněné rezistence vůči moci. Jde o zaměření na elity a jejich diskurzivní strategie, konkrétně pak o styly, rétoriku a významy textů pro skrytí a udržení sociálních vztahů moci (Dijk 1993: 249-250). V této souvislosti mi jde tedy o zkoumání těchto aspektů v rámci článků psaných jednou konkrétní sociální skupinou – lékařů/ek – která má v naší

společnosti vybudovaný určitý společenský status, neboli slovy Pierra Bourdieho disponuje tato skupina symbolickým kapitálem⁸ (Bourdieu 2000).

Analýza závisí na procesu kódování dat, kdy podle Coffey v procesu kvalitativní analýzy generujeme koncepty z dat, přičemž využíváme právě kódování. Kódování však není univerzální aktivitou v sociálním výzkumu. Zahrnuje různé přístupy v organizování dat. Kódování spojuje různé segmenty v datech, tyto fragmenty jsou pak dány dohromady, aby vytvořily kategorie a následně obecnější koncepty. Důležitá analytická práce pak spočívá v tom, které koncepty považujeme za relevantní (Coffey 1996).

V kontextu obsahové analýzy a kritické diskurzivní analýzy má práce začala prvotním pročtením materiálu, abych se seznámila s jeho obsahem. Až po dalších čteních jsem začala postupně kódovat, a to pomocí barevného značení jednotlivých konceptů a pojmů, které se zdály být v souvislosti s diabetem 2. typu či hepatitidy B a C důležité. Jednotlivé kódy jsem propojovala v sítě, které mi vytvořily mapy vzájemných souvislostí. V rámci těchto sítí jsem se zaměřila na zkoumané kategorie „nemoci“, „zdraví“ a „prevence“ a na směry vazeb, kterými jsou zvýznamňovány další pojmy a vztahy. V článcích jsem hledala i další opakující se medicínské pojmy, které jsou relevantní pro mou analýzu. Nezaměřovala jsem se pouze na to, co je „vyslovené“, ale i na to, co je v textech skrýváno a co se skrývá za vzájemnými vztahy pojmů.

Z kódů jsem si také vytvořila tabulky, které ukazují, které z nich se vyskytují v jednotlivých článcích. Na základě této tabulky se mi ukázaly opakující se vzorce samostatně v případě diabetu 2. typu a v případě hepatitidy B, C. Tyto tabulky a kódy lze jednoduše srovnávat. Podle vzoru Coffey utvářím obecné koncepty, které následně interpretuji podle představené analytické teorie výše.

Závěrem bych chtěla říci, že analýza, která proběhne v této práci, se tak celkově zaměřuje nejen na jednotlivé koncepty, ale i jejich důsledky, které mohou mít na společnost, a na otázku, jakým způsobem může působit medicínská instituce, medicínský diskurz na českou populaci?

⁸ Pod symbolickým kapitálem si můžeme představit například kapitál cti či prestiž, které ovlivňují mocenské postavení jeho držitelů (mužů) (Bourdieu 2000: 43-45). Dalším zdrojem k teorii kapitálů: Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

4.5 Vlastní lokace a pozicionalita

Tato část slouží k tomu, aby – jak tvrdí Sandra Harding – výzkumník/ice nebyl/a jen neviditelným, anonymním hlasem autority, ale skutečnou, historicky situovanou osobou, která má specifické touhy a zájmy. Kulturní představy a chování výzkumníků/ic mohou ovlivňovat výsledky analýz (Harding 1987: 9), a z toho důvodu je důležité se věnovat vlastnímu představení a ujasnění pozice, ze které vycházím.

Z hlediska mého výzkumu je několik lokačních bodů, které bych před samotnou empirickou částí ráda zmínila, aby případní/é čtenáři/ky mohli/y porozumět tomu, z jaké pozice interpretuji a utvářím analytické závěry a své postoje k danému tématu. Studium sociologie mne naučilo nutnosti reflektovat základní demografické údaje, což v mém konkrétním případě znamená informování čtenářstva o tom, že jsem „bílá žena ze střední třídy v produktivním věku“. Z genderových studií si přináším nutnost reflexe těchto zmíněných kategorií, které nepovažuji za samozřejmé a „přirozeně dané“, nýbrž sociálně, kulturně, politicky i historicky konstruované.

V návaznosti na téma práce je nutné také uvést skutečnost, že se charakterizuji jako „zdravá“. Pojem „zdraví“ byl kategorií, kterou jsem dříve nezpochybňovala. Považovala jsem „zdraví“ za samozřejmé, ale stejně tak i „nemoc“, která se pro mne se „zdravím“ pouze výjimečně střídala. Ani lékařské „autority“ jsem neměla důvod zpochybňovat. Vliv na změnu mého přístupu k celé této instituci medicíny a zdravotnictví mělo především mé studium, ale výběr tématu byl uskutečněn i z jiného důvodu. Vliv na mě měly dvě ženy z příbuzenstva, které obě svou pracovní dráhu zasvětily zdravotnickým službám – obě v pozici podřízené lékařům/kám. Ty ve mne podpořily názor, že medicína ani její pracovníci/ce nejsou neomylní a je nutné je nebrat jako samozřejmost.

Ráda bych se ještě vrátila k tomu, že sebe nenahlížím jako „nemocnou“, nýbrž „zdravou“. Podle mého názoru jde totiž o důležitou kategorii, která v takto orientovaném výzkumu může hrát důležitou roli. Reflexi toho, že se vnímám jako v „produktivním věku“, jsem uvedla z důvodu, že je na tento věk podle mého mínění vázán i předpoklad „zdravého“, „pracujícího“ jedince, který podporuje prosperitu státu. Nemohu tak zcela chápat situaci lidí, kteří tento předpoklad nenaplnují. Nemám diagnostikovanou ani jednu ze zkoumaných „nemocí“, tudíž k nim nepřistupuji z pozice zcela zainteresované a informované. To můžeme vnímat jako pozitivum, ale i negativum. Na jedné straně totiž

nemohu čerpat ve své analýze z pozice zkušené osoby, která ví, co přesně dané „nemoci“ obnáší. Na druhou stranu mne však tyto přímé zkušenosti se zkoumanými onemocněními neovlivňují ve smyslu, že by se mohly předem promítat do mého nazírání na zdravotnictví a jeho služby jako na kladné (v případě pozitivních zkušeností) či záporné (v případě negativních zkušeností). Navíc jsem v medicínském vědění „laik“, tudíž i některá lékařská pojmosloví pro mne mohou být hůře čitelná. To však může mít výhodu v tom, že pro mne medicínský slovník není běžným a tak i samozřejmým, což je prospěšné pro samotnou analýzu.

Posledním důležitým bodem je situování „objektu“ mého zkoumání. V této práci se zabývám pouze výzkumem „západní“⁹ medicíny a textů, které vycházejí v českém prostředí, které je podmíněné svou historickou a kulturní specifičností. Již samotný výběr počátku zkoumaného období je určen právě historickými událostmi, které se vážou na jedné straně k historii našeho státního útvaru a na straně druhé k lékařské události datované k témuž roku¹⁰. Jakožto „členka“¹¹ této společnosti je můj pohled ovlivněn také tím, že jsem byla do tohoto prostředí „západní“ medicíny českého prostředí socializována, a to jako „bílá žena“, tedy jako součást majoritní společnosti. Koncepce politiky lokace je zaměřena na podporu reflexe a odpovědnosti za to, jak feministky/é jednájí a tvoří znalost v rámci pozic, které zaujímají, reprodukují a transformují. Přesto Dagmar Lorenz-Meyer upozorňuje na to, že není zcela možné být transparentní ani k sobě samým a každá reflexivita je tak jen částečná a zprostředkovaná (Lorenz-Meyer 2005: 78, 87). Tuto skutečnost si uvědomuji i já, ačkoli jsem se snažila poskytnout, alespoň základní charakteristiku mé osoby a představit důležité vlivy, které působí na mé bádání v této oblasti, nemohu tvrdit, že jsem zmínila vše, co skrze mou individualitu působí na tento výzkum.

⁹ „Západ“ uvádím v uvozovkách v návaznosti na postkoloniálních studia, která kritizují rozdělování světa na dva odlišné, homogenní, diskurzivní rámce „Západu“ a „Východu“. Blíže Chandra Talpade Mohanty *Očima západu* a Edward Said *Orientalismus*. Kritika euroamerického nazírání především na „východní“ kultury lze převést i na biomedicínskou sféru, kdy je „západní“ medicína chápána jakožto ta majoritní. Said, Edward W. 2008. *Orientalismus: západní koncepce Orientu*. Praha: Paseka.

Mohanty, Chandra Talpade. 2003. "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses." In: *Feminism Without Borders*. New Delhi: Zubaan, an associate of Kali for Women.

¹⁰ Bližší vysvětlení se nachází v charakteristice primárního materiálu výše.

¹¹ Termín „členka“ uvádím v uvozovkách z toho důvodu, že odkazuje k tomu, že sebe sama chápu jakožto součást určitého národního celku. Navíc se považuji za příslušnici „majoritní“ společnosti, což samozřejmě také může zasahovat do koncipování badatelské činnosti, přesto se snažím tuto skutečnost, pokud je to možné, vždy reflektovat. Projevuje se to již tím, že v práci netematizuji například problematiku přistěhovalectví v souvislosti s medicínským prostředím v České republice.

5. ANALYTICKÁ ČÁST

V návaznosti na teoretickou část, v níž představuji současnou debatu vztahující se ke konceptům „zdraví“, „nemoci“ a „prevence“, také v souvislosti s diskurzem „rizika“, který je součástí medicínského prostředí, se následující empirická část snaží shrnout analýzu, která odpovídá na výše formulované výzkumné otázky. Z obsahové a diskurzivní analýzy vyplynulo několik tématickým okruhům, podle nichž je tato kapitola rozčleněna.

Nejprve jsou představeny výše vyjmenované pojmy v kontextu zvolených případových studií diabetu mellitu 2. typu a hepatitidy B, C. V této části se zaměřuji na to, jakým způsobem je s uvedenými koncepty v textech pracováno a jak spolu souvisí. Představuji to, jakým způsobem dochází k disciplinaci a sebedisciplinaci skrze pojem prevence. Při analýze rozdílnosti/shodnosti dvou případových studií se mi otevřelo jedno větší téma, jež souvisí s lékařskou oblastí „epidemiologie“. Ta v případě diabetu 2. typu pracuje s konceptem „genetických predispozic“ a v případě hepatitidy B a C s pojmy jako „nosič“ a „šíření nákazy“. Tyto dva směry epidemiologie určují i to, jakým způsobem medicína přistupuje k jejich prevenci.

Další podkapitola více přibližuje fungování diskurzu „rizika“ a předávání „odpovědnosti“ do rukou jednotlivců. To se děje na pozadí politického (neo)liberalismu, který prosazuje „svobodu“ individualit, jež může být v kontextu medicíny do jisté míry omezována, a to především ve jménu „ochrany veřejného zdraví“.

Poslední podkapitola se zaměřuje na genderové aspekty, které se ve zkoumaných článcích objevují v souvislosti s pojmy „zdraví“, „nemoci“ a především „prevence“. V této části jsem se zajímala o to, zda v rámci textů o hepatitidě B, C a diabetu 2. typu dochází k nějakému rozdělování tématických oblastí, které by byly zaměřeny rozdílně na muže a na ženy, popřípadě na to, jak může toto různé pojmání žen a mužů v rámci textů, působit skrze lékařskou autoritu na pacienty/ky. Zajímám se tak opět o to, jakým dalším způsobem zasahuje medicína do životů jedinců, respektive celé společnosti, a to skrze kategorii genderu. V této poslední části také tematizuji to, jaké další charakteristiky jsou jedincům a jejich tělům připisovány, a jak je to může ovlivnit. Konkrétněji, v rámci analyzovaných článků se pracuje s „rizikovými faktory“ a „rizikovými skupinami“, které při jejich bližším charakterizování, mohou mít za následek, že lidé pod stínem připisovaného „rizika“ mohou být ve společnosti stigmatizováni.

Každá z těchto větších částí je pro lepší orientaci v tématu shrnuta do menší podkapitoly, která čtenářům/kám ve stručnosti představuje základní zjištění z analýzy, tak aby se mohli lépe orientovat ve zkoumané problematice a přesunout se k další kapitole.

5.1 Zdraví, nemoc a prevence v kontextu „diabetu 2. typu“ a „hepatitidy B, C“

V analyzovaných lékařských člancích nese „nemoc“ vždy konkrétní pojmenování, a to „diabetes mellitus 2. typu“ a „hepatitida B a C“. Aby však mohlo dojít ke konkrétnímu označení „nemoci“, předpokládalo to v případě textů o hepatitidě B a C „objev původce, antigenu“.

„První zpráva o nově objeveném hlavním původci potransfúzní hepatitidy non-A, non-B, označeném jako virus hepatitidy C. (...) V polovině roku 1989 pracovníci z Chiron Corporation v Kalifornii izolovali klonovanou DNA z virového genomu parenterálně přenášené NANBH, nový virus označili jako virus hepatitidy C (HCV) a vyvinuli rekombinantní imunoesej ke zjišťování specifických protilátek anti-HCV.“ (Stránský 1989: 1627)

„Výskyt ikteru jako negativního průvodního jevu lékařského ošetření je sice znám už několik desetiletí, avšak teprve objevení „australského antigenu“ Blumbergem a Alterem v roce 1965 znamenalo počátek identifikace virové hepatitidy B (HBV) a příslušných obrazů nemocí. Díky tomu bylo možné vydělit jednu formu hepatitidy ze skupiny zánětlivých onemocnění jater a charakterizovat ji.“ (Schiller et al. 1990: 929)

Uvedené úryvky shrnují proces, v jehož rámci došlo k pojmenování hepatitidy B a C. To je navázáno na medicínský „objev“, který je učiněn na základě lékařských vědomostí a technologií. K těmto „objevům“ konkrétně došlo „izolací klonované DNA z virového genomu“ a „vydělením“ jedné formy hepatitidy od ostatních jaterních onemocnění.

„Nemoc“ se tak ustavuje právě z tohoto „objevu“, respektive z této „izolace“ a „vydělení“. Skrze tyto procesy dochází k identifikaci a pojmenování hepatitidy B a C. „Objev“ slouží jako mezník pro vyvstání „nového“ onemocnění. Neznamená to, že by daná „nemoc“ před tímto „objevem“ neexistovala, pouze nebyl dostatek informací, na

jejichž základě by došlo k označení původců „nemoci“. Navíc, jak ukazuje druhý úryvek tento „objev“ neznamená pouze identifikaci konkrétní formy hepatitidy, nýbrž i „počátek příslušných obrazů nemoci“. Skrze nově zjištěné informace se v lékařství utvářejí i nové představy o onemocnění. Ačkoli ve zkoumaných textech nejsou tyto „obrazy nemoci“ přímo specifikovány, v případě hepatitidy C jsou konkrétní představy odvozovány od dříve známé hepatitidy B. Jedná se především o představy o cestách „šíření nemoci“, o „rizikových skupinách“. Bližší charakteristice a analýze těchto obrazů se věnuji níže. Jedná se ale i o hledání obdobné léčby. To můžeme vidět na snaze využít známou léčebnou techniku hepatitidy B – interferon alfa – na nemocné hepatitidou C, jež však do této doby nebyla příliš „úspěšná“.¹² Cesta, kterou se lékaři/ky vydávají, aby zjistili, jak léčit určité onemocnění, je cestou dosavadních známých informací. Medicínské znalosti tak určují to, jakým způsobem se k jednotlivým „nemocem“ přistupuje.

Skrze výše uvedené úryvky můžeme vidět to, jak se ustavují nejenom nová pojmenování, a tedy „nové nemoci“, ale i „nové“ způsoby porozumění daným onemocněním a jejich léčby. Jde tak o postupný proces, který je podmíněn novými lékařskými vědomostmi a technologiemi. Proto můžeme „nemoc“ vnímat jako medicínský konstrukt, který vzniká v určitém historickém a sociálním kontextu.

Tyto identifikace a „nová“ označení „nemoci“ s sebou v současnosti přináší důsledky, které se opírají o dnešní pojímání „zdraví“ jakožto „normy“. Jestliže lékaři/ky pojmenují „hepatitidu B a C“ a určí, že jde o „nemoc“, dochází tak zároveň k tomu, že se „hepatitida B a C“ stává opakem „zdraví“, a tedy stavem, který nenaplnuje normativní očekávání společnosti. Tento stav je pak nutno kontrolovat a regulovat (Illich 2012: 112) tak, aby tuto „normu“ naplňoval, nebo se k ní alespoň přibližoval. Odtud vyplývají odkazy v analyzovaných textech na to, aby daná onemocnění byla léčena. Než však může dojít k léčbě, je nutné zjistit, co se má léčit.

Diabetes mellitus 2. typu a hepatitida B, C jsou někdy blíže charakterizovány tak, že je jejich (abstraktní) název připojen ke konkrétním částem těla, jež jsou definována jako určitým způsobem porušena. To se děje především v případě virových hepatitid B i C, u nichž je „nemoc“ situována do oblasti jater a je specifikována jako „porucha jater“,

¹² „Úspěšná“ léčba je pojmem, který závisí na definici, kterou utváří medicínská instituce. Texty se definici „úspěšné“ léčby nevěnují, a to zřejmě z toho důvodu, že ani u hepatitidy C, ani u diabetu mellitu 2. typu, k této „úspěšné léčbě“ ještě nedošlo. Mohlo by se však odvodit, že za „úspěch“ léčby se považuje zvrát stavu „nemoci“ na stav „zdraví“. Definicím „zdraví“ v souvislosti s hepatitidou B a C, diabetu 2. typu se věnuji dále v textu.

„zánětlivé onemocnění jater“ či ještě konkrétněji jako „onemocnění jaterního parenchymu“ (Hořejší 1990: 1132; Schiller et al. 1990: 929; Kráslová et al. 2003: 590).

„Aktivita zánětlivého procesu je u chronických virových hepatitid podmíněna replikací viru v hepatocytech. Jejich léčba je proto v současné době zaměřena na zastavení replikace viru. V posledním desetiletí se na první místo v léčbě chronické aktivní hepatitidy B dostal interferon alfa.“ (Šperl 1996: 111)

Uvedený úryvek blíže představuje to, jakým způsobem je medicínou nahlíženo na „nemoc“ hepatitidy B. Jak jsem již uvedla výše hepatitida B i C je lékaři/kami vnímána jako „zánětlivé onemocnění jater“. Tento „zánětlivý proces“ je podmíněn určitými procesy v těle jedinců – „replikací viru v hepatocytech“. „Nemoc“ je na jedné straně situována do konkrétního místa „problému“, tedy do oblasti jater, a na straně druhé dochází k určení její bližší příčiny, tedy „replikace viru v hepatocytech“. Určení lokace a hledání příčiny zviditelňuje pro lékaře/ky zkoumané onemocnění. Toto uvažování navazuje na klasifikační myšlení, které se ustavilo v 18. století, kdy začala medicína pátrat po viditelných příčinách „nemoci“ (Foucault 2010: 24-25). „Nemoc“, která jak v případě diabetu 2. typu, tak v případě hepatitidy B, C nemusí mít nutně vnější fyzické projevy, tak získává určitou viditelnou podobu. Medicínský zájem je zde směřován do nitra lidského těla, kde pátrá po „nemoci“. „Nemoc, kterou lze určit obrazem, se ukazuje skrze tělo. (...) Jeho omezení vymezují viditelné podoby, jichž nemoc nabývá v nemocném organismu: způsob, jímž se v něm rozděluje a projevuje, postupuje ve zhoršování pevných částí, pohybů či funkcí, vyvolává poškození viditelná při pitvě, spouští na tom či onom místě hru symptomů, podněcuje reakce a směřuje tak k fatálnímu či příznivému vyústění.“ (Foucault 2010: 28)

Zviditelňování „nemoci“ se dnes uskutečňuje nejenom skrze pitvu, ale i skrze nové medicínské technologie, jako jsou mikroskopy, měřicí přístroje atp. Ty umožňují zobrazení „nemoci“ na jejich molekulární úrovni. Z toho důvodu je možné, aby se o hepatitidě B v analyzovaném článku hovořilo na genetické úrovni jako o „zánětlivém procesu“, který je podmíněn „replikací viru v hepatocytech“. Možnost tímto způsobem „nemoc“ zviditelnit utváří prostor pro promyšlení a uskutečňování určité léčby. Ta se odvíjí od těchto získaných znalostí o daném onemocnění. Konkrétně tak léčba směřuje

k zastavení této „replikace“, tedy k zastavení její příčiny. V mé práci však tento konkrétní lékařský přístup charakterizuje pouze hepatitidu B, C. Diabetes mellitus 2. typu je definován poněkud odlišně.

„Vzhledem k multiorgánovému poškození je diabetes onemocněním, které zasahuje snad do všech medicínských oborů a vyžaduje komplexní mezioborový přístup.“ (Pelikánová 2003: 433)

„Základem správné léčby úplavice cukrové je v první řadě správná diabetická dieta a přiměřená pohybová aktivita, dále pak snižování nebo eliminace dalších rizikových faktorů, jako jsou stressové situace, kouření, obezita, ekologické vlivy a další. Teprve po vyčerpání všech těchto možností by u diabetiků II. typu teprve měla nastoupit léčba PAD, resp. inzulinem.“ (Březina et al. 1989: 1329-1330)

Diabetes mellitus 2. typu je ve zkoumaných medicínských člancích pojímán jako „multiorgánové poškození“. Texty a lékařský zájem o toto onemocnění se nezaměřuje na lokalizaci konkrétního místa, ale na „komplexní přístup“. Od toho se odvíjí i orientace léčby diabetu 2. typu. Již v úryvku z roku 1989, se hovoří o tom, jak by se měla tato „nemoc“ léčit. Charakteristika léčby spočívá v definování „správného“ postupu. Ten podle uvedeného textu představuje primárně „správnou diabetickou dietu“ a „přiměřenou pohybovou aktivitu“, „snížení/eliminaci rizikových faktorů“. Přímý zásah medicínských technologií by měl být až druhořadý.

Přestože v obou případových studiích je zmíněná snaha o léčbu „nemocí“ za pomoci medicínských prostředků (inzulinem, interferonem alfa), u diabetu 2. typu je větší důraz kladen směrem k preventivnímu jednání, které by „snížilo“ či „eliminovalo rizikové faktory“.

Prevence je v lékařství velkým tématem a v současné době, kdy je odpovědnost za zdraví převáděna především na nás samotné (Lupton 2003), je i prevence naším úkolem. Dodržováním určitých – „správných“ – zásad bychom měli o sebe pečovat. Je nutné zde reflektovat problematiku toho, co je to „správné“ a kdo to určuje? V kontextu medicíny je

„správnost“ definována samotnými lékaři/kami. Ti/y z pozice těch, kteří/ré „vědí“ na základě svého dlouhého studia a praxe, navíc na základě historicky ustaveného symbolického kapitálu (Bourdieu 2000), který je této profesy připisován, mají v naší společnosti vybudované právo říct, co je „správné“ v souvislosti se „zdravím“ a „nemocemi“. I když dnes bývá jejich důvěryhodnost narušována (vizte Hartmann 2007; Hasmanová Marhánková 2008; Hasmanová Marhánková 2014), přesto předpokládám, že je spousta lidí, kteří považují lékařské autority za téměř neomylné a bezvýhradně jim důvěřují. Pokud tedy lékaři/ky řeknou, že je určité chování (dieta, sport, atp.) „správné“, lidé to mohou považovat za samozřejmé a nezpochybňovat to. Tímto způsobem se skrze samotné jedince udržuje mocenská pozice medicínského vědění a lékařské profese.

„Správná“ dieta a přiměřená pohybová aktivita mohou být ale prázdnými slovy, pokud nejsou přesně definovaná. Tuto charakteristiku nám předávají jak lékaři/ky, kteří čerpají ze stejných či podobných textů jako já, tak například i média. Ta přebírají jazyk medicíny a hrají důležitou roli při interpretaci lékařského vědění, které si více či méně přizpůsobují (Treichler 1999: 73). Skrze samotné lékaře/ky a skrze různé mediální prostředky je na nás vyvíjen tlak, kterého si nemusíme být vědomi, ale který nás vede k tomu, abychom upravovali naše denní návyky a chování. „Riziko“ jako důsledek životních voleb jedince (Lupton 1997), nutí lidi promýšlet svá rozhodnutí a kalkulovat s možnými „riziky nemocí“.

„Diabetes mellitus představuje významný rizikový faktor pro manifestaci kardiovaskulárních chorob. Z celé řady epidemiologických studií lze sestavit přehled významnosti nejdůležitějších ovlivnitelných rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob, jejichž hlavní příčinou je urychlený rozvoj aterosklerózy.“ (Šobra et al. 1989: 1575)

„Pozornost je věnována prevenci a ovlivnění dalších rizikových faktorů, jako jsou inzulínová rezistence, hyperlipoproteinémie, hypertenze a obezita.“ (Pelikánová 2002: 434)

„Přetrvávající infekce virem hepatitidy C, ke které dochází u více než 70 % všech virem infikovaných pacientů, je spojena s chronickou hepatitidou a

jejími komplikacemi, jako jsou jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom.“
(Kráslová et al. 2003: 591)

Ve všech analyzovaných člancích se pod názvy jednotlivých „nemocí“ skrývala další onemocnění, jejichž „příčinou“ jsou podle lékařů/ek právě primární onemocnění, tedy diabetes 2. typu a hepatitida B a C. Tím se pod názvem „diabetes mellitus 2. typu“ a „hepatitida B, C“ odkrývá celá řada „tělesných komplikací“. Skutečnost, že se pod těmito „nemocemi“ otevírá seznam dílčích „nemocí“, odkazuje podle Susan Sontag k tomu, že se diabetes 2. typu a hepatitida B, C stávají výrazně produktem lékařské definice či konstrukce (Sontag 1997: 107). To, že se v textech objevují právě přesné formulace možných „nemocí“, statistický výčet „rizikových faktorů“ a návrhy intervencí, představuje snahu o převzetí kontroly medicíny nad nepředvídatelností vážných „nemocí“ a dokonce smrtí (Lupton 2013: 81). Čím více „komplikací“ je spojováno s jednou konkrétní „nemocí“, tím více se může zdát, že je v textech pojmání „zdraví“ postupně oklešťované. Lékařům/kám se tak rozšiřuje oblast jejich možné intervence do života jedinců. V tomto pohledu pak dosáhnout „zdraví“ není ničím jednoduchým a „zdraví“ se tak stává určitou vzácností. Ve skutečnosti však nemusí připsané „komplikace“ nutně nastat, což je při podrobnějším čtení zkoumaných textů zřejmé, avšak jejich výčtem se zdají být velice reálnými.

Pokud jsou spolu různé „nemoci“ dávány do souvislosti a navíc je k tomu přidána statistická významnost, může to mít své důsledky. Jednotlivá onemocnění se mohou zdát od sebe neoddělitelná. Skrze lékaři/ky se tyto informace předávají dál směrem k pacientům/kám. Tak může docházet k tomu, že na veřejnosti jsou různé „nemoci“ prezentovány s určitými konotacemi dalších onemocnění. Příkladem tohoto propojení je spojování diabetu 2. typu s obezitou. K tomuto konkrétnímu spojení dochází i v samotných analyzovaných textech. Lidé s cukrovkou pak mohou být vnímáni jako obézní a u obézních lidí může docházet k předpokladu, že mají cukrovku, ačkoli to tak nemusí být. K tématu obezity se vrátím v poslední podkapitole, kde přiblížím problematiku tohoto propojení v souvislosti s individuálním tělem a odpovědností.

Dva výše uvedené úryvky Pelikánové a Šobry ukazují, že se i v rozmezí let 1989 - 2002 s tímto onemocněním pracuje jako s „rizikovým faktorem“, jenž může zapříčinit další „nemoci“. Na jednu stranu je zde diabetes 2. typu, který může způsobit či zhoršit jiné „nemoci“, a na druhou stranu jsou zde „rizikové faktory“, které mohou určovat stav

pacientů/ek s diabetem 2. typu. V obou případech se objevuje koncept „rizika“, jenž navozuje pocit, že je tu reálná šance na obě varianty. Zkoumané lékařské texty tak pracují s předpokladem, že pokud má jedinec diabetes 2. typu, má určitou pravděpodobnost i dalších onemocnění. A pokud se u jedince objeví jeden z výše uvedených „rizikových faktorů“ (obezita, hypertenze), je zde naopak určitá pravděpodobnost, že se u něj projeví diabetes 2. typu.

Pokouším se zde říct, že je nutné si uvědomit, že propojování jednoho onemocnění s jeho dalšími možnými „komplikacemi“ je medicínským nástrojem, který slouží k definování pravděpodobných, nikoli skutečných „rizik“ dané „nemoci“. „Riziko“ je užíváno tak, aby do jisté míry vyvolalo pocit strachu z dané „nemoci“. Tento „strach“ může skrze články v lékařích/kách vyvolávat pocit odpovědnosti vůči lidem a společnosti tak, že tyto vědomosti o daných „nemocích“ a jejich „komplikacích“ budou předávat svým pacientům/kám. Navíc tento strach také může působit v tom smyslu, že v lidech podporuje snahu se „komplikacím“ i „nemocím“ vyhnout, čemuž uzpůsobují i své chování. V konečném důsledku se nevyhýbají pouze „nemocem“, ale i lidem s „nemocemi“. Tato strategie postavená na strachu může mít za následek stigmatizaci a marginalizaci lidí, kteří jsou s konkrétní „nemocí“ spojováni (Kolářová 2009: 17).

V rámci diskurzu „rizika“ skrze prevenci může docházet k regulaci těl a jednání. Těla jednotlivců jsou regulována tak, aby čelila definovaným „rizikovým faktorům“, a jsou disciplinována směrem k preferovanému životnímu stylu. „Důraz současných západních společností na vyvarování se rizika je silně spojen s ideálem ‘civilizovaného’ těla, s rostoucí touhou kontrolovat život jedince, s racionalizací a regulací Já a těla tak, aby se vyhnuly ranám osudu.“ (Lupton 2003: 10) Pokud má jedinec diabetes 2. typu, ale i jakoukoli jinou „nemoc“, nebude přeci riskovat nedodržováním „správných“ zásad další možné „komplikace“, které pro větší důraz „rizikovosti“ lékaři/ky vyjmenují. Těla jsou organizována tak, aby se co nejvíce přibližovala k ideálu – „normě“ – společnosti. Funkcí moci, která zde působí, je tedy především regulace, jež pracuje pomocí rozmístění okolo „normy“ (Foucault 1999: 167). Tak dochází k „normalizaci nemocných“ těl tím, že jsou „omezeny“ či dokonce zcela „eliminovány rizikové faktory“. Tato „omezení“ či „eliminace rizikových faktorů“ mohou být v kontextu diabetu charakteristikou „zdraví“, u něhož současné medicínské poznání není ve stavu, kdy by byl diabetes 2. typu považován za zcela „vyléčitelný“. „Norma zdraví“ tak v případě diabetu 2. typu není nikdy zcela naplněna.

„Zlepšení objektivního i subjektivního zdravotního stavu pacientů a jejich lepší spolupráce se zdravotníky napovídají, jakým směrem by se mohlo preventivní zaměření našeho zdravotnictví v příštích letech ubírat. Zainteresovanost pacientů na zdárném průběhu akce signalizuje tolik potřebný aktivní přístup k otázkám vlastního zdraví.“ (Březina et al. 1989: 1328)

V některých analyzovaných článcích je „zdravotní stav“ rozdělován na „objektivní“ a „subjektivní“. „Zdraví“ tak bývá v textech nahlíženo ze dvou různých úhlů. První, „objektivní zdravotní stav“ byl v článku od Březiny (1989) určen „step testem“, s jehož pomocí bylo z lékařského pohledu „objektivizováno zvýšení tělesné zdatnosti“. „Došlo k významnějšímu zkrácení zotavovací fáze charakterizované strmějším poklesem tepové frekvence.“ (Březina 1989: 1331) „Subjektivní zdravotní stav“ byl pak charakterizován na základě toho, že se pacienti/ky „cítí velice dobře“ (Březina 1989: 1331). „Zdraví“ je tak možné definovat na „objektivní“ úrovni z medicínského pohledu (pomocí měření tepové frekvence) a na „subjektivní“ úrovni z pohledu pacientů/ek. Tyto dvě perspektivy nahlížení na „zdraví“ nemusí být samy o sobě problematické. Problematická je ale distinkce „objektivní“/„subjektivní“, kdy je „objektivní“ vztahováno k lékařské definici „zdravotního stavu“. „Objektivní“ za sebou skrývá celou diskurzivní oblast medicínského vědění, jakožto mocensky nadřazeného „subjektivnímu“. Může se proto zdát, že určení „objektivního zdraví“ lékaři/kami má větší vypovídající hodnotu o „stavu“ jedince, než jeho „subjektivní“ pocit.

Úryvek od Březiny (1989) také ilustruje představu lékařů/ek o směru preventivních akcí. V tomto článku šlo konkrétně o rekondiční akci, kdy *„rekondicí rozumíme znovunabytí žádaného optimálního tělesného a psychického stavu organismu. Smyslem rekondice diabetiků je komplexní léčebná péče v souladu s celospolečenským diabetologickým programem,¹³ se zafixováním správné denní jednotky ve smyslu dietního*

¹³ Uvedený diabetologický program není blíže specifikován, v současnosti je platný *Národní diabetologický program 2012-2022 (NDP)*, který sestavila Česká diabetologická společnost v roce 2012 a který je podpořen i Ministerstvem zdravotnictví České republiky. „Posláním NDP je podpora vzniku opatření pro prevenci diabetu, včasnou diagnostiku diabetu, léčbu diabetu a jeho sdružených komorbidit, prevenci komplikací diabetu a kontrolu kvality systému. Přímým důsledkem bude včasný záchyt pacientů s diabetem, intenzivnější terapie diabetu a komorbidit snižující počet pozdních komplikací a vytvoření racionálního

režimu a přiměřené pohybové aktivity, jejíž nedílnou součástí je zdravotně výchovná činnost i společenské vyžití. Nejde tedy o vytvoření skleníkových podmínek, ale o návod, jak se správně léčit a vyrovnávat se s problémy plynoucími ze základního onemocnění tak, aby se především zlepšila kvalita života diabetika.“ (Březina 1989: 1328) Preventivní akce by podle uvedených úryvků měly směřovat ke „zlepšení života“. Mohlo by se zdát, že lékaři/ky předpokládají, že je život lidí s diabetem 2. typu „horší“. „Nemoc“ je ve zkoumaných textech považována za něco, co „zhoršuje“ život lidí, a co je tak v opozici ke „zdraví“, jež je cílem této snahy po „zlepšení“. Toho by se u diabetu 2. typu mělo dosahovat „rekondicí“, „správným dietním režimem“, „přiměřenou pohybovou aktivitou“, ale také „zdravotně výchovnou činností“. Všechny tyto aktivity na jedné straně předpokládají práci lékařů/ek, kteří by měli pacientům/kám poskytovat zmíněnou „zdravotní výchovu“, a na straně druhé „zainteresovanost“ pacientů/ek na těchto akcích. „Zainteresovanost“ je v analyzovaném textu vnímána jako „aktivní přístup k vlastnímu zdraví“, který je pro „zdárný průběh akce“ a zároveň pro „zlepšení zdravotního stavu“ pacientů/ek charakterizován jako „potřebný“.

Zvláštní důraz je kladen na organizaci edukačních programů pro diabetiky a jejich rodiny, jejichž cílem je výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění. Nezastupitelnou roli zde hrají specializované edukační sestry, které například v loňském roce poskytly přes 1593 individuálních konzultací, podílely se na jedenácti týdenních skupinových edukacích pro diabetiky léčené inzulínem při hospitalizaci (celkem 88 pacientů) a několik rekondičních pobytech.“ (Pelikánová 2002: 434)

Zkoumané texty, týkající se diabetu 2. typu, vypovídají o roli lékařů/ek. Jak jsem již zmínila, není zde příliš silný důraz na léčbu tohoto onemocnění. Do popředí je kladena prevence. Úkolem lékařů/ek v preventivní oblasti je „zdravotně výchovná činnost“, kterou uvádí Březina (1989: 1328). Pelikánová (2002: 434) v dalším úryvku představuje, že je důležité, aby byly organizovány „edukační programy pro diabetiky a jejich rodiny“, ve

systému kontroly kvality.“ (Česká diabetologická společnost 2012). Dostupné z: <<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program-2012-2022>> (cit. 10. 6. 2014)

kterých mají „nezastupitelnou roli specializované edukační sestry“.¹⁴ Podle těchto úryvků je cílem vzdělávacích programů „výchova nemocných k samostatnější péči o vlastní onemocnění“, tedy „aktivní přístup k vlastní nemoci“. Užívání přivlastňovacího zájmena „vlastní“ odkazuje k tomu, že je „nemoc“ vnímána jako individuální záležitost pacientek/ů, čímž je i starost o tuto „nemoc“, respektive „zdraví“, „vlastní“ záležitostí. Ačkoli se v textech nepracuje přímo s pojmem „zodpovědnosti“, tím, že se mají od lékařů/ek naučit, jak se o „svou nemoc aktivně“ starat, je tato „odpovědnost“ za „vlastní nemoc/zdraví“ ustavována. Přes současné „epidemiologické“ hledisko je tak diabetes 2. typu chápán jako „nemoc“, jež je spojena s konkrétními osobami, které se mají o „svou nemoc aktivně“ starat. Ačkoli zájmy veřejného zdravotnictví zůstávají vázány na kontrolu těl, posouvají se od pouhého varování před „nemocemi“ k tomu, aby lidé sami převzali odpovědnost za udržování vlastního „zdraví“ (Lupton 2003: 35).

V uvedeném úryvku je implicitně vyjádřeno předávání zodpovědnosti z instituce na jedince. Tato zodpovědnost je převedena právě za pomoci lékařů/ek, „sester“ a zdravotnického personálu, jejichž úkolem je v podstatě člověka naučit „správnému“ způsobu chování. Můžeme si tak všimnout jistého předpokladu, že tito lidé – „diabetici/čky“ – o sebe a o své onemocnění neumí pečovat či že to dělají nějakým způsobem „špatně“. Z tohoto důvodu je v rámci prevence nutné, je tomu naučit bez ohledu na to, zda tomu tak skutečně je či ne. V textech o diabetu 2. typu se navíc nikde neobjevuje, že by měli lékaři/ky dát těmto lidem prostor na vlastní volbu „životního stylu“. Edukační a rekondičními programy jsou směřovány pouze k medicínské představě péče o „vlastní nemoc“ i o vlastní tělo. To odkazuje k tomu, že je ve zkoumaných lékařských člancích vnímán jen jeden způsob péče jako ten „správný“. Úkolem „sester“ i lékařů/ek je tomuto „správnému“ způsobu chápání „onemocnění“ a péče o něj pacienty/ky naučit. Skrze tuto edukaci „sestry“ a lékaři/ky disciplinují jedince, učí je dodržovat určité denní návyky jako je stravování či pohybová aktivita.

Role medicínské autority zde však není o podpoření pasivních pacientů/ek. Ti/y se musí aktivně zapojit. Pokusit se porozumět „vlastní nemoci“ a pracovat na technikách, které urychlí proces zotavení. Jsou informováni nejenom o jejich „nemoci“, ale také o jejich „predispozicích“. Tím jsou informováni/é pacienti/ky zavázáni/é k plnění příslušných kroků, jako je dodržování diet, životního stylu a návyků ve jménu

¹⁴ „Sestry“ uvádím v uvozovkách, jelikož zde analyzovaný text odkazuje k jedné kategorii genderu a k jeho specifické úloze. Tomuto tématu se věnuji níže.

minimalizace „nemoci“ a maximalizace „zdraví“ (Rose 2006: 143, 147). Při osvojení si těchto informací a dovedností dochází k tomu, že jedinec sám sebe kontroluje a reguluje projevy „svého onemocnění“ – sebedisciplinuje se.

To se ale netýká jen lidí s diabetem 2. typu či hepatitidou B a C. Pokud budeme uvažovat za rámec analyzovaných textů, můžeme si uvědomit, že se to týká nás všech, jakožto potenciálních pacientů/ek. V dnešní společnosti je od nás požadováno, abychom byli flexibilní, abychom se neustále zlepšovali, abychom monitorovali naše zdraví a kalkulovali s možnými „riziky“ a „genetickými predispozicemi“. Tak je ustavován aktivní zodpovědný „biologický občan“, který je v procesu neustálého sebe-hodnocení, sebedisciplinování, úpravy svého chování, stravování, životního stylu a léčebného režimu formován tak, aby odpovídal měnícím se požadavkům „náchylného“ těla (Rose 2006: 154).

Na tomto místě bych se ještě ráda vrátila k jedné doposud neřešené analytické kategorii, kterou je gender. Ačkoliv se medicína může jevit jako „neutrální“ věda a ačkoliv sama sebe zřejmě vnímá jako „objektivní“ – k čemuž odkazuje charakteristika lékařských postupů a přístupů k „nemoci“, jakožto „objektivního“ hodnocení „zdravotního stavu“ pacientů/ek (vizte výše Březina 1989) – její konstruování kategorie genderu tomu neodpovídá.

„Z našich 92 vyšetřených pacientů PCT mělo 21 reaktivitu anti-HCV v metodě ELISA druhé generace. HCV RNA byla vyšetřena v séru pomocí PCR u 20 anti-HCV reaktivních pacientů, neboť jeden pacient v mezidobí zemřel. Skupinu tvořilo 16 mužů a 4 ženy v průměrném věku 64 let (rozmezí 26 až 83 let) a průměrné době trvání PCT 17 let.“ (Malina et al. 1996: 428)

„Kromě lékařů diabetologů, chirurgů, ortopeda a protetika je systematická péče zajišťována 4 specializovanými podiatrickými sestrami.“ (Pelikánová 2002: 434)

V uvedených úryvcích jak v případě diabetu 2. typu, tak v případě hepatitidy B, C se pracuje s tím, že lékařsky zkoumaný soubor „pacientů“ se skládá z „mužů“ a z „žen“.

Obvykle je jejich poměrové zastoupení zobrazeno ve statistických tabulkách, kde se opět užívá pouze dvou kategorií „muži“ a „ženy“. „Není pochyb o tom, že dělení lidstva na muže a ženy splňuje praktickou pořádkovou funkci, v teorii si ovšem musíme uvědomit, že se jedná o hrubé zjednodušení, o tzv. *misplaced concreteness*.“ (Šmausová 2002: 15) Z názorného zobrazení poměru pacientů a pacientek, může vyvstávat představa, že se tito jedinci z lékařského pohledu liší, a proto jsou rozděleni na „ženy“ a „muže“ v textu i v tabulkách. Rozdíl mezi ženami a muži byl a stále je chápán jako „neměnný, přirozený, bytostný“, přičemž tento dojem biologické rozdílnosti mezi pohlavími vzniká tím, že se potlačuje to, co mají společné, a zdůrazňuje se to, co je odlišné (Šmausová 2002: 20). Gender je v analyzovaných textech konstruován jako binární kategorie, která se neproměňuje, a je tedy fixní. Jelikož skutečnost genderovému dualismu neodpovídá, upozorňuje Gerlinda Šmausová na to, že gender má normativní povahu. Nejenom medicína, ale i právo v českém kontextu pracuje s dualitou pohlaví.¹⁵ Rodným listem a následně občanským průkazem jsou lidé zařazováni do jednoho ze dvou u nás možných pohlaví. To má své důsledky především na jedince, u nichž se definice genderové role a definice pohlaví těla rozcházejí (Šmausová 2002: 20). Medicínu je nutné zkoumat i skrze kategorii genderu, jelikož stojí právě na normování lidských těl a pomáhá udržovat dualismus pohlaví, jakožto „neměnnou“ a „přirozenou“ součást naší společnosti. Anne Fausto-Sterling v této souvislosti poukazuje na to, že vědecké práce můžeme nahlížet jen jako partikulární druh kulturní interpretace (Fausto-Sterling 1997: 248).

Zároveň se zde pracuje s generickým maskulinem. Ukázkou je úryvek od Pelikánové (2002), kde jsou uvedeni „lékaři, diabetologové, chirurgové, ortoped a protetik“. Tyto názvy však mohou evokovat spíše „mužské“ postavy, obzvláště je-li dále napsáno, že jsou tam také „sestry“, které spíše vyvolávají představu „žen“. Užívání generického maskulina vede k tomu, že jsou ženy zneviditelnovány, což zároveň „podporuje falešnou univerzalizaci mužské=lidské, ženské=specifické.“ (Knotková-Čapková et al. 2007: 18) Specifičnost, o které hovoří Blanka Knotková-Čapková, se v úryvku od Pelikánové (2002) projevuje ve zmíněném odkazu na „specializované podiatrické sestry“, jejichž prací je péče o pacienty/ky stejně tak jako je prací „lékařů“, „chirurgů“ a dalších. Vztah mezi „muži“ a „ženami“ je ustavován skrze distinkci

¹⁵ Gender a pohlaví zde pojímám jako sociální a kulturní konstrukt; kdy pohlaví se ustavuje na základě biologických konstrukcí těl, například právě medicínou. V mém chápání těchto konceptů vycházím především z práce Blanky Knotkové-Čapkové, Terezy Jiroutové-Kynčlové a Jana Matonohy. Vizte Knotková-Čapková, Blanka, Tereza Kynčlová, Jan Matonoha. 2010. „Úvod: gender jako metodologická kategorie literárních analýz.“ In Tvář v tvář. Praha: Gender studies.

„běžného/normálního“ a „specifického/jiného“. Ačkoli se to může jevit jako neproblematické, skrývá se za tím celý symbolický řád naší společnosti, který ustavuje hierarchickou pozici „mužů“ nad „ženami“. „Síla masculinního řádu je zřejmá z faktu, že tento řád nepotřebuje žádné ospravedlňování: androcentrické vidění se vnucuje jako neutrální a nevyžaduje žádné legitimující diskursy.“ (Bourdieu 2000: 13) Skrze zdánlivě „objektivní“ jazyk medicíny je reprodukována tato mocenská pozice, která legitimizuje nerovné postavení „žen“ a „mužů“ ve společnosti. Proto je nutné se analýzou genderu zabývat, aby se zviditelnilo to, jakými způsoby se stávající společenský řád neustále potvrzuje a udržuje. Medicínský jazyk je jedním z nástrojů reprodukce sociálního světa. V rámci mé analýzy vybraných lékařských článků o hepatitidě B, C a diabetu mellitu 2. typu shledávám jako důležité, se zabývat výše načrtnutou oblastí – zneviditelňování žen ve zkoumaných člancích. Tomuto tématu je věnována poslední kapitola analýzy.

5.1.1 Epidemiologické hledisko „diabetu 2. typu“ a „hepatitidy B a C“

V některých aspektech zkoumaných textů se s onemocněním hepatitidy B, C a diabetu mellitu 2. typu pracuje odlišně. Přestože je v současnosti o diabetu 2. typu uvažováno v kontextu epidemiologie, poněkud se liší od epidemiologického hlediska hepatitidy B a C. Epidemiologii obou „nemocí“ představím níže.

„Diabetes mellitus postihuje v současné době např. v České republice více než 6 % obyvatelstva.“ (Saudek 2003: 524)

„Infekce virem hepatitidy C (HCV) je celosvětový zdravotnický problém, jehož význam v průběhu posledních let stále narůstá. V současné době se odhaduje, že virem je na celé zeměkouli infikováno 170-200 milionů obyvatel. (...) Závažnost takto prevalentní infekce narůstá tím, že minimálně 20 % infikovaných jedinců dospěje v průběhu několika let k závažnému jaternímu postižení charakteru až jaterní cirhózy.“ (Urbánek et al. 2002: 185)

V obou uvedených úryvcích dochází k zobrazení procentuálního zastoupení „nemocných“ v populaci (české, celosvětové). Zastoupením „nemocných“ v populaci lékaři/ky zdůrazňují „závažnost“ onemocnění. Statistiku můžeme zařadit do druhého proudu formování moci nad životem jedinců, o kterém hovoří Foucault - bio-politiky populace (Foucault 1999: 162). „Závažnost“ onemocnění se tak vztahuje k populaci. Rolí statistiky je ukázat, kolik lidí má danou „nemoc“, a tím legitimizovat nutnost medicínské intervence a regulativní kontroly.

Jedinci a populace jsou regulováni prostřednictvím nástrojů epidemiologie. V roce 1989 vychází lékařský článek, který hovoří o tzv. „genetické epidemiologii“ diabetu 2. typu.

„Využití postupů genetické epidemiologie při odhalování rizikových faktorů u dalších členů rodiny je racionální cestou primární prevence kardiovaskulárních chorob. Umožňuje zavedení rodinného ochranného režimu, zajišťujícího aktivnější přístup k potlačování prokázaných rizikových faktorů.“ (Šobra et al. 1989: 1579)

Text uvažuje v kontextu „genetických predispozic“, na základě nichž se v rodinách může předávat, a tedy se i rozšiřovat nejen toto onemocnění, ale i výše zmíněné přidružené „komplikace“. Příkladem jsou uvedené kardiovaskulární choroby. V úryvku si však můžeme všimnout ještě jedné důležité informace. Tedy toho, jakým způsobem je možné „genetickou epidemiologii“ využít. Lékaři/ky mají „odhalovat rizikové faktory“ nejen u konkrétních jedinců, kterým stanovili diagnózu diabetu 2. typu, ale také u jejich příbuzných. Ačkoli ti nemusí onemocnění diabetu vůbec mít. „Odhalování rizikových faktorů“ u všech členů rodiny je zde pojímáno jako cesta preventivní politiky.

Politiku zde zmiňují proto, že tento text sám propojuje medicínský diskurz s politickým. Jeho autoři totiž svá zjištění převádějí do oblasti návrhu k zavedení určitých veřejných opatření. Konkrétně jde o „zavedení rodinného ochranného režimu, zajišťujícího aktivnější přístup k potlačování prokázaných rizikových faktorů“ (Šobra et al. 1989: 1579).

Bližší specifikaci „rodinného ochranného režimu“ se v textu nevěnují. Přesto je zřejmé, že se tento „ochranný“ režim netýká všech, nýbrž jen určité rodiny. Rodiny, u

keré je medicínský předpoklad „rizikových faktorů“. Je však otázkou, pro koho je „ochranný“, jelikož se z textu zdá, že má chránit tu rodinu. Nicméně je to právě rodina, jež je zde vyčleněna od zbytku populace. Následkem může být vnímání konkrétní rodiny jako „jiné“, jako té, co potřebuje být kontrolována, zkoumána a disciplinována. Tím je utvářena opozice rodiny, ve které se vyskytla daná „nemoc“, a zbylá (většinová) populace. Uvedené rozčlenění společnosti se objevuje i v dalších člancích o diabetu 2. typu, kde se nejčastěji pracuje s dělením na „populaci diabetiků“, kteří stojí proti „populaci nediabetiků“, „diabetem nepostižených jedinců“ a „zdravých lidí“ (Šobra 1989: 1577; Rameš 1996: 183; Pelikánová 2002: 433; Prikryl 2007: 435). Skrze vydělení kategorií „nemocných diabetem“ či dokonce „postižených“ a „nepostižených“ a „zdravých“ dochází k ustavování „normálního - zdravého“, které se zároveň zdá být většinové, a „nenormálního - nemocného“. Na základě této hranice se utváří hierarchická pozice, kdy „zdraví“ je „normou“, kterou diabetici/čky nenaplnují. Na tyto „nenormální-nemocné“ je vyvíjen nátlak jak ze strany medicíny, potažmo politiky (jak ukazuje výše uvedený úryvek), ale nakonec i ze strany společnosti. Působením disciplinující moci (Foucault 1999) jsou lidé směřováni co nejvíce k „normalizaci“, což v případě diabetu 2. typu znamená zmíněné „omezení“ či „eliminaci rizikových faktorů“ a dodržování „správného“ životního stylu.

„V praxi je však tomu mnohdy právě naopak. Protože pacient nebývá o vlivu výše uvedených faktorů na stav kompenzace často přesvědčen, nedochází u něj k žádoucí změně životního stereotypu, ustáleného způsobu života. Proto spolupráce s lékařem bývá na velmi nízké úrovni, ba často je přímo negativní. Tomu odpovídají i výsledky léčby se stále stoupajícími dávkami PAD nebo inzulínu, stále se horšící kompenzace a hmotnostní přírůstek.“ (Březina et al. 1989: 1330)

Nepodřízení se disciplinární moci, může být lékaři/kami vnímáno „negativně“. Spolupráce s lékaři/kami je v textech pojímána jako součást léčebného procesu. Je-li spolupráce pacientů/ek s lékaři/kami „nízká“, pak podle uvedeného úryvku dochází ke zhoršování průběhu léčby a „zdravotního stavu“ pacientů/ek. To je specifikované nutností aplikovat stále vyšší dávky PAD nebo inzulínu, stále se horšící kompenzací a také hmotnostním přírůstkem (Březina 1989: 1330). Zkoumané primární materiály tímto

předávají určité morální hodnocení, které je neoddělitelně spojeno s normativním požadavkem „změny chování“ (Kolářová 2009: 19).

Epidemiologie diabetu 2. typu tedy pracuje s „genetickými predispozicemi“ jedinců, což určuje i přístup medicíny a preventivních programů. Naproti tomu texty o hepatitidě B a C v rámci epidemiologického hlediska s „genetickými dispozicemi“ nepracují, naopak přinášejí jiné koncepty. Jde především o pojmy „nosič“, „nákaza“ a „přenos viru“.

*„Navíc CHPH¹⁶ u nosičů viru hepatitidy B nemusí být zcela benigní, neboť i v málo změněných játrech může vzniknout hepatocelulární karcinom.“
(Brodanová 1995: 499)*

*„Předcházení a eliminování nemocniční (nosokomiální) nákazy je cílem všech nemocničních hygienických opatření. Musí se orientovat podle virulence zárodků a podle imunologického stavu pacientů i zdravotnických pracovníků, v první řadě však podle způsobu a pravděpodobnosti přenosu nákazy.“
(Schiller et al. 1990: 929-930)*

U hepatitidy B a C je kladen důraz na to, jakým způsobem se virus přenáší, ale nejde jen o způsob, ale i to, kdo ho přenáší. V analyzovaných textech se do roku 1996 pracuje s pojmem „nosiče“, který odkazuje k nekonkrétnímu jedinci. Kateřina Kolářová v práci *Homosexuální asociál a jeho zavirované tělo* tematizuje přístup k viru HIV a nemoci AIDS v socialistickém diskurzu v letech 1983 – 1989. Při své analýze *Mladého světa* přichází také s konceptem „nosiče viru“, přičemž v tomto kontextu je HIV pozitivní osoba přetvořena na „nosiče viru“, kdy tento HIV pozitivní člověk v podstatě přestává existovat jako lidský tvor a stává se pouhou funkcí viru. Vzhledem k tomu, že je v běžném sociálním kontaktu virus neidentifikovatelný, je tak i identita jeho „nosiče“ nerozpoznatelná (Kolářová 2013: 427). V případě hepatitidy B a C je s konceptem „nosiče“ pracováno obdobně, jedná se o instrument, který v sobě nese vir, který může být skrze něj předán dál. V práci Kolářové se však přechází od „nosiče“ k „asociálovi“ v případě, kdy dochází k porušení pravidel společenství, tedy k přenášení viru (Kolářová

¹⁶ CHPH je zkratkou pro chronickou perzistující hepatitidu (Brodanová 1995: 499).

2013: 427). V analyzovaných medicínských člancích k tomuto přechodu nedochází, nepracují ani s pojmem „asociál“ či „asociální“ chování. Přesto se ve zkoumaných textech po roce 1996 pojem „nosič“ nevyskytuje.

Naproti tomu se v člancích z let 2002 - 2003 a 2006 - 2007 více obrací k tématu „rizikových skupin“, u kterých se předpokládá, že je větší pravděpodobnost „přenosu nákazy“. Určení „rizikových skupin“ již zcela konkretizuje a identifikuje jedince, u nichž lze přepokládat, že mohou být potenciálními „rozšiřovateli nákazy“. Už jen pojem „nákaza“ může vyvolávat negativní pocit, že jde o něco, co se dá „chytit“, čemuž se má zabránit. Prevence „přenosu“ by měla být podle Schillera (1990) „*cílem všech nemocničních hygienických opatření*“. Úkolem zdravotnictví a lékařů/ek by mělo být „*předcházení a eliminace nemocniční nákazy*“, orientující se podle „*virulence zárodků a podle imunologického stavu pacientů i zdravotnických pracovníků, v první řadě však podle způsobu a pravděpodobnosti přenosu nákazy*.“ (Schiller et al. 1990: 929-930) Prevence hepatitidy B a C je ve zkoumaných člancích úzce spojená právě s „rizikovým přenosem“ a „rizikovými skupinami“.

„Hepatitida B se přenáší třemi hlavními způsoby: 1. Parenterální přenos kontaminovanou krví, krevními deriváty a nástroji. – 2. Pohlavním stykem homosexuálního i heterosexuálního typu. – 3. Přenos z matky na plod.“
(Mančal et al. 1989: 1518)

Výčtem možných způsobů „přenosu viru“ hepatitidy B dochází k identifikaci možných cest prevence. Zabráni-li se možnostem „přenosu“, zastaví se i „přenos viru“. Na tomto předpokladu stojí i zkoumané texty, jež následně předkládají preventivní akce, kterými se může „omezit“, nebo dokonce „zastavit“ další šíření „nemoci“.

„Zároveň s tím narůstal i poznatek, že hospitalizace osob s akutní nebo chronickou hepatitidou HBV-infekcí znamená potenciální riziko jejího přenosu na zdravotnické pracovníky a další pacienty. V souladu s daným stavem poznatků o epidemiologii hepatitidy B byla v uplynulých letech v řadě zemí vypracována doporučení v zájmu prevence nosokomiálních infekcí.“
(Schiller et al. 1990: 929-930)

Vzhledem k tomu, že jde o články, které jsou určeny pro zdravotnické publikum, je i soustředění prevence zaměřeno na lékaře/ky a zdravotnický personál. „Riziko přenosu“ je zde orientováno nejen na pacienty/ky, ale také na lékaře/ky a další pracující v nemocnicích. Zdravotníci/ce se mají na jedné straně snažit zabránit vlastní „nákaze“ a na straně druhé „nákaze“ dalších pacientů/ek. Jejich odpovědnost se zde rozděluje, ale její cíl je stejný – zabránit „šíření nákazy“. Diskurz „rizika“ je tak předáván zkoumanými texty – lékaři/kami – dalším lékařům/kám, popřípadě dalším zdravotnickým pracovníkům/cím. „Riziko“ je pro ně konstruováno jak ve vztahu k „vlastnímu zdraví“, tak ve vztahu ke „zdraví pacientů/ek“, potažmo „zdraví celé populace“.

Jak uvádí úryvek výše, byla před 90. léty přijata již řada doporučení ohledně prevence „přenosu viru“ při hospitalizaci nemocných hepatitidou B. Zde uvádím jen několik příkladů, které se v textu objevují. Zdravotníci/e a personál by se měli řídit těmito pokyny: *„odběr krve u nemocných hepatitidou pouze v rukavicích, okamžitá dezinfekce veškeré krevní kontaminace okolí, očkování neimunních zdravotnických pracovníků z rizikových oblastí.“* (Schiller et al. 1990: 930 – 931) Pokud jsou stanovená hygienická pravidla dodržována, není podle textu *„izolace pacientů s akutní nebo chronickou virovou hepatitidou B nutná.“* (Schiller et al. 1990: 931) Jestliže se na tuto citaci podíváme blíže, pak tento úryvek odkazuje k tomu, že v případě nedodržování „stanovených hygienických pravidel“ je naopak nutná fyzická izolace pacientů/ek. Zatímco u diabetu 2. typu bylo vyčlenění „nemocných“ spíše na symbolické úrovni, zde je toto vyloučení organizováno i ve fyzickém prostoru. Pacienti a pacientky s hepatitidou B, ale i C by tak za jistých okolností měli být v nemocnicích izolováni/ané od ostatních pacientů/ek.

Kolem „nemocných“ hepatitidou B, C se vytváří celá řada doporučení (odběr krve pouze v rukavicích, dezinfekce krevní kontaminace, atd.), která se v případě jiných pacientů/ek nemusí dodržovat. Je tedy nutné jim věnovat zvláštní péči, což je další ze způsobů, kterým se dostávají do pozice, která je staví proti ostatním pacientům/kám. Můžeme tedy říci, že k vylučování jedinců s hepatitidou B a C dochází v analyzovaných textech na dvou úrovních – symbolické a fyzické. Jak bylo zmíněno, na fyzické úrovni se odkazuje k možné izolaci lidí s hepatitidou B, C v nemocničních zařízeních a také speciální péčí, která má za cíl zabránit „šíření nákazy“. Symbolická úroveň se ve zkoumaných textech projevuje v jejich lingvistické povaze. Jsou to „nosiči viru“, „rizikové skupiny“ a „infikovaní pacienti“ (Hořejší 1990: 1132; Stránský et al. 1996: 216;

Wilczek, Urbánek 2003: 240), kteří jsou v opozici ke „zdravé a běžné populaci“ (Stránský 1989: 1627; Urbánek et al. 2002: 186). Opět se zde implicitně objevuje morální hodnocení, které „infikované“ a „rizikové“ skupiny lidí identifikuje s „rizikem přenosu viru“. „Riziko přenosu nákazy“ je vnímáno jako něco, čemu se má zabránit, co je „nežádoucí“. K tématu „rizikových skupin“, ale též k otázce jejich odpovědnosti, se vrátím v další podkapitole.

„Důležitým momentem vývoje onemocnění je tzv. sérokonverze; to je okamžik, kdy vymizí pozitivita HBeAg a objeví se anti HBe protilátka. Tato změna signalizuje, že skončila replikace viru hepatitidy B.“ (Brodanová 1995: 500)

„Vakcinace proti HBV je u osob s anti-HCV pozitivitou sice méně účinná, ale důvod k očkování i zájem lékařů a části drogové populace o ně je.“ (Wilczek, Urbánek 2003: 241)

V případě hepatitidy B a C je „zdraví“ možné definovat jako nepřítomnost viru, respektive protilátek „anti-HBV, anti-HCV“ v krvi jedinců. Ze strany zkoumaných lékařských článků se u hepatitidy B a C řeší léčba, která je cílená na „eliminaci viru“. To je blíže specifikováno skončením „replikace virů“. Druhý úryvek diskutuje „vakcinaci“ hepatitidy B a C. „Vakcinace“, jež je účinná v případě léčby hepatitidy B, nemusí stejně působit na hepatitidu C. Přesto je „očkování“ v analyzovaných textech prezentováno jako „chtěné“, a to ze strany lékařů/ek i ze strany pacientů/ek (konkrétně drogové populace).¹⁷ „Vakcinace“ má totiž sloužit nejen k léčbě „nemoci“, ale také k její prevenci.

V případě hepatitidy B je možné říci, že je důraz na léčbu, a tak návrat k „zdraví“ silnější, jelikož medicínské vědění tuto možnost skrze vakcinaci připouští. Kdežto u hepatitidy C tomu tak není, zde jde spíše o omezení případných „komplikací“, potažmo „rizikových faktorů“ jako u diabetu 2. typu.

¹⁷ „Drogová populace“ se objevuje především v článcích o hepatitidě C, kde je charakterizována jako „riziková skupina“. To diskutuji níže v další kapitole.

„Část osob s chronickou infekcí HBV či HCV dospěje v průběhu několika let k jaterní cirhóze se všemi jejími důsledky.“ (Wilczek, Urbánek 2003: 240)

„Na celém světě je více než 2 miliardy lidí infikováno virem hepatitidy B, z nichž přes 350 milionů trpí chronickým zánětem, a tito pacienti mají stonásobně vyšší riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu.“ (Kráslová et al. 2003: 590)

Lékařské znalosti o hepatitidě B a C nejsou ve stavu, kdy by o viru věděli vše tak, aby byli lékaři/ky schopni určit způsob vakcinace a celkového „vyléčení“. Hepatitida B a C tak často přechází do stavu chronického, což v případě článků znamená, že dochází k dalším „komplikacím“ nemoci – „jaterní cirhóze“, „hepatocelulárnímu karcinomu“. Léčebný proces se proto orientuje spíše na řešení těchto „komplikací“ ve snaze, co nejvíce dostat „nemoc“ pod svou kontrolu. Prevence má stejný cíl kontroly „nemocí“. Skrze důraz na léčbu a prevenci se projevují normativní tendence medicíny. Kontrolu se snaží získat skrze diskurz „rizika“, když texty odkazují k několikanásobně „vyššímu riziku komplikací“ daného onemocnění. Hepatitida B, C i diabetes mellitus 2. typu nejsou jen jednou samostatnou „nemocí“. Každé jednotlivé onemocnění je v člancích prezentováno jako celý soubor „nemocí“, které vytvářejí pocit většího „nebezpečí“. Diskurz „rizika“ je tématem další kapitoly.

5.1.2 Shrnutí

Možnost celkové „vyléčitelnosti“ a pouhé „léčitelnosti“ „nemocí“ má vliv na to, jakým způsobem je v textech uvažováno o hepatitidě B, C a o diabetu 2. typu. Projevuje se to především v koncipování léčby a prevence. Těmto tématům se věnovala tato kapitola, která představuje podobnosti, ale i odlišnosti v rámci dvou různých případových studií. Pojímání „nemocí“ hepatitidy B a C, diabetu 2. typu a jejich léčby se odvíjí od identifikace příčiny a místa onemocnění. Pokud jsme schopni určit konkrétní lokaci „problému“, je i léčba zacílena na jedno místo. Ovšem v případě, že jej nejsme schopni určit, léčba není cílená. Zde je snaha spíše o „komplexní“ zaměření na celé tělo jedince.

To se přenáší i do oblasti prevence, která je v případě diabetu 2. Typu také „komplexně“ zaměřená. Zahrnuje jak tělo, tak celkově životní styl „nemocných“. U hepatitidy B je léčba vedena prostřednictvím vakcinace proti konkrétnímu viru, ale u hepatitidy C zatím tato možnost není, proto se konkrétní léčba a prevence snaží spíše zaměřit na odstranění „komplikací“, které v rámci onemocnění mohou vznikat. Prevence u zkoumaných „nemocí“ se také odvíjí od epidemiologického přístupu medicíny.

U diabetu je epidemiologie zaměřena na „genetické predispozice“. Prevence pak v tomto kontextu znamená snahu o „kontrolu nad předáváním/šířením nemoci“ v rámci příbuzenské sítě. Naproti tomu u hepatitidy B a C se pracuje především s konceptem „šíření nákazy“. Prevence se tak netýká pouze příbuzných a není definována na základě genetiky. Orientuje se tedy na zjištění, jakými možnými způsoby k tomuto „šíření nákazy“ dochází. Při identifikaci těchto možností, se texty odkazují na prevenci „šíření“. V obou případových studiích se analyzované medicínské texty v souvislosti s prevencí odvolávají k opatřením, která by s největší pravděpodobností měl zajišťovat stát. Dochází tak k propojování biomedicínského vědění s politickou, potažmo ekonomickou¹⁸ sférou. V každém případě jde však o kontrolu, která by nad „nemocnými“ těly měla být udržována. Jednou z forem, jejíž prostřednictvím k tomuto dozoru nad těly dochází, je sebe-kontrola a sebe-disciplinace.

Zkoumané texty k této sebe-kontrolě odkazují zvláště u diabetu 2. typu, což může souviset s odlišným epidemiologickým hlediskem. Zde je odpovědnost přenášena z lékařů/ek a zdravotnického personálu na jednotlivce. Zatímco v případě hepatitidy B a C zůstává část odpovědnosti stále na zaměstnancích/kyních, což je zohledněno ve výše uvedených příkladech opatření, která by se při hospitalizaci takto „nemocných“ měla dodržovat. Tématu odpovědnosti se věnuje následující kapitola, která ji tematizuje v souvislosti s diskurzem „rizika“ a rozvíjí debatu o „rizikových skupinách“.

¹⁸ Je nutné financování těchto preventivních opatření, na které zdravotnické organizace nemusí mít dostatek finančních prostředků. V kontextu uvažování o „healthismu“ (Parusníková 2002) a „kolektivního těla“ by hrazení mělo být zajištěno státem, který by měl pomáhat zajistit „zdraví“ své populace. Hranice mezi státním aparátem a medicínou jsou ohebné. Již v 18. století se medicína epidemii při konečném zúčtování, kdy se jedná o terciální figury, jež musí distribuovat nemoc, medicínskou zkušenost a lékařskou kontrolu nad společenskými strukturami, nachází před určitými požadavky: „vymezení politického statutu medicíny a utvoření medicínské vědomí na státní úrovni pověřeného úkolem neustálého informování, kontroly a omezování“ (Foucault 2010: 46). Přestože je odpovědnost za „zdraví“ přesměrována od státu směrem k jednotlivci, neztrácí podle mého názoru stát svou snahu o kontrolu nad těly jedinců, příkladem je povinná vakcinace novorozenců matek se zjištěnou hepatitidou B, vizte níže.

5.2 „Riziko“ a odpovědnost v kontextu (neo)liberální společnosti

Současná liberální společnost zdůrazňuje principy, jako jsou individuální svoboda, svoboda volby a respekt k osobní autonomii (Hildt 2002: 65). Liberalismus je vládnoucí systém, který se formuje v 18. století. Foucault upozorňuje na to, že svoboda není univerzálním principem, je ustavována ve vztahu „vládnoucích“ a „ovládaných“. Svoboda není imperativem. V tomto systému vládnutí může fungovat jen do té míry, do které je jí vytvořen prostor a do které je tímto systémem „konzumována“. Liberalismus „musí“ produkovat svobodu, přičemž tento akt způsobuje řadu limitů, kontrol a forem nátlaku. Obrací se k mechanismu neustálého rozhodování mezi svobodou a bezpečností jedinců, to vše s odkazem na možná „nebezpečí“ (Foucault 2005: 59-66). Lidé jsou v tomto kontextu vnímáni jako rozumné bytosti, které jsou schopné si sami aktivně rozhodnout o svém životě skrze vlastní aktivity a své volby. Své volby činí i na poli medicíny, kde kalkulují s možnými „riziky“ „nemoci“ za účelem dosažení a udržení „zdraví“ (Rose 2006: 154).

Toto rozšířené politické proklamování moderní demokracie může vyvolávat pocit skutečné svobodné vůle. V této části práce nastíním několik skutečností, jež rámcují a formují osobní autonomii v souvislosti s analyzovanými „nemocemi“. Budu se věnovat otázce, jakým způsobem je „svoboda“ v textech formulována či umlčována, a tím omezována v souvislosti s medicínskými technikami moci? Předtím než se k tomuto tématu dostanu, vrátím se nejprve ke koncepcím „rizika“ a „rizikových skupin“.

Koncept „rizikových skupin“ je využíván v analyzovaných člancích o diabetu 2. typu i hepatitidě B a C. V souvislosti s diabetem 2. typu se spíše hovoří o „rizikové subpopulaci“ (Šobra et al. 1990: 1578). Tato „subpopulace“ se skládá z jedinců, kterým je připsána „nemoc“ diabetu 2. typu. Jak bylo zmíněno výše, pod tímto onemocněním se skrývá celá řada možných „komplikací“, které se zdají být od „primární nemoci“ neoddelitelné. Spolu s diabetem 2. typu tak vyvstává „riziko“ těchto dalších „problémů“, čímž je charakterizována i celá skupina osob, u které je toto „riziko“ prezentováno jako vysoce pravděpodobné. Čím vyšší je pravděpodobnost „rizika“, tím větší je důraz na jeho minimalizaci. S tím tedy souvisí prevence, která je cílená právě směrem k „rizikové skupině“ diabetiků/ček 2. typu.

Vrátíme-li se k tématu utváření pocitu odpovědnosti za své zdraví a k úryvku od Pelikánové (2002) – který jsem uvedla na straně čtyřicet sedm této práce, jež zdůrazňuje

potřebu „*výchovy nemocného k samostatnější péči o vlastní zdraví*“ - můžeme vidět, že se mění lékařská úloha. Lékaři/ky jsou vedeni/é k tomu, aby se vzdali své původní pečovatelské a dozorující úlohy a předali ji svým pacientům/kám. Toto předání se děje skrze informace, které jsou pacientům/kám zdravotnickým personálem sděleny. Jestliže nejsou tyto informace zcela kompletní a převedené do jazyka srozumitelného pro všechny lidi, nemůžeme předpokládat, že by lidé s diabetem 2. typu byli schopni ve svém životě získané informace aplikovat. Přesto tím, že tyto informace získali, získali i odpovědnost za své „zdraví“ nezávisle na tom, zda o něj dokáží na základě předaného vědění pečovat či ne. Odpovědnost zde znamená, že se tito lidé musí o své „zdraví“ starat sami. V kontextu diabetu 2. typu jde o dodržování lékařských pokynů tak, aby byly „sníženy“ či „eliminovány rizikové faktory“. S odpovědností přichází také koncept „viny“. Dokud bylo „zdraví“ čistě v rukou lékařů/ek, mohli být jedinci s „nemocí“ nahlíženi jako oběti. Diskurz zodpovědnosti však přináší to, že nestaráni se o „zdraví“, jež má za následek „nemoc“, může být vnímáno jako důsledek vlastní „viny“.

„Rizikovými skupinami pro působení HCV jsou hemofilici, osoby s opakovanými transfúzemi, i. v. narkomani, hemodialyzovaní pacienti, osoby s chronickou hepatitidou a mužští homosexuálové.“¹⁹ (Stránský 1989: 1627)

V analyzovaných textech o hepatitidě B a C se postupuje od identifikace „přenosu nákazy“. Tyto možnosti „nakažení se“ jsou ve většině článků podrobně vypsány tak, aby nemohly být jakkoli zaměňovány či nepochopeny. K definici „rizikových skupin“ zde dochází skrze představu pravděpodobného „přenosu nákazy“ a i tyto „rizikové skupiny“ jsou často blíže specifikovány.

Podle Kateřiny Kolářové se přistoupením na koncept „rizikové skupiny“ či „rizikového chování“ přenáší odpovědnost za onemocnění na jedince. Přestože se Kolářová věnuje onemocnění AIDS/HIV (Kolářová 2005: 156), užívá se pojmu „rizikových skupin“ i v případě hepatitidy B a C. Tyto „nemoci“ jsou prezentovány jako přenosné, což z nich může vyvolávat strach. Aby se zabránilo „šíření nákazy“ je zdůrazňovaným principem prevence „přenosu“ a to jak v případě hepatitidy B, C, tak

¹⁹ Generické maskulinum a pojem „mužští homosexuálové“ řeším v poslední části analýzy.

v případě AIDS/HIV. Propojení mezi těmito „nemocemi“ se objevuje i v několika analyzovaných textech.

„Prevence sexuálního přenosu hepatitidy B je stejná jako u AIDS a tak dodržování pokynů proti šíření AIDS, které jsou dnes předmětem intenzivní osvěty, chrání i proti hepatitidě B.“ (Mančal et al. 1989: 1518)

Z počátku bylo považováno za jedinou možnost zabránění šíření „nemoci“ AIDS zastavení lidí, aby měli sex, užívali drogy, a nebo potrestání těch, kteří by se nepokusili toto chování zastavit (Warner 1999: 197). Důraz na zastavení šíření „nákazy“ skrze prevenci například sexuálního přenosu, se objevuje i ve výše uvedeném úryvku. Tento text ukazuje i nutnost dodržování pokynů, které se vztahují k jednotlivcům, jakožto těm, kteří jsou schopni ovlivnit své sexuální kontakty. Hepatitida B a C je chápána právě skrze individuální odpovědnost, i v preventivních materiálech týkajících se viru HIV je „nákaza“ zobrazována jako individuální záležitost jedince (Kolářová 2009: 21). Jestliže je „nemoc“ prezentována jako záležitost individuální volby „rizikového chování“, které je spojeno s „rizikovými skupinami“, může být na jedince nahlíženo jako na toho, který si za své onemocnění může sám. Tyto lékařské koncepty spojené s „rizikostí“ se dostávají do obecného povědomí společnosti, ať už skrze samotné lékaře/ky, média či veřejné preventivní akce. S tím jsou spojeny i důsledky, které takovéto uvažování o „nemocných“ přináší. Především jde o jejich obviňování a možnou stigmatizaci, která může mít za výsledek vyčlenění ze společnosti. Z toho si člověk může odnést negativní hodnocení nejen od ostatních, ale i sám od sebe. Blíže se k tomuto tématu stigmatizace vrátím v poslední kapitole.

Aby zde nedošlo k mylnému předpokladu, stigmatizace není jediným důsledkem diskurzu „rizika“ a „zodpovědnosti“. Na základě mé analýzy, kterou jsem uvedla výše, můžeme dospět k tomu, že medicínou nejsou ovlivňovány jen životy „nemocných“ jedinců. Jak uvádí Rose (2006) lidé kalkulují s možnými „riziky“, které jsou jim předávány medicínou, respektive zdravotnickým personálem. V uvedených textech počítají s „riziky“ především lékaři/ky. Ti/y se na jejich základě rozhodují o tom, jakým způsobem bude s danou „nemocí“ a pacienty/kami zacházeno. Jejich rozhodování je omezeno předávaným lékařským věděním, ale i právními nařízeními. Příkladem jsou

zdravotnická nařízení ohledně hygieny, která byla specifikována výše (článek od Schillera et al. 1990: 930 – 931), a také právní ustanovení, kterým jsem se věnovala v teoretické části. Úkolem lékařů/ek je léčba „nemocí“, nebo alespoň minimalizace jejich následků. Cílem má být kultivace života (Parusníková 2002: 132). Tato myšlenka spolu s „normou zdraví“ je lékařstvím rozšiřována mezi lidi. Lidé by dle článků měli být lékaři/kami informováni o jejich onemocněních. Informace spolu s nabytím odpovědnosti za sebe a své „zdraví“ vede lidi k preventivním akcím. U diabetu 2. typu se jedná o dodržování dietních zásad a pohybových aktivit. U hepatitidy B a C jde především o omezení a prevenci možných cest „nákazy“. Lidé jsou tak medicínou disciplinováni (např. jaká je „správná dieta“, „správná ochrana šíření nákazy“), ale zároveň se sebe-disciplinují.

V několika analyzovaných člancích se o „riziku“ nemluví, jde o texty z let 1995 – 1996. Vysvětlení však shledávám v jejich tematickém zaměření, které se soustřeďuje na lékařskou formu diagnostiky hepatitidy a na léčbu interferonem. Ve spojitosti s těmito lékařskými technikami se s konceptem „rizika“ nepracuje. V opačném případě by to totiž mohlo působit, že tyto medicínské technologie, diagnostika či látky vytvořené samotným lékařským personálem jsou „rizikové“, což by snižovalo věrohodnost a autoritu medicíny. Ze zkoumaných textů se může zdát, že jediná „rizika“ vyplývají z „nemocí“ a z toho, co je s tím spojené. Zatímco lékařství, které se těmito „nemocem“ snaží bránit, a tak chránit společnost, „žádná rizika“ neskrývá. Jak upozorňuje Illich (2012) medicína sama je protkaná riziky. Lékaři/ky, kteří/ré tyto články čtou, si ustavují obraz „rizikových skupin“, které „přenáší nemoci“. Jejich pohled je texty směřován pouze k charakteristikám „nemocí“ a jejich „léčení“, a nenabádá je k reflexi samotné medicínské praxe. Tím si mohou sami v sobě utvrzovat jak autoritu medicíny, tak vlastní lékařskou autoritu, kterou pak prezentují před (potenciálními) pacienty/kami.

5.2.1 Rutinní diagnostika, vakcinace v diskurzu rizika a zodpovědnosti

„Základem léčby každého diabetika je dieta stanovená lékařem, kterou nemocný musí po celý další život dodržovat. V této zkušenosti se shodují všechna poučení o léčbě diabetu a o pravdivosti této skutečnosti nikdo nepochybuje.“ (Rameš 1996: 280)

Úryvek od Rameše prezentuje vztah mezi lékařem/kou a pacienty/kami. Vztah je zde založen na tom, že „lékař“ určí dietu a „diabetik“ ji bude dodržovat. V tomto vztahu se ustavuje mocenská hierarchie založená na tom, kdo má „moc“ rozhodovat o „léčbě“ a kdo se má dané léčbě podřídit. Pacienti/ky jsou v úryvku umlčováni/ané a jejich možnost svobodně se rozhodnout v otázce svého „zdraví“ je zastřena zdánlivou „objektivitou“ a „pravdivostí“ způsobu léčby stanovené lékařem/kou. Západní liberální tradice se opírá o princip respektování osobní autonomie, jež podtrhuje důležitost osobní svobody a volby v privátním i v politickém životě. Autonomie by měla být vedena v rámci osobních pravidel, nikoli externími omezeními (Hildt 2002: 65). Medicínské vědění však vytváří tato externí omezení, jež regulují životy lidí. To je důvodem, proč do mé analýzy zapojuji kontext (neo)liberalismu a osobní svobody, jež se střetávají s působením biomedicínského diskurzu. V následující části diskutuji dvě oblasti, které se v této souvislosti ve zkoumaných člancích, ale též v návaznosti na teoretickou část, otevřely. Jedná se o „rutinní diagnostiku“ a „vakcinaci hepatitidy B“.

V současné době se v České republice pomalu otevírá akademické pole, které se zabývá otázkou nových reprodukčních technologií a povinného očkování. Obě tyto sféry v sobě nesou, ať už přímo nebo nepřímo, téma možnosti svobodně se rozhodovat, konkrétně v otázce svého „zdraví“ či „zdraví“ svého potomka.

„Stanovení protilátky ELISA testem se dnes začíná zavádět do rutinní diagnostiky, aby se omezilo riziko přenosu této závažné formy virové hepatitidy.“ (Hořejší 1990: 1132)

Uvedený úryvek se týká hepatitidy C. „Rutinní diagnostika“ odkazuje k „samozřejmému“ zjišťování přítomnosti viru v těle jedince. Ačkoli dal člověk souhlas s odebráním krve, nedává nutně souhlas pro toto konkrétní vyšetření. Detailní informace o vyšetření mu ani nemusí být podány, přesto text pracuje s „rutinní diagnostikou“ jako s něčím „správným“. „Správnost“ a nutnost „rutinní diagnostiky“ je postavena na odkazu k „omezení rizika přenosu“ hepatitidy C a zároveň tím, že je hepatitida C označena za „závažnou“. Nedovolují si tvrdit, že je „rutinní diagnostika“ špatná, avšak je nutné uvažovat nejen v kontextu „omezení šíření nákazy“, ale i v kontextu svobodné volby jedince. Tomu je totiž možnost vlastního rozhodnutí odepřena, přestože odpovědnost nese právě on a musí se vypořádat i s jejími důsledky.

„Aby mohlo být účinně zabráněno přenosu infekce z matky na plod je nutné vyšetřovat těhotné na přítomnost HbsAg a v případě pozitivního nálezu aplikovat novorozenci v den narození Hepagu B a v prvním týdnu života také první dávku vakcíny. Druhá dávka vakcíny následuje měsíc po první, třetí dávka 5 měsíců po druhé. Tím se sníží riziko onemocnění novorozenců na minimum.“ (Mančal et al. 1989: 1518)

Uvedený úryvek v podstatě ospravedlňuje to, proč by ženy měly být v těhotenství testovány na přítomnost virové hepatitidy B v těle. Stejně jako u „rutinní diagnostiky“ hepatitidy C jde i zde především o „snížení rizika“ nebo „zabránění přenosu infekce“. U těhotných žen je „diagnostika“ vázána na „riziko přenosu viru“ na plod. V uvedeném textu při vyšetření v těhotenství není cílem léčba ženy, ale „zábrana šíření nemoci“ na potomka. K tomu jsou určeny vakcíny, které jsou dítěti aplikovány téměř hned po narození.

Tyto děti nemají na výběr, zda s preventivním očkováním souhlasí či ne, a jejich rodičům je v podstatě tato možnost rozhodnutí o vlastním dítěti také odebrána. V opačném případě by se totiž dopustili porušení zákona o veřejném zdraví, který stanovuje povinná opatření pro fyzické osoby, které onemocněly infekčním onemocněním či jsou podezřelé z nákazy (Zákon č. 258/2000 sb. § 64). Za plnění těchto opatření jsou zodpovědní rodiče, kteří jsou zákonnými zástupci dětí. Tyto děti jsou stejně jako rodiče částečně vyčleněny do speciálního prostoru a do speciální péče. Podle § 47 jsou totiž

pravidelná očkování dětí prováděna praktickými lékaři dětí a dorostu, ovšem výjimkou jsou právě novorozenci matek pozitivních na virovou hepatitidu B. Jejich očkování je vykonáváno lékaři/kami na novorozeneckých odděleních porodnic (Zákon č. 258/2000 sb.). Uvažujeme-li o politice očkování jako o součásti technik biomoci, je nutné zmínit, že souvisí s formami disciplinace jedinců a s kontrolou jejich těl (Hasmanová Marhánková 2014: 169), což vysvětluje potřebu diagnostikovat těhotné ženy na přítomnost virů a zároveň očkovat novorozence, ačkoliv jejich pozitivita na dané onemocnění není jistá – operuje pouze v souvislosti s „riziky“, která nemusí být reálná.

To, že je uvažování v kontextu možných/pravděpodobných „rizik“ v medicíně součástí nejen analyzovaných článků, ale i běžné praxe, ukazuje práce Jaroslavy Hasmanové Marhánkové, která zkoumá postoje rodičů, kteří odmítají povinná očkování svých dětí, jako příklad krize důvěry v biomedicínské vědění. Rodiče, kteří odmítají nechat očkovat své děti, se setkávají s tím, že lékaři/ky je upozorňují na ohrožení „zdraví“ dítěte a někdy argumentují dokonce jeho možným úmrtím. Zdůrazňují povinnost rodičů se o své děti dobře starat a apelují na jejich odpovědnost (Hasmanová Marhánková 2014: 176). „Svobodné“ a podle výzkumu i informované rozhodnutí těchto rodičů neočkovat je lékaři/kami přehlíženo či prezentováno jako „špatné“ a „ohrožující“. Jak upozorňuje Hasmanová Marhánková, toto odmítnutí očkování však není „výrazem lhostejnosti rodičů k péči o zdraví dětí.“ (Hasmanová Marhánková 2014: 177)

Jak jsem již zmínila, zkoumané texty pracují s „rizikem“ pouze v souvislosti s „nemocí“, jejími „komplikacemi“, léčbou a skupinami lidí. Pokud však jde o medicínu jako takovou a medicínské technologie, nejsou případná „rizika“ zmiňována. I lékaři/ky, kteří/ré provádí rutinní prevence tato „rizika“ také pacientům/kám neprezentují. Ve výzkumu Hasmanové Marhánkové je toto také jedním z důvodů, proč lékaři/ky přestávají být vnímáni/ané jako důvěryhodní/é, jelikož se zdá, že úmyslně zatajují určité informace či jich nejsou znalí/é. To jen podporuje onu krizi důvěry v biomedicínské vědění (Hasmanová Marhánková 2014: 175, 182). Je pravda, že v případě volby očkování u lidí, kterým není diagnostikována hepatitida je situace trochu odlišná, přesto jsou zde společné aspekty, týkající se právě důrazu na odpovědnost ze strany medicíny. V případě odmítnutí tohoto dozoru a disciplinace ze strany lékařství a státu, může docházet v obou případech k sankcím (právním i sociálním).

5.2.2 Individuální versus kolektivní tělo: kdo je ohrožen

„Naše práce dokazuje nutnost znát sérologický profil drogově závislé osoby, vytipovat ty, kteří mají zájem o další spolupráci a tyto osoby předat do odborné péče hepatologa, případně infektologa. V ostatních případech je znalost sérologického profilu pacienta (nejen znalost biochemické aktivity ALT a AST) nutná pro posouzení epidemiologických rizik pro ostatní pacienty, ale i pro ošetřující personál. V praxi však bohužel často úsilí končí pouze zjištěním virové infekce lékařem, žádostí závislé osoby o finanční příspěvek na jaterní dietu, jejíž efekt je více než sporný. Většina pacientů si bez podrobného vysvětlení neuvědomuje dostatečné riziko ohrožení svého zdraví. Stejně tak velmi často nechápou nebo ani nejsou upozorněni na epidemiologické riziko, které představují pro své nejbližší okolí.“ (Wilczek, Urbánek 2003: 243)

Jestliže hovoříme o odpovědnosti jedince za své „zdraví“ či svou „nemoc“, mohou se nám jevit tyto pojmy jako spojené s konkrétním jedincem. Prožíváme-li sami nějakou nemoc, spojujeme ji úzce s naším tělem a našimi pocity. Analyzované lékařské texty toto individuální tělo zasazují do širšího kontextu. Nejen, že v případě hepatitidy je „ohroženo“ naše „zdraví“, ale může být „ohroženo zdraví“ ostatních lidí kolem nás. Na základě těchto „rizik“ byly utvořeny preventivní aktivity. Výše jsem zmínila především cílené prevence na zdravotnický personál, dále na hospitalizované pacienty/ky, kteří hepatitidu nemají. Lidé s hepatitidou však nejsou „hrozbou“ pouze pro vyjmenované skupiny lidí, ale i, jak ukazuje článek, pro své okolí. V tomto kontextu se vynořuje opět „epidemiologické“ hledisko, které v souvislosti s hepatitidou B a C pracuje s „rizikem přenosu nákazy“. Jestliže hovoříme o „přenosu“, musíme se také ptát, na koho může být „nemoc“ přenesena. „Nejbližší okolí“ není nijak specifikovanou skupinou, proto je možné ji chápat i ve velice širokém smyslu. Máme zde sice koncepci „rizikových skupin“, což znamená, že je u nich potenciálně „větší riziko přenosu nákazy“. Ale v kontextu nedefinovaného „okolí“ se možnost „rizika nákazy“ a tedy možného „ohrožení“ týká v podstatě celé společnosti. „Nemocní/é“ mohou tak být vnímáni/y jako celospolečenská „hrozba“.

Úryvek nevyovídá pouze o „ohrožení zdraví“ individualit a kolektivit, ale nabádá k tomu, aby lékaři a lékařky, kteří/ré tento text již četli, předávali informace o možných „rizicích“ svým pacientům/kám. Na jedné straně je zde částečně snímána odpovědnost za „rizika ohrožení“ sebe sama či svého okolí, když Wilzcek a Urbánek (2003) v textu poukazují na to, že většina pacientů/ek si není „epidemiologickém rizika nemoci“ vědoma. Jejich nevědomost není v tomto kontextu jejich vinou, nýbrž vinou lékařů/ek. Právě oni by měli předávat tyto informace svým pacientům/kám. Na druhé straně, právě tímto předáním informací, se následně lékaři/ky zbavují své odpovědnosti za „šíření nákazy“, která je následně připsána pouze jednotlivcům, kteří by měli jednat, na základě těchto informací, tedy v souladu s „ochranou veřejného zdraví“. Disciplinace ze strany lékařských autorit je převedena do rukou individualit, tedy na sebe-disciplinaci. Další tlak na sebe-disciplinaci přichází i ze státního aparátu, který se tomuto tématu věnuje i v českém zákoně.

Podle § 53 jsou tito lidé s hepatitidou B a C, stejně jako lidé s virem lidského imunodeficitu či s břišním tyfem, povinni se podrobit léčení, lékařskému dohledu, dodržovat poučení od lékařů/ek o ochraně jiných fyzických osob před „přenosem“ onemocnění a nevykonávat s tím spojené činnosti, které by „ohrožovaly zdraví“ jiných fyzických osob. K tomuto poslednímu zákonnému opatření se vztahuje i povinnost informovat lékaře/ky před vyšetřovacím či léčebným výkonem a při přijetí do ústavní péče (Zákon č. 258/2000 sb.). „Nemoc“ v tomto kontextu není tedy pouhou individuální záležitostí, ale jde o kolektivní věc. „Riziko přenosu viru“ může být tak vnímáno jako střet mezi jedincem a společností, kdy proti sobě stojí individuální zájmy a kolektivní (Kolářová 2013: 426), přičemž je zde při formulaci „ohrožení veřejného zdraví“ velmi silný akcent ve prospěch kolektivity.

V případě diabetu 2. typu se s „ohrožením zdraví“ ostatních lidí nepracuje, což může být důsledkem jiného „epidemiologického“ hlediska, které stojí na „genetických predispozicích“. Přesto do jisté míry bychom mohli uvažovat o tom, že dochází k jistému „ohrožení“ kolektivního těla, jinak by pravděpodobně této „nemoci“ nebyl připsán statut „epidemie“. Lidé s diabetem 2. typu jsou disciplinováni a sebe-disciplinují se tak, aby odpovídali alespoň částečně „ideálu zdraví“. Pokud tak ale nečiní, mohou narušovat tuto normativní představu o „zdravém kolektivním těle“, která je ve společnosti proklamována. K dekonstrukci této myšlenky může napomáhat i případný „přenos nemoci“ v rámci dalších generací, kdy spolu s „genetickou predispozicí k nemoci“ může

být předáván i životní styl, který jde proti této „normě“. Tím v podstatě může být narušena nejen celá „idea zdraví“, ale i společenská důvěra jak v medicínu, tak v ochrannou ruku sociálního státu. Je však nutné brát v potaz, že se ve zkoumaných člancích v souvislosti s diabetem 2. typu o „ohrožení ostatních“ nehovoří, proto jsou i tyto myšlenky pouhým teoretizováním, které nabízí možnost, jak by se o diabetu 2. typu a o lidech s touto „nemocí“ dalo uvažovat.

5.2.3 Shrnutí

Analyzované texty pracují s konceptem „rizika“, které, přestože není blíže specifikované, může mít své důsledky. Uvažování o určitých jedincích jako o „rizikových“ v nás může totiž vyvolávat představu „hrozby“ a nutnosti se těmito lidem vyhnout. Dále je v textech s pojmem „rizikových skupin“ – které jsou tím, co v nás může evokovat strach – spojen hodnotící aspekt. „Nemoc“ je v kontextu přenášení odpovědnosti z lékařských autorit na jedince, chápána jako něco, co lidé mohou a také by měli mít „aktivně“ pod kontrolou. Jestliže tomu tak není, může být „nemoc“ považována za důsledek vlastní „viny“.

Lékaři a lékařky jsou zkoumanými texty vedeni k tomu, aby své pacienty/ky informovali o jejich „nemoci“, o tom, jakým způsobem zmírnit či eliminovat „rizikové faktory“ a jakým způsobem omezit „riziko šíření nákazy“. Jak v případě diabetu 2. typu, tak v případě hepatitidy B a C, je hlavní důraz kladen na předání informací o prevenci a možných „rizicích“, která jsou spojena s těmito „nemocemi“. To se však netýká předávání vědomostí o „rizicích“, která jsou spojena s lékařskými technologiemi. V opačném případě by totiž mohlo dojít k narušování důvěry v lékaře/ky, potažmo v celou medicínu.

Skrze zdůrazňování „rizik“, apelu na prevenci a „zdraví“, jsou jedinci vedeni k tomu, aby s těmito „riziky“ kalkulovali a v běžném životě se pozorovali a sebedisciplinovali. „Aktivní“ sebedisciplinace je důsledkem působení těchto biomedicínských technologií moci. Ty vytvářejí odpovědnost jak ke svému individuálnímu „zdraví“, tak i ke „zdraví“ kolektivního těla. Ačkoli tato společnost stojí na principu „svobody“ jedinců, jsou jejich těla a jejich volby omezovány na základě lékařsky podložené představy o naplnění normativního požadavku „zdravé populace“. Tomuto „ideálu zdraví“ by se všichni měli chtít přiblížit, a pokud někdo z jakéhokoli důvodu vyčnívá, je buď

disciplinován skrze instituci medicíny či ostatních lidí, kterými by jinak mohl být ostrakizován.

5.4 Zneviditelňování žen a konstrukce sexuality v medicínských textech

Dosud jsem se věnovala základním medicínským konceptům, které se objevují v analyzovaných textech. Lékařská optika je součástí lékařských článků, ale je také implementována do životů lidí. Skrze pojmy jako je „zdraví“, „nemoc“, „prevence“ a „riziko“ je uvažováno o tělech a o tom, jak se s nimi má zacházet.

Naše společenská struktura je protknutá kategorií genderu, která též ovlivňuje chování lidí a jejich pozici ve společnosti. Vzhledem k tomu – že lékaři/ky jsou jedni/y z prvních, kteří/ré určují u ještě nenarozeného a následně oficiálně u narozeného dítěte to, jakého je „pohlaví“, což následně ovlivňuje zbytek jejich života – mne zajímá to, zda a jakým způsobem se ve vybraných článcích projevují genderové aspekty, skrze které je uváděno v pohyb odlišné uvažování nad zacházení s ženami a muži v kontextu medicíny. Jestli se texty v rámci „nemoci“ hepatitidy B, C a diabetu 2. typu vztahují k „ženám“ a k „mužům“ a zda se tyto přístupy odlišují, popřípadě v jakých kontextech.

Výše jsem dospěla k závěru, že je gender ve zkoumaných medicínských článcích konstruován jako fixní, binární kategorie – „muž“ a „žena“. O ženách se v textech buď vůbec nehovoří, nebo jen okrajově – ve statistice či ve specifické situaci.

„Rizikovými skupinami pro působení HCV jsou hemofilici, osoby s opakovanými transfúzemi, i. v. narkomani, hemodialyzovaní pacienti, osoby s chronickou hepatitidou a mužští homosexuálové.“ (Stránský 1989: 1627)

Uvádím zde úryvek, který byl v této práci již použit, a to jako příklad práce s „rizikovými skupinami“ v textu. Zde se k němu vracím ze dvou důvodů. Za prvé, jde o příklad nadužívání generického maskulina, a za druhé, objevují se zde příklady skupin osob, na které může být nahlíženo prizmatem stigmatu. K tomuto druhému tématu se vrátím o něco níže.

Generického maskulina je užíváno jak v případě diabetu 2. typu, tak v případě hepatitidy B a C. Jde především o označování mužským rodem – jakožto českou gramatickou kategorií – osoby lékařů, pacientů, ale i autorů, na které v některých případech texty odkazují. Dále je také generického maskulina použito v případě

vyjmenovávání konkrétních „rizikových skupin“. V důsledku toho jsou „rizikové skupiny“ charakterizovány jako „muži“ - „hemofilici, i. v. narkomani, hemodialyzovaní pacienti a mužští homosexuálové“.

Skrze užívání generického maskulina se tak ustavuje „nemoc“ hepatitidy B a C a diabetu 2. typu v kontextu medicíny jako „mužské“ onemocnění, ačkoli si nemyslím, že by tomu tak ve skutečnosti bylo. Spíše si myslím, že jde o záležitost specifčnosti užívání české gramatiky spolu s kombinací androcentrického pojmání vědy, respektive medicíny (Jacobus, Keller, Shuttleworth 1990). Důsledek je ale takový, že ženy jsou v kontextu lékařství více méně zneviditelňovány.

„Incidence ICHS je v celopopulačním průměru u žen nižší než u mužů, ale u žen i mužů s diabetem mellitem 2. typu je výskyt u obou pohlaví stejný. U diabetiček před menopauzou je výskyt ICHS 20krát častější než u premenopauzálních nediabetických žen.“ (Šobra et al. 1989: 1576)

„Virus je přenášen parenterální i sexuální cestou nebo z matky na dítě v průběhu gravidity nebo během porodu podobně jako virus získané imunodeficiencí (HIV).“ (Kráslová et al. 2003: 590-591)

Jestliže se v analyzovaných článcích pracuje s ženami, jde o zcela specifická témata. Až do konce 18. století bylo lidské tělo nahlíženo optikou „dvoupohlavního modelu“.²⁰ Žena v něm představovala nedokonalý otisk mužské poloviny. Až do osvícenství se lékařské zobrazení ženy vytvářelo v podstatě podle obrazu těla mužského (Tinková 2004: 7). Ženská těla mohou být v kontextu „zdraví“ a „nemoci“ nahlížena jako „jiná“. Podle Treichler bylo ženské tělo v medicínském diskurzu nahlíženo jako „patologické“ (Treichler 1999), jako „nemocné“ (Tinková 2004). Když se však objevila nemoc AIDS (80. léta), ženy byly naopak přehlíženy. Ve zkoumaných článcích o hepatitidě B, C a diabetu 2. typu jsou ženy uváděny jen ve spojitosti se „specifickými“ tématy. Ženy jsou

²⁰ K dvoupohlavnímu modelu blíže Laqueur, T. 1990. *Making sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Massachusetts, London: Harvard University Press.

zde spojovány s tématem mateřství, menstruací nebo jsou nahlíženy jako sexuální partnerky.

Již Sherry Ortner se ve 2. polovině 20. století zabývala spojováním žen a jejich rolí s přírodou v souvislosti s podřízeností kultuře, která byla (je) tradičně chápána jako „mužská“ sféra. Důvodem pojmání žen jako bližších přírodě je dle Ortner právě jejich spojování s reprodukčním systémem (Ortner 1998), což můžeme vidět i v rámci mnou analyzovaných současných článků, které se týkají hepatitidy B a C i diabetu 2. typu (téma těhotenství a menopauzy).

V analýze preventivních kampaní „nemoci“ HIV/AIDS Kateřina Kolářová dochází k tomu, že plakáty, které jsou adresované ženám, staví „riziko přenosu“ do specifického vztahu právě k roli matky. Ukazuje se zde hierarchický vztah mezi „nevinným“ dítětem a matkou, která za něj má nést odpovědnost. Mateřství je tak propojeno s nárokem zvládnání „rizika“ v sexuálních kontaktech (Kolářová 2009: 18). Mnou uvedený úryvek ukazuje podobnost mezi pojmáním hepatitidy B, C a HIV/AIDS v kontextu „rizika přenosu nákazy“. V obou případech je skrze koncepci „rizika“ ustavována žena jako zodpovědná za „přenos nemoci“ na dítě. V podtextu tohoto je morální aspekt, který odkazuje na případnou „vinu“ ženy za vystavení „riziku“ či přímo „nakažení“ dítěte.

Ačkoli to jsou právě ženy, které nesou odpovědnost za jejich dítě, a přestože je dnes proklamována „svoboda“ jedinců a jejich volby, jsou to právě tyto ženy, jejichž autonomie (a sexualita) je v kontextu medicíny omezována. To se ukazuje v souvislosti s preventivním testováním, kterému jsem se věnovala již dříve u úryvku od Mančala (1989). Přestože preventivní medicína hepatitidy B a C je cílená na ženy i muže, tak v souvislosti s rodičovstvím a odpovědností za dítě směřuje pouze k ženám. To může naznačovat větší snahu medicíny o kontrolu „ženských“ těl skrze jejich propojení s reprodukčními funkcemi. Kontrola nad individuálním „ženským“ tělem tak může sloužit ke kontrole a regulaci populace (kolektivního těla), kdy jsou novorozenci pozitivních matek na hepatitidu B preventivně očkováni.

Spojení žen s jejich reprodukční funkcí a přenesení zodpovědnosti za děti výhradně na ženy může být skrze texty o hepatitidě B a C předáváno jako neproblematické lékařské „vědění“, jež si mohou přivlastňovat i lékaři/ky a zdravotnický personál. Může se tak stát, že při vyšetřování a léčbě pacientek se budou orientovat směrem k tomuto tématu, zatímco u „mužských“ pacientů budou toto téma naopak opomíjet. Již tím, že se v textech pracuje s „rutinní diagnostikou“ zkoumající přítomnost „anti-genů“ hepatitidy B pouze

v těle žen (s čímž je spojené následné zaměření na jejich léčbu), jsou muži v této souvislosti vynecháváni. Toto rozdílné pojmání a tematizování těl mužů a žen může být skrze lékařské autority předáváno veřejnosti, což může mít za následek utvrzení genderově diferencovaného zacházení s ženami a muži v naší společnosti, čímž se ospravedlňuje i jejich nerovné postavení, jelikož tyto dvě kategorie jsou k sobě v hierarchickém vztahu moci. „Ženské“ tělo je stále spojováno s „jinakostí“, která se projevuje například „rozdílným“ zacházením v rámci medicíny (rutinní diagnostika). „Mužské“ tělo není v kontextu článků výrazně²¹ spojováno s určitým specifickým tématem jako „ženské“, mohli bychom tak říci, že je ustavováno jako „samozřejmé“, ovšem pouze ve vztahu ke „specifickému ženskému“.

Z hlediska genderové analýzy se v analyzovaných článcích objevuje ještě jedno důležité téma, kterým je konstrukce sexuality. Než se budu tomuto tématu věnovat, vrátím se ještě k otázce „rizikových skupin“ a stigmatu.

²¹ Výjimkou je konstrukce sexuality ve spojitosti s „rizikovými skupinami“, čemuž se věnuji níže.

5.4.1 „Rizikové skupiny“ a stigma

Diskurs „rizika“ přináší otázky spojené s jeho potenciálními stigmatizujícími efekty. V okamžiku, kdy víme, jak je možné se chránit před „rizikovými faktory“, jaké jsou cesty „rizikového přenosu nákazy“ a jak jim bránit, jeví se „nemoci“ jako důsledek individuálního selhání (Kolářová 2009: 17). V prostředí, kde je „zdraví“ naším úkolem a jeho zvládnutí je především výsledkem vlastního sebeuvědomění, sebekázně a vnitřních zdrojů, které nám pomáhají řídit svůj denní rytmus, aktivity, stravu i sexuální život (Illich 2012: 176), mohou být jedinci, kteří tento úkol nenaplňují, vnímáni skrze optiku stigmatu. Tito lidé totiž nenaplňují normativní očekávání společnosti ohledně „zdraví“ a jeho ochrany. Diskurz „rizika“ také napomáhá tomu, že lidé s onemocněním diabetu 2. typu a hepatitidou B a C, mohou vyvolávat představu „ohrožení“, to platí především tedy v souvislosti s hepatitidou B, C. Při stigmatizaci určitých osob se pracuje s nebezpečím, které mohou představovat pro ostatní. Stigmatizovaní jedinci hepatitidou B, C i diabetem 2. typu mohou mít zkušenost jak diskreditovatelných, tak i diskreditovaných (Goffman 2003: 12-13).

V případech, kdy jejich „nemoc“ není viditelná, stávají se diskreditovatelnými. Nicméně pokud dochází například k fyzické izolaci lidí s hepatitidou B, C či je s nimi veřejně lékaři/kami zacházeno jinak než s ostatními pacienty/kami, je jejich „jinakost“ viditelná, a tudíž se stávají osobami diskreditovanými (Goffman 2003: 12).

V první kapitole analýzy jsem se zmínila, že diabetes 2. typu bývá často spojován s obezitou, která je v textech pojímána jako „rizikový faktor“. Lidé s vyšší váhou mohou být nahlíženi právě pro tento viditelný faktor jako „nemocní“ diabetem 2. typu. Spojení diabetu 2. typu a obezity dává lidem často pocit, že si za tuto „nemoc“ mohou sami, a to také kvůli tomu, že „osobní váha“ je v současné společnosti – kdy je „životní styl“ něčím individualizovaným – pojímána také jako osobní, že je něčím, co lidé mohou sami ovlivnit a co mohou mít, a dnes možná i tím, co by „měli mít“ pod kontrolou. Obezita a diabetes 2. typu dnes mohou být vnímány jako osobní selhání v sebe-kontrolě a sebe-disciplinaci. Skrze tuto optiku individuálního selhání a nenaplňování normativního očekávání společnosti ohledně představy „zdraví“, stávají se tito lidé, stejně jako v případě hepatitidy B, C, osobami diskreditovanými (Goffman 2003: 12).

Stigmatizovaní jedinci jsou si odlišného zacházení ze strany okolí také vědomi, a jestliže se na ně lékaři/ky a potažmo celá společnost dívá „jinak“, mohou na sebe začít nahlížet také skrze optiku selhání a nenaplnování normativních očekávání. Jedinec tak sám sebe vnímá jako viníka a může v něm vyvstávat i pocit hanby (Goffman 2003: 14). Někteří lidé jsou vystaveni většímu riziku studu než jiní (Warner 1999: 3-5). V kontextu hepatitidy B a C jsou těmito lidmi jedinci, kteří jsou zařazováni do „rizikové skupiny“.

Stránský (1989) ve zmíněném úryvku zařazuje do této „rizikové skupiny“ hepatitidy C osoby s hemofilií, osoby s opakovanými transfúzemi, či osoby, které užívají intravenózně drogy, hemodialyzované osoby, lidi s chronickou hepatitidou a „mužské homosexuály“. Podle Michaela Warnera je těžké oddělit stud od politiky a osobní selhání od nepřátelských norem, jelikož politika studu zahrnuje „moralisty“ úmyslnou a zjevnou produkci hanby a současně zahrnuje skryté nerovnosti, nezamýšlené důsledky izolace a nedostatek veřejného přístupu. Zahanbující efekty (shaming effects) izolace se dotýkají obzvláště žen a „gay“ lidí, kteří jsou v naší společnosti v této souvislosti velice zranitelní (Warner 1999: 3-16). Rozdílnost v zacházení se ženami jsem vysvětlila výše, zde bych se tedy zaměřila na druhou zmíněnou skupinu lidí, která v případě onemocnění hepatitidou B, C nenaplnuje „normu zdraví“, což je jeden tlak, který na ni působí. Druhým tlakem je pak normativní očekávání společnosti ohledně „povinné heterosexuality“²² (Katz: 2002), kterou také nesplňují. Z tohoto důvodu na ně může být uplatňována dvojí stigmatizace, z čehož také vyplývá to, o čem se zmiňuje Warner (1999), že politika studu nepůsobí na všechny jedince stejně, ale na některé více.

„Přenos sexuální cestou není patrně významný, svědčí pro to nízký výskyt anti-HCV u homosexuálů a ženských kontaktů narkomanů.“ (Stránský 1989: 1628)

²² Johnatan Katz tvrdí, že pojem heterosexuality byl „vynalezen“ v 19. stoletím Karlem Mariou Kertbeny a byl pojímán jako silná touha po pohlavním styku s „opačným pohlavím“. Touto dobou navíc sílí moc a prestiž medicíny, v rámci níž je popsána „zdravá nová sexualita“, která je definována jako nový „ideál“ vztahu muže a ženy. Tento nový „ideál“ zahrnuje právě esencialistickou, „normální“ erotičnost. „Opačnost“ pohlaví se stala základem pro „univerzální“ a „normální“ erotické přitažlivosti mezi muži a ženami. Odsud se tak rozvíjí představa heterosexuality jako normy. Tato lékařská normalizace sexuality implikuje heterosexuální separatismus, tedy „erotický apartheid“, jenž silně odděluje sexuální „normality“ od „nenormalit“, neboli „perverzí“, a tedy i heterosexuality od ostatních sexualit (Katz: 2002: 350-354).

„Budeme-li považovat pouze těchto 5 případů za skutečné případy pohlavním stykem přenesené infekce, jde pak o přenos v necelých 3 %, což odpovídá literárním údajům. Na druhou stranu lze připustit, že část pacientů ze skupiny s neidentifikovaným rizikovým faktorem se nakazila právě touto cestou. U několika osob z této skupiny je možno např. předpokládat promiskuitní chování (číšníci, hoteliér, námořní dělník). Ve vyšetřovaném souboru jsme se neseťkali s homosexuálním chováním, respektive tuto možnou cestu přenosu nikdo aktivně nepřipustil a my jsme aktivně po této velmi citlivé otázce nepátrali.“ (Urbánek et. al. 2002: 187)

Aby však nedošlo k mylné interpretaci, explicitně byla „homosexualita“ v souvislosti s „rizikovou skupinou“ vyjádřena pouze v článku od Stránského v roce 1989. Přenos „sexuální cestou“ byl objektem zájmu i dalších článků, kde však již tuto cestu „přenosu“ nespojují nutně s „homosexualitou“. V analyzovaných člancích se nepracuje s jinými formami sexuality, pouze s binární opozicí „heterosexualita“ a „homosexualita“. „Homosexualita“ je v tomto kontextu pojímána jen jako záležitost mezi „muži“. Možnosti lesbických kontaktů jsou zneviditelnovány již tím, že Stránský (1989) přímo uvádí „přenos nákazy“ skrze „ženské kontakty narkomanů“ a „mužské homosexuály“. Zatímco „muži“ jsou v uvedených úryvcích pojímáni buď jako „heterosexuálové“ nebo jako „homosexuálové“, ženy jsou jen „heterosexuální“. Současně jsou ženy uvedeny jen jako „sexuální“ partnerky, tak by se mohlo zdát, že je texty nezařazují do „rizikové skupiny“. To odkazuje k nerovnému zacházení nejen s ženami a muži, ale i jejich sexualitou.

Sexuální „přenos“ nemoci hepatitidy B a C byl v článku z roku 2000 od Urbánka spojován s „promiskuitním“ chováním, které i blíže charakterizuje jako „typické“ pro určitá povolání (hoteliér, číšník atp). Z toho by se pak mohlo zdát, že i samotná tato povolání mohou být konstruována jako „riziková“ a tedy potenciálně stigmatizující. „Promiskuitní chování“ je zde pojímáno jako „rizikové chování“, které převádí odpovědnost za „nákazu“ a její „šíření“ ve společnosti opět na jedince. Skrze preventivní politiku dochází tak nejenom ke kontrole „šíření nákaz“ v populaci, ale i ke kontrole sexuálního jednání. Pokud přistoupíme na charakteristiku „promiskuitního chování“ jako „nebezpečného“ (Sontag 1997: 105) – tedy toho, co způsobuje „šíření nemocí“ a „ohrožuje“ ostatní lidi – jsme

biomedicínským diskurzem vedeni a sami sebe vedeme k tomu, abychom takové jednání nepraktikovali. Naše těla a naše sexuality jsou skrze tento jazyk medicíny disciplinovány, a my sami je disciplinujeme v kontextu naší individuální odpovědnosti ke kolektivnímu zdraví společnosti (Foucault 1999).

5.4.2 Shrnutí

V této kapitole jsem se nejprve zaměřila na to, zda se ve zkoumaných textech objevují témata, která by byla genderově specifikována. V kontextu diabetu 2. typu se přímo nevyskytla nějaká oblast, která by se orientovala pouze na muže či pouze na ženy. Rozdílně tomu bylo v souvislosti s hepatitidou B a C, kde se diskurz „rizika“ a odpovědnosti v kontextu „přenosu nákazy“ orientoval na ženy v případě, který se týkal „mateřství“, a tedy odpovědnosti žen nejen vůči „vlastnímu“ zdraví, ale především vůči „zdraví“ svého dítěte. Tento silný apel na ženy v kontextu jejich role matky, může být ustavován jak skrze jejich „tradiční“ spojování s „přírodou“ a „reprodukčními funkcemi“ (Ortner 1998), tak skrze propojení individuálního těla s kolektivním, kdy „přenos nákazy“ na dítě může představovat „ohrožení veřejného těla“. Tato logika se pak promítá i do politiky vakcinace. Ve zkoumaných textech lze tedy objevit rozdílné zacházení s těly mužů a žen, obecně jsou ale obě případové studie v kontextu lékařství ustavovány skrze generické maskulinum, které odkazuje k androcentrickému pojmání vědy a medicíny. Ženy a muži jsou v rámci medicíny pojímány jako binární kategorie, které jsou odlišně tematizované. Současně je i jejich sexualita pojímána rozdílně, ovšem stále v dualitě heterosexuality a homosexuality.

Posledním tématem, které se přímo dotýká toho, jakým způsobem mohou být lidé a jejich životy ovlivňovány skrze instituci medicíny, je stigmatizace (Goffman 2003). V této části tvrdím stejně jako Warner, že někteří lidé mohou být stigmatizováni více než jiní (Warner 1999), a to v důsledku ustavení a fungování normativních očekávání ve společnosti, přičemž tato očekávání jsou vytvářena a utvrzována i právě skrze lékařství. Lidé s diabetem 2. typu a lidé s obezitou mohou být skrze tyto „nemoci“ zaměňováni, například skrze viditelný faktor obezity, může být jedinec stigmatizován nejen na základě své váhy, ale i z představy, že tento konkrétní člověk má diabetes 2. typu. Stigma, které se utváří kolem hepatitidy B a C, je navázáno na koncepci „rizikových skupin“, se kterými

souvisí i strach, který může být vyvoláván diskurzem rizika. Stigma může mít za následek nejenom vylučování jedinců ze společnosti, ale i to, že sám jedinec se může chápat skrze optiku veřejnosti. Tedy, že nenaplnuje společenské představy, které se vytvořily kolem „normy zdraví“. To v nich může vyvolávat pocit studu (Warner 1999) a představu, že mají svou „jinakost“ skrývat. Zabývat se genderem, sexualitou, zdravím a nemocí (jinakostí) je v kontextu medicíny důležité, abychom byli schopni rozkrývat, jakými způsoby jsou konstruovány jako „přirozené“ kategorie a jak fungují v rámci utváření mocenských struktur společnosti, čímž se nám může otevřít prostor pro jejich dekonstrukci a „odsamozřejmění“.

6. ZÁVĚR

Závěrem bych ráda připomněla některé základní body, ke kterým jsem v souvislosti se svým výzkumem dospěla. Medicína jako instituce je v naší společnosti pojímána jako autorita, přičemž toto autoritativní vědění, které ustavuje, se projektuje i do lékařských článků o diabetu mellitu 2. typu a hepatitidě B a C. Skrze jazyk, který zdůrazňuje potenciální (ne však zcela reálná) „rizika“ a imperativ zdraví, a skrze lékaře/ky, kterým jsou analyzované texty určeny, je předáván morální podtext (potenciálním) pacientům/kám. Okamžikem symbolické iniciace do „vědění“ o „nemoci“ a s ní spojených „rizicích“, se jedinci stávají odpovědní za toto své „onemocnění“ (Kolářová 2009: 20).

Skrze apel na nutnost léčby a prevence jak diabetu 2. typu, tak hepatitidy B, C, je vytvářena představa „zdraví“ jako normativního ideálu, kterého by mělo být dosaženo skrze sebe-kontrolu a sebe-disciplinaci. Jestliže je normalita zajišťována pomocí regulace jinakosti – nemoci, můžeme o ní mluvit jako o specifickém uplatňování a vykonávání technologií moci, jež se prosazují v moderní době (Waldschmidt 2012: 23). Pokud k tomu nestačí individuální síly, je zde medicína, která zasáhne medikalizačními prostředky. Přesto diabetes 2. typu a hepatitida C (i chronická hepatitida B) jsou v této oblasti ve specifické situaci, jelikož v současné době není medicínské poznání na takové úrovni, kdy by bylo schopno tyto „nemoci“ zcela vyléčit. V prevenci se tak ukazuje o to větší tlak na sebe-disciplinaci a vlastní odpovědnost za „nemoc“ a její „šíření“. Ustavuje se zde zodpovědný biologický občan (Rose 2006).

V rámci analyzovaných textů se tak medicína stává na jedné straně tou, co vykonává nad jedinci kontrolu, ale zároveň je nutí, aby – skrze převzetí odpovědnosti nejen za sebe, ale i za ostatní lidi kolem sebe – vykonávali funkci dorozu. Právě konstruování péče o sebe sama, jakožto morální povinnosti jedince vůči sobě, ale i vůči společnosti, je jedním z hlavních rysů působení biomoci (Kolářová 2009: 20).

Skrze příklad rutinní diagnostiky těhotných žen a preventivní vakcinace dětí, jejichž matce je zjištěno onemocnění hepatitidou B, se ukazuje to, jak je medicínou omezována osobní autonomie a svoboda jedinců, přestože zodpovědnost jak za vlastní „nemoc“, tak za „nemoc“ dítěte, je připisována právě těmto ženám. Na této situaci lze také prezentovat genderově diferencované téma, kdy se ženy v rámci analyzovaných textů více objevují

pouze v souvislosti s jejich mateřskou úlohou. „Apel na ochranu před nákazou virem není motivován nutností chránit životy žen *pro ně samé*, ale *pouze* pro jejich potenciální roli matek. Morální povinnost chránit se (seberegulace) směřuje však k ženám, je kvalifikována pouze jejich očekávanou mateřskou rolí.“ (Kolářová 2009: 18) Muži jsou naopak v souvislosti s rodičovstvím zneviditelnováni a není utvářena ani jejich zodpovědnost k dítěti a jeho případné „nemoci“. Toto nereflektované nerovné zacházení s ženami a muži a s tím spojená očekávání, mohou být skrze texty přejímané lékaři/kami, což se může promítnout do jejich praxe. Rozdílné pojmání těl a rolí, které z toho pro muže a především pro ženy vyplývá, může být užíváno jako ospravedlnění jejich nerovného postavení v rámci společnosti, ačkoli se jedná „pouze“ o medicínské konstrukty.

Charakteristika „nemoci“ diabetu 2. typu a hepatitidy B, C je spojována s výčtem možných zdravotních komplikací, přičemž tato další onemocnění se mohou jevit jako neoddělitelná od „základního“ onemocnění. V případě diabetu 2. typu se ve zkoumaných textech pracuje s „rizikovými faktory“. Jedním z nejvíce zmiňovaných „rizikových faktorů“ byla obezita. Spojení diabetu 2. typu s obezitou, jakožto s vizuálním znakem, který ve skutečnosti nemusí ani znamenat, že je jedinec takto „nemocný“, může působit jako stigma (Goffman 2003). U hepatitidy B a C může být stigma utvářeno skrze koncept „rizikových skupin“, který je v článcích blíže specifikován. Pokud tedy označíme konkrétní skupinu osob za nositele „rizikovosti“, mohou všechny jedinci z této skupiny být považováni za osoby, kterých bychom se „měli“ bát. Na tomto základě může dojít k symbolickému i fyzickému vyčleňování určitých jedinců a skupin lidí. Navíc v kontextu normativního pojmání zdraví a důrazu na „aktivní péči o vlastní zdraví“, je onemocnění hepatitidou B, C a diabetem 2. typu důsledkem vlastní viny, na což se váže pocit studu (Warner 1999).

Analýzou medicínských článků o diabetu 2. typu a hepatitidy B a C jsme mohli vidět to, jakými způsoby může diskurz rizika a preventivní politiky působit na formování disciplinace a sebe-disciplinace jedinců ve společnosti, a tedy možnosti, jakým způsobem mohou být ovlivňovány životy lidí institucí medicíny.

POUŽITÁ LITERATURA

- Alexias, George. 2008. „Medical Discourse and Time: Authoritative Reconstruction of Present, Future and Past.“ *Social Theory and Health* 6: 167-183.
- Americká diabetologická společnost. 2003. *Cukrovka od A do Z: Co potřebujete vědět o cukrovce – jednoduše a srozumitelně*. Praha: PRAGMA.
- Bártlová, Sylva, Stanislav Matulay. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osvěta.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.
- Conrad, Peter. 1992. „Medicalization and Social Control.“ *Annual Reviews of Sociology* 18: 209–232.
- Conrad, Peter. 2005. „The Shifting Engines of Medicalization.“ *Journal of Health and Social Behavior* 46: 3-14.
- Coffey, Amanda. 1996. „Concepts and Coding.“ In Coffey, Amanda, Paul Atkinson. *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. London: SAGE. Pp.: 26-51.
- Craddock, Susan. 2000. „Disease, Social Identity, and Risk: Rethinking the Geography of AIDS.“ *New Series* 25 (2): 153-168.
- Česká diabetologická společnost Jana Evangelisty Purkyně. 2012. *Národní diabetologický program*. Praha. Dostupné z: <<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program-2012-2022>> (cit. 10. 6. 2014)
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. *Časopis lékařů českých*. (online). Dostupné z: <<http://www.cls.cz/cls-jep>> (cit. 20.3.2014)
- Davis, L. Lennard. 2012. „Konstrukty normality.“ In Kateřina Kolářová, ed. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukce nezpůsobilosti a hendikepu. Antologie textů z oboru disability studies*. Praha: Sociologické nakladatelství. Pp. 71-103.
- Deleuze, Gilles. 2003. *Foucault*. Praha: Herrmann a synové.
- Dijk, A. Teun. 1993. „Principles of critical discourse analysis.“ *Discourse & society* 4(2): 249-283.

- 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.
- Foucault, Michel. 1994. *Diskurs, autor, genealogie*. Praha: Svoboda.
- Foucault, Michel. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k věděni*. Praha: Herrmann a synové.
- Foucault, Michel. 2005. *Je třeba bránit společnost. Kurs na Collège de France 1975-1976*. Praha: Filosofia.
- Foucault, Michel. 2010. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
- Fraser, Suzanne, Kate Seear. 2011. *Making Disease, Making Citizens: The politics of hepatitis C*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Goffman, Erving. 2003. *Stigma: poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Hartmann, Betsy. 2007. „Old Roots, New Shoots: Eugenics of the Everyday.“ *Different Takes* 47: 1-4.
- Hasmanová, Marhánková J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a věděni o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů.“ *Biograf* 47. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4702>
- Hasmanová, Marhánková. J. 2014. „Postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí: případová studie krize v biomedicínské věděni.“ *Sociologický časopis* 50(2): 163-188.
- Haraway, Donna. 1999. „The biopolitics of postmodern bodies: determinations of self in immune systém discourse.“ In Janet Price, Margrit Shildrick. *Feminist Theory and the Body: A reader*. United Kingdom: Edinburgh University Press.
- Harding, Sandra. 1987. „Introduction: Is There a Feminist Method?“ In *Feminism and Methodology*. Bloomington: Indiana University Press. Pp: 1-14.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hildt, Elisabeth. 2002. „Scientific Contribution: Autonomy and Freedom of Choice in Prenatal Genetic Diatnosis.“ *Medicine, Health Care and Philosophy* 5: 65-71.
- Hsu, L. Hsuan, Martha Lincoln. 2007. „Biopower, Bodies...the Exhibition, and the Spectacle of Public Health.“ *Discourse* 29(1): 15-34.

- Illich, Ivan. 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – Zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
- Jacobus, Mary, Evelyn Fox Keller, Sally Shuttleworth (ed). 1990. *Body/Politics: Women and the Discourses of science*. New York and London: Routledge.
- Katz, Jonathan. 2002. „The Invention of Heterosexuality“. In Kathy Lee Peiss. *Major problems in the History of American Sexuality*. Boston: Houghton Mifflin. Pp. 348-356.
- Knotková-Čapková, Blanka, Hana Havelková, Marek Skovajsa. 2007. *Stylistika, argumentace a akademické psaní: Praktická příručka pro práci v semináři*. Praha: Katedra genderových studií FHS UK.
- Kolářová, Kateřina. 2007. „Aids jako metafora.“ In Blanka Knotková-Čapková. *Ročenka Katedry genderových studií 2005-2006*. Praha: Fakulta humanitních studií UK.
- Kolářová, Kateřina. 2009. „Diskurs rizika v prevenci AIDS/ HIV.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 10 (1): 16-25.
- Kolářová, Kateřina. 2012. „Disability studies: Jiný pohled na „postižení“.“ In *Jinakost-postižení-kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Sociologické nakladatelství. Pp. 11-40.
- Kolářová, Kateřina. 2013. „Homosexuální „asociál“ a jeho zavirované tělo: vir HIV a nemoc AIDS v socialistickém diskurzu (Československo 1983–89).“ In Pavel Himl, Jan Seidl, Franz Schindler. *Miluji tvory svého pohlaví. Homosexualita v dějinách a společnosti českých zemí*. Praha: Argo. Pp. 411-452.
- Krekulová, Laura, Vratislav Řehák. 1999. *Co je virová hepatitida? 115 receptů pro zdravé i nemocné*. Praha: Triton
- Lebesco, Kathleen. 2010. „Fat Panic and the New Morality.“ In Metzl, Jonathan, Anna Kirkland. *Against Health: How Health Became the New Morality*. New York: New York University Press. Pp. 72-82.
- Lorber, Judith. 2005. „Věřit znamená vidět. Biologie jako ideologie.“ *Sociální studia* 2: 91-113.
- Lorenz-Meyer, Dagmar. 2005. „O politice lokace: strategie používané ve feministické epistemologii a jejich význam pro výzkum prováděný z feministické perspektivy.“ In Linková, Marcela, Alice Červinková, ed. *Myšlení hranic: genderové pohledy na*

- racionalitu, objektivitu a vědoucí subjekt*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. Pp.: 69-88.
- Lupton, Deborah. 1997. *The Imperative of Health and Regulated Body*. London: Sage.
- Lupton, Deborah. 2003. *Medicine as Culture, Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Lupton, Deborah. 2013. *Imperative of Health*. London: Sage.
- Národní knihovna České republiky. (online) Dostupné z: <<http://www.nkp.cz/>> (cit. 20.3.2014)
- Ortner, B. Sherry. 1998. „Má se žena k muži jako příroda ke kultuře?“ In Libora Oates-Indruchová. *Dívčí válka s ideologií: klasické texty angloamerického feministického myšlení*. Praha: Sociologické nakladatelství. Pp. 89-114.
- Parusnikova, Zuzana. 2002. „Biomoc a kult zdraví.“ *Sociologický časopis* 36 (2): 131-142.
- Reinharz, S. 1992. „Feminist content analysis.“ In *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press. Pp. 145-163.
- Rose, Nikolas. 2006. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Shildrick, Margrit. 2009. *Dangerous Discourses of Disability, Subjectivity and Sexuality*. New York: Palgrave MacMillan.
- Shildrick, Margrit. 2011. „Mimo řád: Genealogie 'zrůdnosti'.“ *Dějiny, teorie, kritika* 2: 189-202.
- Silverman, David. 2005. *Ako robíť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Bratislava: Ikar.
- Slepičková, Lenka, Eva Šlesingerová, Iva Šmídová. 2012 „Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ *Sociologický časopis* 48(1): 85-106.
- Sontag, Susan. 1997. *Nemoc jako metafora. AIDS a jeho metafory*. Praha: Mladá Fronta.
- Šlesingerová, Eva. 2003. „Zdraví a silní.“ *Sociální studia* 9: 121-142.

- Šmausová, Gerlinda. 2002. „Proti tvrdošíjně představně o ontické povaze gender a pohlaví.“ *Sociální studia* 7: 15-27.
- Tinková, Daniela. 2004. „Věčně nemocná žena: Žena a mateřství v lékařském myšlení na prahu moderní doby.“ *Dějiny a současnost* 1: 7-11.
- Treichler, Paula A. 1999. „The Burdens of History: Gender and Representation in AIDS Discourse: 1981-1988.“ Pp. 42-98. In *How to have theory in an epidemic: cultural chronicles of AIDS*.
- Waldschmidt, Anne. 2012. „Kdo je normální? Kdo je deviantní? „Normalita“ a „riziko“ v genetické diagnostice a poradenství.“ In Kateřina Kolářová, ed. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukce nezpůsobilosti a hendikepu. Antologie textů z oboru disability studies*. Praha: Sociologické nakladatelství. Pp. 127-146.
- Warner, Michael. 1999. „The Politics of Shame and HIV Prevention.“ In *The Trouble With Normal. Sex, Politics and Ethics of Queer Life*. Cambridge, Mass., Harvard UP. Pp. 195-227.
- World Health Organization. 1948. *Constitution of the World Health Organization*. New York.
- Zábrodská, Kateřina. 2009. *Variace na gender: Poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia.
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=49577&recShow=1&fulltext=&nr=258~2F2000&part=&name=&rpp=15#parCnt>

POUŽITÉ ZDROJE K ANALÝZE

- Aiglová, K., J. Ehrmann jr., J. Ehrmann. 2007. „Neinvazivní detekce jaterní fibrózy u nemocných s chronickou virovou hepatitidou C.“ *Časopis lékařů českých* 146(6): 542-545.
- Brodanová, M. 1995. „Chronická hepatitida – její diagnóza a diferenciální diagnóza.“ *Časopis lékařů českých* 134(16): 499-502.

- Březina, J., J. Hajn, V. Jelínek. 1989. „Rekondice diabetiků – progresivní léčebná metoda.“ *Časopis lékařů českých* 128(42): 1328-1331.
- Hořejší, J. 1990. „Hepatitis C.“ *Časopis lékařů českých* 129(36): 1132.
- Kráslová, I., L. Vítek, L. Muchová, N.V. Naoumov. 2003. „Nové pohledy na imunopatologii virových hepatitid B a C.“ *Časopis lékařů českých* 142(10): 590-594.
- Malina, L., E. Žďárský, M. Havlíčková, J. Stránský. 1996. „Průkaz HCV RNA u anti-HCV pozitivních nemocných chronickou jaterní porfýrií (PCT).“ *Časopis lékařů českých* 135(13): 427-429.
- Mančal, P., P. Podroužek, J. Kozlová, J. Labohá. 1989. „Význam skríninku povrchového antigenu viru hepatitidy B u těhotných.“ *Časopis lékařů českých* 128(48): 1517-1519.
- Pausová, Z., M. Anděl, V. Staněk, V. Lánská. 1990. „Průběh časně fáze infarktu myokardu u diabetiků.“ *Časopis lékařů českých* 129(26): 810-814.
- Pelikánová, T. 2002. „Léčba diabetu v IKEM.“ *Časopis lékařů českých* 141(13): 433-435.
- Příkryl, R. 2007. „Poruchy kognitivních funkcí u pacientů s diabetes mellitus.“ *Časopis lékařů českých* 146(5): 434-436.
- Rameš, I. 1996. „Dieta a diabetes mellitus.“ *Časopis lékařů českých* 135(9): 280-284.
- Saudek, F. 2003. „Genová terapie v léčbě diabetes mellitus.“ *Časopis lékařů českých* 142(9): 523-527.
- Schiller, W. G., W. Güthoff, K. Tobies, P. Gastmeier. 1990. „Nemocniční hygienická opatření při ošetřování pacientů s akutní a chronickou virovou hepatitidou B.“ *Časopis lékařů českých* 129(30): 929-931.
- Stránský, J. 1989. „Hlavním původcem potransfúzní hepatitidy non-A, non-B je virus hepatitidy C.“ *Časopis lékařů českých* 128(51): 1627-1628.
- Stránský, J., V. Krtek, E. Honzáková, J. Vandasová, Z. Mandáková, J. Kynčl, V. Němeček. 1996. „Klinický význam stanovení IgM anti-HCV u chronické hepatitidy C.“ *Časopis lékařů českých* 135(7): 215-219.
- Šobra, J., J. Páv, R. Češka. 1989. „Hyperlipoproteinémie a genetická epidemiologie diabetu mellitu.“ *Časopis lékařů českých* 128(50): 1575-1579.
- Šperl, J., M. Brodanová, Z. Mareček, M. Kaláb, R. Brůha, P. Urbánek. 1996. „Léčba chronické virové hepatitidy B interferonem alfa.“ *Časopis lékařů českých* 135(4): 111-113.

- Urbánek, P., Z. Mareček, M. Brodanová., R. Brůha, M. Kaláb, J. Petrtýl. 2002. „Rizikové faktory přenosu viru hepatitidy C (HCV) v české populaci.“ *Časopis lékařů českých* 141(6): 185-188.
- Wilczek, H., P. Urbánek. 2003. „Prevalence sérologických markerů infekcí virem hepatitidy B a hepatitidy C u drogově závislých osob léčených v pražském metadonovém centru Drop in o.p.s.“ *Časopis lékařů českých* 142(4): 240-243.