

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií, Fakulta sociálních věd

**Diplomová práce**

**2016**

**Kryštof Hanzlík**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií, Fakulta sociálních věd

**Kryštof Hanzlík**

**Konstruování kontinuity racionální a  
morální dimenze hodnoty v rámci expertních  
institucí**

**Případ institucionálního režimu hodnoty očkování proti  
infekčním chorobám**

*Diplomová práce*

Praha 2016



Autor práce: **Kryštof Hanzlík**

Vedoucí práce: **Mgr. Karel Čada, Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2016

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

HANZLÍK, Kryštof. *Konstruování kontinuity racionální a morální dimenze hodnoty v rámci expertních institucí: případ institucionálního režimu hodnoty očkování*. Praha, 2016. 64 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Karel Čada, Ph.D.

## **Anotace (abstrakt)**

V této teoreticky orientované práci ukazují na příkladu očkování proti infekčním chorobám, jak expertní instituce konstruují v rámci vymezení hodnoty svých produktů kontinuitu racionální a morální roviny hodnoty. Tato kontinuita umožňuje racionálním a morálním argumentům, aby se vzájemně přirozeně doplňovaly v uceleném výkladovém a procedurálním rámci, který nazývám institucionálním režimem hodnoty očkování. Ve vztahu k veřejnosti jsou jeho hlavním produktem sankce v podobě přisouzení rozhodovací kompetence těm, kteří očkují, a její odejmutí neočkujícím. Tato kompetence je chápána současně jako projev optimální racionality i morálně odpovědného jednání, zohledňujícího celospolečenský užitek. Vedle vnějšího přisouzení je ale kompetence vždy osvojována také na základě individuální aktivity. Ta nabývá na mimořádném významu pro odpůrce očkování, kteří čelí přisouzení vlastní nekompetence zaváděním alternativních vymezení hodnoty péče o zdraví, v nichž kladou důraz na přirozenost léčby a individuální odpovědnost. Tato vymezení hodnoty se projevují na úrovni úzce zaměřené racionální diskuse expertních doporučení i na úrovni obecnějších představ o správné péči o zdraví. Lze je do určité míry smířit s institucionálním režimem hodnoty očkování, který tak podléhá dílčím modifikacím (např. posunu vynucování očkování směrem k dobrovolnosti), možnosti konsensu nicméně zůstávají zásadně limitovány kategorickými odlišnostmi institucionálních a proti-institucionálních měřítek hodnoty.

## **Abstract**

In this theoretically focused thesis I make use of the example of vaccination against infectious diseases to show how expert institutions define value of its products through constructing a continuity of its rational and moral dimensions. This continuity allows rational and moral arguments to naturally complement themselves in a coherent discursive and procedural frame which I call an institutional regime of the value of vaccination. Regarding general public, its crucial products are sanctions in the form of imputing decisional competence to those who vaccinate and decisional incompetence to those who do not. This competence is understood as both sign of optimal rationality and morally responsible behaviour which takes into account the common good. But besides external imputation, a decisional competence is also acquired through individual activity, which takes on a special importance for those who reject vaccination. They manage the imputations of incompetence through constituting alternative definitions of the value of health care in which they stress the importance of natural treatment and individual responsibility. These definitions of value manifest both on the level of narrowly focused rational discussion of expert recommendations and the level of more general ideas about legitimate ways to handle one's health. It is, to some extent, possible, to put them in accord with the institutional regime of the value of vaccination, which, in turn, undergoes partial modifications (as in enforcing vaccinations becoming increasingly a matter of voluntary policies), the foci of consensus remain, nevertheless, fundamentally limited by categorical differences between institutional and contra-institutional criteria of value.

## **Klíčová slova**

sociologie medicíny, sociologie vědy, očkování, normativita vědy, reflexivní, individualizace zdravotní péče

## **Keywords**

sociology of medicine, sociology of science, vaccination, normativity of science, individualization of health care

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 13. 5. 2016

Kryštof Hanzlík

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu své práce, Mgr. Karlu Čadovi, Ph.D. za cenné připomínky a ochotu konzultovat do posledních chvil.



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií – katedra sociologie

## PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Řešitel: Kryštof Hanzlík - zadáno vedoucím/školitelem

Název v jazyce práce: Diskurzní analýza institucionálního definování očkování proti infekčním chorobám v kontextu jeho veřejné kritiky v České republice

Název v anglickém jazyce: Discourse analysis of an institutional definition of vaccination against infectious diseases in the context of its public critique in the Czech Republic

Vedoucí / školitel: Mgr. Karel Čada

### **1. Formulace problému**

Očkování proti infekčním chorobám je nástrojem ochrany veřejného zdraví, jehož fungování je rozsáhle koordinováno na mezinárodní úrovni, v rámci jednotlivých zemí ale podléhá velice rozdílným právním úpravám. Ochranu populace před nákazou je možné zajišťovat přímou očkovací povinností (sankcionovanou peněžitými pokutami či odnětím svobody), nepřímou povinností (kdy je očkování např. podmínkou přijetí dítěte do školy) či pouhým doporučením. Navzdory této různorodosti dosahují jednotlivé země srovnatelného pokrytí populace očkováním (Haverkate 2012). Jak naznačuje množství studií (Blume 2006, Hobson-West 2007, Olpinski 2012), bez ohledu na konkrétní právní úpravu očkování má rozhodující vliv na ochotu očkovat důvěra populace v instituce, které garantují prospěšnost a bezpečnost očkování, a v expertní vědě, o které své garance opírají.

## 2. Teoretické vymezení problému

Tato důvěra je celosvětově stále velmi vysoká, objevují se ale také pochybnosti o významu očkování a obavy z jeho možných rizik. To lze chápat jako důsledek obecnějších proměn vztahu veřejnosti k biomedicině a vědě obecně: krize legitimacy odborného vědění, latence a konstruovanosti rizik, které má vyhodnocovat a podchycovat (Beck 2004), či sílí individualizace a sebe-disciplinace ve vztahu k péči o zdraví i dalším aspektům života (Beck 2004, Bauman 2001, Foucault 2000). Množství analýz výpovědí odpůrců očkování v různých zemích světa (v České republice nejnověji Hasmanová Marhánková 2014) či obsahu internetových stránek zaměřených proti očkování (Bean 2011, Wolfe 2002, Kata 2010) dává těmto teoretickým úvahám konkrétní obsah. Na konto institucí a jejich představitelů se ozývají požadavky větší transparency očkování a právní odpovědnosti státu za škody způsobené očkováním, zároveň je kladen důraz na osobní odpovědnost, promítající se do praxe aktivního, uvědomělého rodičovství. V zemích, kde je očkování povinné, se vedle toho setkáváme s požadavkem zrušení této povinnosti, což je také případ České republiky, na který se blíže zaměřuji v předkládané práci.

## 3. Cíl práce

Individuální i sdružení aktéři vystupující proti očkování, veřejná debata, kterou vyvolávají, a změny institucionální praxe, které požadují, jsou tím, co primárně činí z očkování sociologický problém. Výchozími body mé analýzy tohoto problému nicméně nejsou nedůvěra, kritika, odpor, konflikt či změna, a jejími hlavními aktéry nejsou odpůrci očkování. Mým cílem je naopak vyjít z důkladného pochopení toho, proč očkování zpravidla problém nepředstavuje, aktéry, na které se zaměřuji, jsou pak vědci, lékaři, tvůrci zdravotních politik a všichni další, kteří se podílejí na institucionální definici očkování. Ta je utvářena na mnoha úrovních, od základních teoretických předpokladů přes právní vymezení po komunikaci s veřejností. Jejím prostřednictvím je očkování na jedné straně naturalizováno jako základní, do jisté míry samozřejmá podmínka života v moderní společnosti (ochrana zprostředkovaná očkováním je chápána jako veřejný statek, popř. lidské právo), na druhé straně prezentováno jako její mimořádný výdobytek, jehož fungování je třeba aktivně udržovat mnoha různými

aktéry včetně všech jedinců v populaci, kteří se mohou podrobit očkování. Obě roviny společně přispívají k racionálnímu i morálnímu zarámování očkování, v němž je ukotvena důvěra populace v jeho prospěšnost a nezbytnost. Očkovací povinnost není k vytvoření tohoto obrazu očkování nutná a často jeho důvěryhodnost spíše oslabuje.

Cílem tohoto přístupu je chápat situace, kdy se institucionální definice stává zdrojem kontroverzí, v návaznosti na rozpory, které v sobě ukrývá již ve své standardní podobě. Přirozený, resp. naturalizovaný stav bez chorob je hmatatelnou samozřejmostí, jeho podmíněnost očkováním se však vždy jako samozřejmá nejeví. Odpůrci očkování často disponují alternativními teoriemi historického vymýcení chorob a jejich současné kontroly a očkování nechápou jako nutnost, ale jako jednu z mnoha praktik péče o zdraví, které mají na výběr. Mají-li pak jeho proponenti přesvědčovat odbornými argumenty a zdůrazňovat nutnost aktivní účasti na ochraně populace před nákazami, současné snahy o udržení dojmu samozřejmosti, resp. přirozenosti očkování se mohou stát těžko udržitelnými. Naturalizace ale vždy zůstává důležitou součástí institucionálního definování očkování, jelikož představuje efektivní způsob, jak udržet očkování v nějaké míře neproblematické a nepřítahovat příliš pozornosti k problematickým detailům jeho fungování. Důvěra veřejnosti v něj je poprávu spojována s transparentí institucí a jejich schopností nést odpovědnost, její individuální investování je však vždy v nějakém okamžiku bezvýhradné a pasivní (Hobson-West 2007) a úspěšné vynucování očkování na tyto aspekty důvěry do značné míry spoléhá.

#### **4. Předpokládaná struktura práce**

První část mé práce se zabývá obecnou, standardní podobou institucionální definice očkování, jak jsem ji popsal výše. V analýze základních teoretických předpokladů praxe očkování, jejího zakotvení v mezinárodním právu a její veřejné prezentace vycházím z různých odborných článků, dokumentů a vyjádření představitelů institucí zdravotní péče. Dále uvádím přehled odlišných právních vymezení a institucionálních praxí očkování na úrovni států, včetně problémů s odmítáním očkování, se kterými se vypořádávají. Nakonec se zaměřuji na prostředí České republiky a provádím na korpusu oficiálních i neoficiálních vyjádření odborníků a dalších aktérů diskursní analýzu komunikace státních institucí s veřejností, zejm. s její kriticky naladěnou částí. Ukazuji v ní, jak proponenti očkování převážně negativně reagují na požadavky transparency a svobody rozhodování a jak odkazují na obecnou institucionální definici očkování a

využívají ji k obhájení jeho zákonné povinnosti. Relativní neochotu učinit praxi očkování transparentnější a přemýšlet o její možné dobrovolnosti chápu na jedné straně jako snahu zachovat nezbytný rozměr naturalizace očkování, na druhé straně jako rigidní neschopnost představit si udržování dojmu nezbytnosti očkování bez zákonných sankcí. Na pozadí existujících analýz výpovědí odpůrců očkování pak argumentují, že tento způsob komunikace s veřejností dále posiluje nedůvěru odpůrců a utvrzuje je v přesvědčení o neúspěšnosti očkování.

## 5. Metodologie

Teoretické zarámování mé analýzy vychází především z principů teorie sítí-aktérů a pragmatické sociologie. Arény, v nichž se odehrávají veřejné debaty o očkování, chápu jako hybridní fóra, kde odborní a laičtí aktéři navzájem přizpůsobují prostředky, které mobilizují k dosahování svých cílů (Callon 1998). Aktivita odborníků mají jádro v úzce zaměřených teoretických úvahách a jejich výzkumných a klinických aplikacích, zatímco výchozí situací odpůrců očkování je nutnost poskytnout optimální péči vlastním potomkům, institucionální definice očkování má nicméně ambice definovat základní předpoklady této péče, je prodechnuta morálním apelem a je prosazována v institucionálním rámci, na němž se podílí mnoho dalších typů aktérů - tvůrců legislativ a zdravotních politik, administrativních pracovníků, politických představitelů, ale i samotných příjemců, resp. odpíračů péče, kteří na druhé straně využívají k podpoře svých nároků rozličných expertíz a kontra-expertíz. Ve výkladu této definice dále kladu důraz na její zakotvení v materiální realitě očkování, jež vytyčuje hranice jeho rétorickým dimenzím, když je podrobuje závazným testům (Chateauraynaud 2009), rozhodujícím o tom, které argumenty zůstanou životnými a jak budou moct být uplatňovány. Tato realita zahrnuje jak vysoce stabilní atributy očkování (vymezené principy imunologické paměti či kolektivní imunity), tak rozličné kontexty hybridních fór, ve kterých je prosazováno a realizováno. Institucionální definici očkování lze tak zkoumat jako komplexní diskurs, v rámci kterého je vědění o očkování pevně propojeno s mocí činit jej nezbytným a přirozeným (Foucault 1994). Zatímco obecná část práce se snaží identifikovat základní strukturu tohoto diskursu, závěrečná analýza komunikace institucí s veřejností se zabývá konkrétním případem jeho cílené manifestace, mobilizace jeho rozptýlených prvků, jež zhušťuje do charakteristických řečnických figur v aktech explicitního upevňování moci.

## 6. Předpokládaný seznam literatury

BAUCH C.T., EARN D.J.D. Vaccination and the theory of games. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2004;101(36):13391-13394. doi:10.1073/pnas.0403823101.

BAUCH C.T., GALVANI A.P., EARN D.J.D. Group interest versus self-interest in smallpox vaccination policy. *PNAS* 2003 100(18), 10564-10567.

BERAN, Jiří, HAVLÍK, Jiří, VONKA, Vladimír. *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galén, 2005. 348 s. ISBN 80-7262-361-3.

BAUMAN, Z. Consuming life. *Journal of Consumer Culture* 2001; 1; 9.

BEAGAN, B. L. 2001. „‘Even if I Don’t Know What I’m Doing I Can Make It Look like I Know What I’m Doing’: Becoming a Doctor in the 1990s.“ *Canadian Review of Sociology*, 2001, 38 (3): 275–292, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-618X.2001.tb00974.x>.

BECK, U. *Riziková společnost. Na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2004.

BEAN, Sandra J. Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. *Vaccine* 2011, 29 (2011), 1874-1880. ISSN 0264-410X.

BERAN, Jiří, HAVLÍK, Jiří, VONKA, Vladimír. *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galén, 2005. 348 s. ISBN 80-7262-361-3.

BLUME, Stuart. Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social Science & Medicine* 2006, 62 (2006), 628-642. ISSN 0277-9536.

CALLON, M. An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology. *The Sociological Review* 1998, 46: 244–269.

CHATEURAYNAUD, F. *Public controversies and the Pragmatics of Protest. Toward a Ballistics of collective action*. EHESS, 2009.

CHATEURAYNAUD, F. *On argumentative constraints. Forms of argumentation between deliberative frameworks and powers of political expression*. GSPR-EHESS, 2012.

FISMAN, D.N., LAUPLAND, K.B. The sounds of silence: Public goods, externalities, and the value of infectious disease control programs. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 2009;20(2):39-41.

FOUCAULT, Michel. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann & synové, 2002, 318 s. ISBN 80-239-0124-9.

FOUCAULT, Michel. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení* [online]. Praha: Dauphin, 2000, 427 s. ISBN 80-86019-96-9.

FOUCAULT, Michel. *Diskurs, autor, genealogie: tři studie* [online]. Vydání 1. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1994, 115 stran. ISBN 80-205-0406-0.

FOX, R. C. 2000. „Medical Uncertainty Revised.“ Pp. 409–426 in G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Crimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.

HAVERKATE, M. D'ANCONA, F., GIAMBI, C., JOHANSEN, K., LOPALCO, P. L., COZZA, V., APPELGREN, E. et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the Venice 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Eurosurveillance* 2012, Volume 17, Issue 22, 31, Article 4.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí: případová studie krize důvěry v biomedicínské vědění. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2014, 02: 163-187.

HOBSON-WEST, P. Trusting blindly can be the biggest risk of all': organised resistance to childhood vaccination in the UK. *Sociology of Health & Illness* 2007 29: 198–215. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00544.x

KATA, Anna. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010, 28 (2010), 1709-1716. ISSN 0264-410X.

KENNEDY, Allison M. Brown, Cedric J. Gust, Deborah A. 2005. *Vaccine Beliefs of Parents Who Oppose Compulsory Vaccination*. Cincinnati, Ohio: Public Health Reports; May/Jun2005, Vol. 120 Issue 3, p252-258, 7p, 3 Charts.

LATOUR, Bruno. *We Have Never Been Modern*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

LATOUR, Bruno. *On Interobjectivity*. Paper prepared for a special symposium. *Mind, Culture, and Activity: An International Journal*, 1996.

OLPINSKI, Marian. Anti-Vaccination Movement and Parental Refusals of Immunization of Children in USA, *Pediatrics Polska*, Volume 87, Issue 4, July–August 2012, Pages 381-385, ISSN 0031-3939.

REICH, Jennifer. Vaccine-Resistance as Good Mothering: Parents' Strategic Choices about Compulsory Childhood Vaccinations. Denver, Colorado: *Conference Papers - American Sociological Association* 2009, 1-15.

WOLFE, R. M., SHARP, L. K., LIPSKY, M. S. Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *The Journal of American Medical Association*. June 26, 2002, Vol 287, No. 24. 3245-3248. ISSN 0098-7484.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Karel Čada

V Praze dne 15. září 2015

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>2</b>
<b>1. VYMEZOVÁNÍ HODNOTY V RÁMCI EXPERTNÍCH INSTITUCÍ</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Shrnutí základních pojmů: deontické a axiologické normy</i> .....	6
1.2 <i>Institucionální vymezení hodnoty očkování</i> .....	7
<b>2. VĚDA A MEDICÍNA V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI</b> .....	<b>13</b>
2.1 <i>Historická problematizace hodnoty vědy a jejích produktů</i> .....	13
2.2 <i>Individualizace péče o zdraví</i> .....	18
<b>3. VÝZKUMNÉ PROBLÉMY A JEJICH TEORETICKÉ ZARÁMOVÁNÍ</b> ....	<b>23</b>
3.1 <i>Formulace výzkumných problémů</i> .....	23
3.2 <i>Teoretická konstrukce institucionálního režimu hodnoty</i> .....	28
<b>4. INSTITUCIONÁLNÍ REŽIM HODNOTY OČKOVÁNÍ</b> .....	<b>33</b>
4.1 <i>Ochrana před infekčními chorobami jako veřejný statek</i> .....	33
4.2 <i>Neočkování jako černé pasažérství</i> .....	36
4.3 <i>Substantivní racionalita a teorie racionální volby</i> .....	37
4.4 <i>Teoreticko-herní modely rozhodování o očkování</i> .....	39
4.5 <i>Kolektivní utilitarismus a scientistní deontologie</i> .....	41
4.6 <i>Očkování jako právo a povinnost</i> .....	42
4.7 <i>Shrnutí: kontinuita racionality a morálky</i> .....	44
<b>5. KRITICKÁ VYMEZENÍ HODNOTY OČKOVÁNÍ A ALTERNATIVNÍ VYMEZENÍ HODNOTY PÉČE O ZDRAVÍ</b> .....	<b>48</b>
5.1 <i>Institucionální a přirozený původ rizik</i> .....	49
5.2 <i>Individualizace jako garance hodnoty alternativ očkování</i> .....	52
5.3 <i>Sjednávání hodnoty v hybridních fórech</i> .....	53
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>56</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>59</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>60</b>



## Úvod

Smyslem této práce je teoreticky rozpracovat a ukázat na příkladu očkování proti infekčním chorobám různé způsoby, kterými v současnosti expertní instituce vymezují a veřejně komunikují hodnotu výsledků své činnosti. Tato hodnota primárně spočívá v jejich jasně definovaném užítku a je posuzována především na základě empirického ověřování specifického účinku zakládajícího tento užitek, systematizovaného a regulovaného v rámci vědeckého výzkumu. Jako taková je také z velké části prezentována – definování hodnoty je v první řadě definováním vědecky získané *pravdy* a diskuze o této hodnotě je v první řadě diskuzí přísně racionální.

Aniž bych *a priori* zpochybňoval nároky expertních institucí na platnost racionálních základů jejich argumentů, vycházím z předpokladu, že účinné vymezení hodnoty produktů vědy je vždy v podstatné míře otázkou normativního hodnocení, resp. celého souboru normativních hodnocení různých aspektů vytváření a aplikace těchto produktů. Striktně racionální, nenormativní věda je věda, se kterou se setkáváme převážně v učebních textech sloužících výchově budoucích vědců. Jak podotýká Thomas Kuhn ve svém stěžejním díle *Struktura vědeckých revolucí*, „(t)yto texty se (...) často zdají naznačovat, že obsah vědy dokládají jedině pozorování, zákony a teorie popsané na jejich stránkách“ (Kuhn 1997, 15). Pozorování a zkušenost mohou podle Kuhna „drasticky omezit obor přípustných vědeckých přesvědčení (...), nemohou však určovat sám obsah těchto přesvědčení“ (Kuhn 1997, 18). Standardní vědecká činnost vyžaduje od vědců, aby důsledně setrvali *uvnitř* těchto přesvědčení a chápali je jako závazné popisy světa, *jaký opravdu je*, osobní a historické nahodilosti je nicméně vždy činí do jisté míry *libovolnými* (Kuhn 1997, 18–9). Soubory teoretických a metodologických přesvědčení (a také, jak by dodali pozdější empiričtější orientování sociologové vědy, soustavy technologií získávání a interpretace dat a soubory předpokladů o jejich fungování /Hacking 1999, 71, Pickering 1995/) vždy specificky rámuji interpretaci dat jako fakt a umožňují z nich vybírat ty podstatné, oceňovat je a kriticky hodnotit. Kuhn chápe jako nevyhnutelné, že tyto soubory (*paradigmata*) v určité míře čerpají ze soudobých metafyzik a různých dalších oblastí vědění, a dodržování standardů vědecké praxe, které z nich vycházejí, se v souladu s tím opírá o *profesionální víru* v jejich pravdivost (Kuhn 1997, 29). Relativní libovolnost paradigmát vychází zvláště dobře najevo, začnou-li se ve vědeckém výzkumu kumulovat jevy, které

nekorespondují s jejich předpoklady (např. výsledky měření odporující určité teorii). Právě uznání této libovolnosti je ovšem tím, co umožňuje začít tyto *anomálie* vykládat novým způsobem a pozměňovat dosud závazná přesvědčení, případně je nahrazovat zcela novými, a v konečném důsledku tedy i tím, co vůbec umožňuje vědecký pokrok (Kuhn 1997, 62–75).

Kuhnovo dílo je vzorovým příkladem teorie vědeckého zkoumání, které klade velký důraz na jeho hodnotovou zatíženost, nechápe ji však jako důvod k zásadní relativizaci výsadního nároku vědy popisovat a vykládat určité oblasti reality, nýbrž jako neodmyslitelnou součást standardní vědecké praxe<sup>1</sup>. I já se v této práci snažím vyvarovat přílišných generalizací o hodnotové zatíženosti vědy a nahlížet ji spíše v konkrétních projevech jejího běžného, neproblematického fungování. Jelikož se však zabývám lékařskými vědami, musím vzít také v úvahu zásadně aplikovaný charakter výzkumu v této oblasti a jeho propojení s normami ochrany veřejného zdraví a lékařské profese, ale také např. zájmy farmaceutického průmyslu. Do hry tak vstupují další, primárně nevědecká vymezení hodnoty, která se na jedné straně uplatňují ve zřetelné návaznosti na vědecká vymezení, na druhé straně mají také svou specifickou úlohu. Ve vztahu k veřejnosti je nicméně cílem expertních institucí prezentovat hodnotu svých produktů jednak v ucelené, neproblematické podobě, v níž se všechna vymezení hodnoty sbíhají a vzájemně doplňují, jednak jako hodnotu univerzální, jako určité *obecné blaho*. V případě očkování proti infekčním chorobám, na které se v této práci především zaměřuji, mají tyto aspekty vymezení hodnoty zvláštní důležitost. Co nejširší uznání hodnoty očkování je nezbytné pro zajišťování optimální ochrany populace před infekčními chorobami v podobě udržování kolektivní imunity, na kterém se musí prostřednictvím podstupování očkování podílet významná většina této populace (u nejobvyklejších chorob se pohybuje mezi 70 a 90 procenty), aby nezanikl jeho celospolečenský účinek. Nutnost dosažení tohoto výsledku ospravedlňují představitelé expertních institucí jednak sofistikovanými racionálními propočty, jednak morálními apely na odpovědnost jednotlivců vůči populaci. Současně se snaží racionální i morální rovinu vymezení hodnoty očkování specificky propojit a prezentovat v rámci uceleného výkladového rámce.

---

<sup>1</sup> Sám Kuhn nikdy neusiloval být obrazoborcem a ve srovnání s mnoha jeho následovníky byly jeho závěry podstatně skromnější. Důrazně se ohrazoval proti relativistickým výkladům svého díla a sám se hlásil k tradici pozitivismu (Fuller 1992, 242–4).

Na příkladu očkování proti infekčním chorobám chci tak ukázat, jak se úzce zaměřená vědecká racionalita, normativita vědecké a lékařské praxe, ale také explicitně morální argumenty vzájemně doplňují a vytvářejí dojem kontinuity v rámci expertního vymezování hodnoty. Za tím účelem konstruuji rámec tzv. *institucionálního režimu hodnoty očkování*, představující ucelený soubor expertních diskursů a praktik, které definují podobu současné praxe očkování a tvoří určitý základ veřejného komunikování jeho hodnoty. Ve vztahu k veřejnosti je ne/očkování normativně sankcionováno jak hodnocením i/racionality, tak hodnocením morální ne/odpovědnosti, ve vzájemné součinnosti se pak obě roviny projevují jako hodnocení *rozhodovací kompetence*.

Dále mě zajímá, jak se institucionální režim hodnoty očkování uplatňuje v kontextu současných proměn vztahu veřejnosti k moderní vědě, medicíně a péči o zdraví. Tento kontext je na jedné straně charakterizován oslabením důvěry v expertní garance hodnoty, na druhé straně se v něm expertní standardy stávají neodmyslitelnou součástí přemýšlení o zdraví. Charakteristickým projevem, v němž se střetávají obě tyto tendence, je individualizace péče o zdraví. V případě odpůrců očkování je vztah k vlastnímu zdraví individualizován ve výrazné opozici k institucionálnímu režimu hodnoty očkování. Částečně přistupují na kritéria hodnoty institucionálního režimu, když např. zpochybňují řádnost dodržování norem vědecké práce, na druhé straně usilují konstruovat vlastní, alternativní kritéria hodnoty. Jak ukazují četné studie výpovědí těchto odpůrců, významnými kritérii hodnoty jsou přirozenost a individualizace. Očkování je v souladu s těmito kritérii klasifikováno jako nepřirozená, invazivní forma péče o zdraví, nedostatečně zohledňující individuální perspektivu pacienta. Jak se snažím ukázat, projevuje se toto hodnocení i na úrovni racionálních kalkulací o rizicích očkování a rizik nákazy, kdy jsou rizika nákazy vnímána jako výrazně nižší, protože mají přirozený původ. Nákaza je nezřídka vnímána dokonce jako pozitivní a přirozená imunita, kterou poskytuje, může představovat přirozenou alternativu očkování. Odpůrci se obecně snaží hledat přirozenější, méně invazivní formy ochrany, mj. v oblasti alternativní medicíny, vedle toho kladou důraz na význam kojení, životního prostředí či správné výživy. Jejich celkový přístup k péči o zdraví je charakteristicky individualizovaný, přičemž právě jeho individuální povaha je často tím, co propůjčuje rozhodující hodnotu alternativám k očkování. Problém hodnoty očkování zde výmluvně vystupuje jako problém osvojení rozhodovací kompetence, kterého musí být v situaci přisouzení nekompetence expertními institucemi (ale i částí veřejnosti) dosahováno individuálními prostředky - s tím, jak je kladen důraz na individuální

osvojování kompetence, měřítka jeho osvojování se v podstatné míře stávají měřítka hodnoty očkování, resp. jeho alternativ.

V samotném závěru nastiňuji možnosti koexistence institucionálního režimu hodnoty a alternativních vymezení hodnoty ze straně veřejnosti. Jak ukazují, na jedné straně naráží potenciální konsensus mezi experty a odpůrci očkování na kategoriální odlišnosti jejich chápání hodnoty péče o zdraví, na druhé straně je institucionální režim hodnoty očkování schopen vstřebat některé dílčí požadavky veřejnosti, např. na zprůhlednění expertízy či vyšší autonomii rozhodování, a osvědčuje tak určitou pružnost vlastní konstrukce.

# 1. Vymezování hodnoty v rámci expertních institucí

## 1.1 Shrnutí základních pojmů: deontické a axiologické normy

Pro potřeby svého výkladu vymezování hodnoty v rámci expertních institucí nejprve vymezím pojmy, se kterými budu pracovat. Pojem *hodnoty* používám v maximálně obecném smyslu, který není výlučně racionální ani normativní – určitý objekt má pro někoho hodnotu, když může sehrávat smysluplnou pozitivní úlohu v rámci jeho pohledu na svět a jeho jednání. Hodnota pak vymezuje žádoucí atributy tohoto objektu. Jiným obecným pojmem, který se zde nabízí, je *užitek*, ten však příliš konotuje racionální instrumentalitu a efektivitu využití, navíc má v dalším výkladu své specifické místo. Vymezování hodnoty, jak jej chápu, může mít rovněž racionální původ, neobejde se nicméně bez současného normativního onálepkování – i racionalita nakonec vystupuje navenek jako hodnota sama o sobě.

V rámci normativity rozlišuji *deontické normy* a *axiologické (evaluativní) normy*<sup>2</sup> – mezi ty první patří povinnosti, morální normy, pozitivní právní normy či různá pravidla (herní, jazyková, sociální apod.), druhá skupina zahrnuje specifické vlastnosti, jako jsou dobro, odvaha či spravedlivost (Fassio 2013, 196). Deontické normy disponují podle Fassia třemi specifickými vlastnostmi. Zprvce mají vždy nějaké *adresáty*, které mobilizují k jednání v souladu s nimi. Za druhé vymezují vždy *podmínky vlastního dodržování*. Tyto podmínky jsou určeny jednak *charakterem* norem, který má podobu *povinnosti, zákazu* či *povolení*, jednak *obsahem* norem, tedy tím, co příkazují, zakazují či povolují (Fassio 2013, 202). Ne/dodržování podmínek je často chápáno jako binární, jak ale správně podotýká Fassio, jejich dodržování může být i odstupňované, nabývají pak např. charakteru *doporučení* (Fassio 2013, 199). Za třetí mají deontické normy vždy nějaký konstitutivní cíl či účel, který vede adresáty k jejich dodržování na základě *autoritativního účinku* a *motivačního vlivu*. Adresáti jsou vedeni k dodržování norem různými způsoby – strachem z potrestání, přáním či odhodláním je dodržovat, snahou vyhnout se negativním emocím (pocitům viny či studu) spojeným s nedodržováním či sociálnímu vyloučení. Toto vedení musí mít zároveň vždy určitou

---

<sup>2</sup> Toto rozlišení má obvykle prostší podobu rozlišení *norem* a *hodnot*, pojem hodnoty už zde ale používám v odlišném smyslu.

náležitou podobu, jež bere v úvahu kompetenci adresátů rozpoznat obsah a způsob uplatňování norem (Fassio 2013, 203).

Mezi deontickými normami zaujímají zvláštní místo morální normy. Pro morální normy je charakteristická úzká propojenost autoritativního účinku a motivačního vlivu, jejich původ v určitých sdílených přesvědčeních a sankcionování jejich dodržování v rámci určitého sociálního okruhu jejich sdílení. *Povinnost* a *žádoucnost* rozlišoval již Émile Durkheim jako dva základní atributy mravních faktů a jejich součinnost rovněž odvozoval od společného sociálního původu těchto faktů – morálka podle něj „začíná tam, kde začíná vazba na jakoukoli skupinu“ (Durkheim 1998, 51). Oproti jeho definici je nicméně na místě zdůraznit, že morální normy mohou ve své působnosti přesahovat rámec sociální skupiny a uplatňovat se v rozptýlenějších rámcích sdílených životních stylů, hodnotových orientací apod.

Axiologické normy podle Fassia srovnatelně distinktivní rysy postrádají (Fassio 2013, 204). Normativní obsah vymezují podstatně volněji a neobracejí se k žádným konkrétním adresátům ani je nelze v žádném smyslu dodržovat či nedodržovat. Jednotlivci mohou být jejich nositeli či představiteli, nikoli však na základě normativní preskripce, ale spíše jen pozitivních citových a významových asociací. Můžeme tak ale přinejmenším vymezit, pro jaké skupiny osob jsou axiologické normy v tomto smyslu zvláště relevantní a pro které již méně.

Nastíněné rozlišení deontických a axiologických norem je analytické, nikoli empirické – normy, o kterých budu dále psát, lze většinou chápat jako obojí a jejich deontický a axiologický charakter se projevují jako jejich distinktivní rozměry. Jakožto deontické normy zpravidla vymezují základní normativní polaritu, předurčující, jaké chování bude sankcionováno pozitivně a jaké negativně, zatímco axiologické vymezení představuje určité jemnější významové rozlišení obsahu deontických norem.

## **1.2 Institucionální vymezení hodnoty očkování**

Normativní orientace vědecké disciplíny se základním způsobem projevuje ve volbě objektů jejího zájmu. Jak poukazuje Andrew Ross v souvislosti s komerčním využitím produktů vědy, není jistě náhodou „že geologové vědí více o horninách, jež jsou zdrojem ropy, než o jiných horninách, nebo virologové o virových kmenech, které napadají tabák, než o jiných kmenech“ (Ross 1996, 6). Také epidemiologové a imunologové se zajímají právě o ty viry a bakterie, které způsobují nejrozšířenější nemoci, přeskočíme-li však od příčin k následkům, můžeme tuto orientaci stejně dobře

interpretovat také tak, že se zajímají právě o ty viry a bakterie, proti nimž lze nejefektivněji a v největším rozsahu vyrábět vakcíny. Sami experti trvají na tom, že hodnota očkování je univerzální, protože každý se může nakazit nějakou z infekčních chorob a očkování je z celopopulačního hlediska nejefektivnějším nástrojem prevence. Pokud však na tyto předpoklady hned nepřistoupíme, můžeme posuzovat jejich konání čistě z hlediska dílčích zájmů expertních institucí a farmaceutického průmyslu, který financuje vyvíjení nových vakcín a má z jejich uvádění na trh nezanedbatelné zisky.

Príslušné instituce proto usilují o to, aby hodnota očkování a ochrany před infekčními chorobami byly v co největším rozsahu uznávány jako obecná axiologická norma, která má univerzální relevanci a nevymezuje, co je hodnotné pouze pro úzkou skupinu expertů, úředníků a představitelů farmaceutického průmyslu. (To je relativně snazší v případě uznání hodnoty ochrany před infekčními chorobami jako takové než v případě uznání hodnoty očkování jako jejího optimálního nástroje, jak ale dále ukáží v části 5.1., ke zpochybnování hodnoty dochází na obou těchto úrovních). Širokého uznání univerzální hodnoty očkování jako nástroje ochrany veřejného zdraví se nicméně nedosahuje pouhým šířením osvěty – hodnota očkování zpravidla vystupuje také jako deontická norma, zakládající závazek uznávat tuto hodnotu a na základě toho očkovat. Jako taková může nabývat výrazných morálních rozměrů – její uznání je spojováno se schopností adekvátně vyhodnotit, co je morálně správné, a její dodržování sankcionováno pocitem viny plynoucím z jejího nedodržení či strachem z jeho negativních následků, popř. i objektivními, právními sankcemi.

Platnost uvedeného vymezení univerzality hodnoty ve významné míře garantují *normy vědecké práce*, které se rovněž prezentují jako univerzální, tentokrát nikoli s odkazem na relevanci pro každého jedince, nýbrž pro svou indifferenci k nevědecky definovaným individuálním rozdílům. Jamiesonová uvádí jako čtyři základní normy vědeckého osvojování poznání důraz na kritiku a sebereflexi, uznávání omezené hodnoty získávaných dat a používaných metod, věrný záznam empirické evidence a exaktní definování klíčových pojmů (Jamiesonová 2015, 72). Hodnota norem vědecké práce není vázána na způsob jejich aplikace – spočívá jednak v rigoróznosti vědecké procedury, jednak právě v nestrannosti a nezaujatosti vůči oblasti jejich využití a konkrétním zájmům, kterým má sloužit. Oba atributy jsou dále zajišťovány specifickými kontrolními mechanismy, jako jsou replikace testů, využití kontrolních skupin, recenzní řízení apod. Tyto normy vystupují v první řadě jako deontické normy. Jejich adresáty jsou primárně vědečtí výzkumníci, potenciálně ale také kdokoli, kdo

zamýšlí seriózně hodnotit jejich práci. Pokud jde o způsob jejich vynucování, nepředstavují jednoznačnou povinnost či zákaz, nabývají spíše charakteru určitého *procedurálního regulativu*. Omezená možnost je direktivně vynucovat a chápat v intencích ne/dodržování není nutně výsledkem jejich nižší kategoričnosti, spíše je zabudována v samotném jejich obsahu – z procedurálního hlediska je nelze jednoduše ne/dodržovat, pouze se přibližovat v konkrétním jednání jejich ideální podobě. Proto také není žádný rozpor mezi *obsahem* normy normativní neutrality a způsobem jejího dodržování – neutrality se opět jednorázově nedosahuje, nýbrž se na ni kontinuálně aspiruje. Současně vystupují normy vědecké práce jako axiologické normy, které odborná veřejnost vyzdvihuje a navenek prezentuje jako přednosti vlastního konání. Jako takové mohou být vnímány pozitivně jako spravedlivé (ve smyslu nestranné), ale rovněž negativně jako projev indiference prostředků vůči účelům. V případě očkování mohou nicméně účinně doplňovat vědomí jeho univerzální hodnoty v rámci ochrany veřejného zdraví.

Expertní instituce se zavazují garantovat tato obecná vymezení hodnoty očkování, ale také jejich konkrétní naplňování v podobě výsledků a závěrů vědeckého výzkumu a jejich aplikace. Expertní odhady nikdy nejsou pouze kvantifikací a statistickým vyjádřením jevu, nýbrž slouží jako podklad *expertních doporučení* a jako takové v sobě vždy zahrnují i normativní operaci spočívající v závazném rozdělení kontinua sledovaného jevu (např. koncentrace látek, které mohou způsobit nežádoucí vedlejší účinky, v určité vakcíně) na oblasti normy a odchylek od normy, a institucionální kodifikaci této normy. Pojem normy zde vystupuje v dosud nediskutovaném významu, tedy jako údaj, který kvantitativně vymezuje (zpravidla jako interval hodnot), co je a co už není normální. Velmi názorně se zde ukazuje propojenost racionálního a normativního vymezení hodnoty – statistická normalita (ve smyslu vyloučení statisticky nevýznamných odchylek) se setkává s normativitou, v rámci níž norma ve smyslu normalitu vymezujícího údaje vystupuje jako konkrétní obsah deontické normy o charakteru expertního doporučení vymezujícího účinek a tedy i hodnotu daného produktu.

V souladu se sub-optimálním charakterem vědeckých norem expertní doporučení nikdy neposkytují naprostou záruku vlastní správnosti. I v případě očkování platí, že jeho účinnost nikdy není stoprocentní, jeho bezpečnost je navíc relativizována riziky v podobě negativních vedlejších účinků. Empirické důkazy podepírající jeho hodnotu proto vždy vystupují jako pravděpodobnost účinnosti a nadto jako bilance



pravděpodobnosti kýženého pozitivního účinku a nežádoucího účinku, tedy bilance rizik očkování a rizik nákazy příslušnou chorobou. Tato bilance je vždy v rámci limitů norem vědecké práce stanovena jako v rámci možností *dostačující*, v případě hotových produktů nicméně nadále vystupuje jako (sub-optimálně) závazná.

Expertní doporučení tedy i přes svou sub-optimalitu vystupují jako nejlepší dostupné záruky hodnoty. Tento jejich status se zavazují garantovat a autorizovat konkrétní expertní instituce produkující tato doporučení (ministerstva zdravotnictví a různé vakcinologické společnosti na národní úrovni a zejm. Světová zdravotnická organizace na globální úrovni). V jejich *institucionálních garancích hodnoty* se tak koncentrují všechny dosud uvedené záruky hodnoty očkování, které tak dále nabývají na hodnotě a samy ji zpětně propůjčují institucionálním garancím. Ty současně vymezují hodnotu samotných institucí, resp. jejich kompetenci garantovat hodnotu ve srovnání s jinými institucemi (viz **Tabulka 2.2.1**). V případě očkování jsou nicméně expertní doporučení vždy ještě zprostředkovávány dětským lékařem, který rozhoduje o vhodnosti jeho aplikace, k vymezení hodnoty očkování tedy přispívají také institucionálně garantované normy lékařské profese.

Zmíním se jen krátce o některých z norem lékařské profese. Parsons zmiňuje čtyři požadavků na výkon lékařské profese: *univerzalismus*, tj. požadavek, aby lékař poskytl své služby každému, kdo je může potřebovat, *afektivní neutralita*, tedy emocionální odstup od problémů pacientů a neutrální hodnocení jejich nezdravotních rozměrů, *funkční specifičnosti*, omezující lékařovu pozornost na oblast jeho odborné způsobilosti, a *kolektivní orientace*, kterou Parsons spojuje s altruistickým upřednostněním potřeb pacienta před potřebami lékaře (Křížová 2006, 27-30). Křížová dále zmiňuje normé vysoké profesní *autonomie*, z níž plyne jistá uzavřenost profese outsiderům a výlučnost jejich kompetence, exemplifikována v postupech *lege artis*, tedy v souladu s dostupnými vědeckými poznatky a standardy praxe, které může vždy posuzovat pouze další lékař, ideálně špičkový odborník v dané specializaci (Křížová 2006, 44). Další významnou normou je *tendence k akci*, tj. tendence upřednostňovat zásah do zdraví pacienta před nečinností – i přes riziko jeho škodlivosti (tzv. *iatrogeneze*) je nadbytečná péče stále „morálně menším prohřeškem než zanedbání péče a je lépe tolerována“ (Křížová 2006, 39). Tato norma má svůj protipól v podobě požadavku *primum non nocere*, tedy „především neškodit“, který se však v moderní medicíně uplatňuje výrazně méně (ibid.).

Primární garance hodnoty	Institucionální garance 1	Institucionální garance 2
Norma ochrany veřejného zdraví	Garance hodnoty primárních garancí hodnoty	Garance hodnoty institucí jako garantů hodnoty
Hodnota norem vědecké práce		
Hodnota norem lékařské profese	Hodnota konkrétních expertních doporučení	

- Tabulka 2.2.1.

Hodnota institucionální garance očkování tak nabývá podob axiologických norem pozitivně vymezujících jeho univerzální hodnotu v ochraně veřejného zdraví, jeho expertní původ či jeho profesionální zprostředkování. Současně ale vystupuje ve vztahu k veřejnosti jako deontická norma, v tom smyslu, že odborná veřejnost může sankcionovat rozhodnutí jednotlivců přijmout či nepřijmout institucionální garanci hodnoty očkování a v souladu s tím očkovat či nikoli. Negativní sankcionování neočkování má někdy formu právních postihů, především ale představuje morální diskvalifikaci neposlušných a jejich vyloučení ze „slušné společnosti“. Rozhodnutí neočkovat může být v rámci toho potenciálně spojováno s popíráním hodnoty všech institucionálně garantovaných dílčích norem. Analogicky může pozitivní sankcionování očkování v podobě (zpravidla spíše implicitního) uznání morální způsobilosti předpokládat uznání hodnoty všech dílčích norem daným jedincem. V obou případech, tedy odmítnutí i přijetí institucionální garance, se pak k morálnímu hodnocení připojuje i hodnocení i/racionality ne/očkovujících, které mu může dodat další váhu a samo ji z něj naopak čerpat.

Vzájemné pronikání obsahu jednotlivých norem ukazuje, že učiněná kategorizace norem a popis vztahů mezi nimi představuje pouze analytický přehled a nemusí se empiricky uplatňovat. Na jedné straně se tak v určité míře děje (odborníci hájí hodnotu konkrétních doporučení či konkrétních norem vědecké práce), na druhé straně je hodnota očkování v konečném důsledku vždy pouze jedna. V souladu s tím se jednotlivá vymezení hodnoty souborně uplatňují v ucelených výkladových a procedurálních rámcích, které čerpají jak z vědecky racionálních teorií a metod, tak z jejich normativních a morálních extenzí, a kladou přitom důraz na *kontinuitu* obou

rovin, resp. jejich vzájemnou bezrozpornost a přirozené doplňování. Tato kontinuita je v určité míře nezamýšleným důsledkem jednání představitelů expertních institucí, nelze ale podceňovat ani její cílené konstruování za účelem ospravedlnění hodnoty očkování před veřejností. I tehdy, kdy si experti uvědomují, že účelově pracují jak s racionálními, tak s morálními argumenty, ovšem zůstává praktickým problémem, jak obhájit racionalitu *jako* hodnotu, když odkazovat pouze k ní přiznaně nedostačuje, a jeho praktickým řešením konstruovat ji jako kontinuální s morální rovinou. V této práci se nicméně nezbytvám *procesy* konstruování tohoto rámce, nýbrž samotným *produktem*, který nazývám *institucionálním režimem hodnoty očkování*. V části **3** přibližuji teoretickou konstrukci režimu hodnoty, v části **4** pak ukazuji, jak je vystavěn konkrétně režim hodnoty očkování. Nejdříve se ale vyjádřím k tomu, jak se s institucionálními garancemi hodnoty vypořádává veřejnost v kontextu současné společnosti.

## 2. Věda a medicína v současné společnosti

### 2.1 *Historická problematizace hodnoty vědy a jejích produktů*

V návaznosti na předchozí výklad můžeme konstatovat, že vztah veřejnosti k vymezení hodnoty produktů expertních institucí je určen mírou, v jaké jsou normy expertních institucí jednak uznávány jako obecné axiologické normy, jednak v souladu s tím reálně dodržovány jako normy deontické. Toto dodržování je vždy v nějakém rozsahu vynucováno objektivními sankcemi (přinejmenším, pokud jde o základní hygienické a bezpečnostní standardy), zpravidla ale také mnoha různými „měkkými“ formami. Účinnost těchto měkkých forem je při tom fundamentálně závislá na *důvěře* veřejnosti v expertní instituce a jejich produkty (Hobson-West 2007).

Pokud jde o vědu jako základ, o který se opírá hodnota produktů expertních institucí, důvěra v ní nikdy nebyla ničím samozřejmým – teprve v průběhu 19. století se znalost základních principů vědy stala běžnou součástí základního vzdělávání a to především díky aktivitám samotných vědců, kteří dlouhodobě veřejně vystupovali na obranu hodnoty vědy. Bránit ji museli před obviněními z přílišného materialismu, poplatnosti praktickému využití či absenci vyšší hodnoty, na kterou aspirovala klasická humanitní vzdělanost. Věda musela před veřejností obhájit vlastní intelektuální i morální hodnotu a činila tak především s odkazem na důkladnou a kritickou povahu svého zkoumání, jak ji vymezují normy vědecké práce (viz 2.2.)(DeBoer 2000, 583).

Současné ale nabývalo na stále větší důležitosti praktické využití vědy a její potenciál zásadně ovlivnit kvalitu lidského života. V oblasti ochrany veřejného zdraví znamenaly infekční choroby dlouho jednu z nejzávažnějších hrozeb pro lidstvo. Jen v letech 1918–1920 si pandemie španělské chřipky vyžádala odhadem mezi 20 a 50 miliony životů (tedy mezi 3 a 5 procenty světové populace), a nákaze pravými neštovicemi podleho v průběhu celého 20. století 100 milionů lidí. Očkování nabídlo mimořádně efektivní nástroj ochrany před těmito hrozbami, jehož nejvýmluvnějším úspěchem se stalo právě celosvětové vymýcení pravých neštovic na konci 20. století (Beran et al., XV). Praxe očkování nicméně od počátku narážela na odpor veřejnosti a uznání jeho hodnoty zdaleka nebylo univerzální. Velkou roli v tom sehrával rozsah, v jakém bylo institucionálně rámováno a sankcionováno ze strany státu. Očkování neznamenovalo pouze nový, vědecký princip boje s infekčními chorobami, ale také novou formu

kontroly veřejného zdraví, včetně de facto vynalezení populace v moderním smyslu slova, tj. jako agregátu charakterizovaného svými soubornými vlastnostmi, převoditelnými na několik málo abstraktních proměnných. Ochrana populace před infekčními chorobami se stala jedním z motorů masového shromažďování informací o občanech, jejich registrace, klasifikace a účinné kontroly státním aparátem. Můžeme ji tak chápat jako součást toho, co Michel Foucault nazval bio-politikou (Hasmanová Marhánková 2015, 169), tj. nástrojem výkonu státní moci, který nespočíval v prosté represí, nýbrž v regulativní kontrole, a spíše než k potlačení životních sil směřoval k jejich produktivnímu rozvíjení (Foucault 1999, 162). „(D)ávne právo *udělit* smrt či *nechat* žít nahradila moc *udělit* život či *odmítnout* život ve smrti“ (Foucault 1999, 161). V souladu s tím „politická moc přijala úkol starat se o život“ (ibid.).

Uplatňování této moci (ve foucaultovské tradici označované také jako *biomoc*) bylo v rámci prvních organizovaných aktivit odporu proti očkování vnímáno jako zásah do svobody individuálního rozhodování (tehdy se odkazovalo zejm. na náboženskou svobodu) a autonomie zacházení s vlastním tělem (Blume 2006, 629). A jakkoli se tato moc prezentovala jako „pouze“ regulativní a nadto primárně užitečná, v konečných důsledcích bylo očkování represivně vynucováno zákonnou povinností a sankcionováno právními postihy. V souladu s tím bylo obsahem požadavků kriticky naladěné části veřejnosti především omezení této povinnosti, kterého se v některých případech podařilo poměrně záhy docílit – např. v Nizozemsku byla očkovací povinnost zavedena v roce 1871 a již na počátku 20. století došlo k oficiálnímu uznání výjimky z očkování na základě náboženského přesvědčení (Blume 2006, 628). Jak podotýká Blume, velká část odporu se skutečně týkala spíše očkovací povinnosti než očkování samotného (Blume 2006, 629). Na instance vědeckého výzkumu spojeného s očkováním padal stín nedůvěry s ohledem na jejich institucionální zapojení ve vynucování očkování a částečně i s ohledem na jeho normy a principy (např. univerzální aplikovatelnost jeho výsledků odporovala požadavkům svobody a autonomie, popř. jeho snaha zasahovat do přirozeného řádu věcí odporovala náboženskému přesvědčení), nebylo však výjimkou, aby kritika očkování zároveň odkazovala např. na výsledky vědeckých studií nekorespondující s expertními doporučeními (ibid.). Lze tak vidět, že uznání hodnoty vědecké práce a jejích norem ještě samo o sobě nezaručuje uznání hodnoty jejich konkrétních produktů.

Jak shrnuje Kaufman, počáteční odpor veřejnosti vůči očkování nicméně významně polevil se zlepšením standardů jeho praxe a poklesem výskytu jeho nežádoucích účinků

a s rozsahem její státní kontroly, garantující tyto standardy (Kaufman 197). Současně došlo k obecné emancipaci lékařské profese a posílení její prestiže (Křížová 2006, 20). Hodnota očkování byla tak postupně ve významném rozsahu uznána jako univerzální a jeho vynucování se mohlo opírat o důvěru široké veřejnosti.

Současné formy odporu vůči očkování se začínají objevovat ve specifickém kontextu rozsáhlého přehodnocování rizik plynoucích z uplatňování moderní vědy a technologií. V poválečných letech se významným varovným symbolem potenciálně ničivých dopadů vědeckého výzkumu a pádným argumentem proti neproblematickému chápání linearity vědeckého pokroku stalo použití jaderných zbraní ve druhé světové válce (DeBoer 2000, 584). V následujících desetiletích se pak začaly dostávat do popředí i problémy spojené s využíváním vědy a technologií v čase míru, zejm. dopady průmyslu na životní prostředí. V roce 1968 založila skupina vědců a průmyslníků *Římský klub*, významný think-tank zaměřený na otázky neudržitelnosti hospodářského růstu a hrozby vyčerpání přírodních zdrojů. Jeho zpráva z roku 1974 představuje podle Andrewa Rosse první veřejné uznání rizik generovaných moderní společností ze strany průmyslových elit (Ross 1996, 2). Jeho alarmistický tón každopádně značí významnou proměnu ve vnímání vědeckého a technologického pokroku – dočteme se v něm mj., že „Země má rakovinu a touto rakovinou je lidstvo“ (Mesarovic, Pestel, 1974). Pokrok tak již nestojí v jasné opozici k rizikům, protože rizika již nemají pouze podobu materiální nouze či hrozeb přírodního původu, jako jsou přírodní katastrofy, hladomor či epidemie infekčních chorob, ale stále častěji také podobu následků pokroku samotného. Není již pouze nástrojem pacifikace rizik, ale také jejich hlavním zdrojem.

Skutečnost, že problematizace důvěry v hodnotu produktů vědy a technologie byla ve významné míře výsledkem impulzů ze strany samotných expertů, vedla některé autory k závěru, že tato problematizace neznamena odklon od vědeckého chápání světa, ale naopak jeho nejzazší důsledek (Ross 1996, 2). Vědecké normy pochybování začaly být systematicky vztahovány nejen na procesy zkoumání objektů vlastního zájmu, ale také na celek vědecké praxe a roli vědy ve společnosti (Beck 2011, 257), a to tím více, čím větší byl společenský rozsah jejího uplatnění – věda je v tomto smyslu obětí vlastního úspěchu, když se musí s každým novým objevem vypořádávat i s jeho potenciálně škodlivými dopady (Beck 2011, 258). Vědecko-technologicky rámovaný a legitimizovaný proces modernizace společnosti se tak podle Ulricha Becka stává *reflexivním*, v tom smyslu, že je neustále „sám sobě tématem a problémem“ (Beck 2011, 26).

Důsledkem uplatňování této reflexivity je také relativizace hranic mezi odbornou a širší veřejností. Dříve bylo podle Becka vědecké pochybování internalizováno v rámci vědeckých komunit, zatímco navenek byla „*autoritativně*“ stimulována aplikace vědeckých výsledků“ (Beck 2011, 258). Případný odpor veřejnosti mohly vědecké autority s odkazem na úspěchy vědy „smést ze stolu příslibem osvobození lidí od tlaků, jež nechápou“ (Beck 2011, 258). Avšak s tím, jak se vědecké pochybování stává stále výrazněji sebe-reflexivním, proměňují se vedle vnitřních vztahů ve vědeckých komunitách i jejich vnější vztahy se zbytkem společnosti. Systematická sebereflexe vědy oslabuje její nárok na objektivní vymezení pravdy, což se v rámci celé společnosti projevuje jako *demonopolizace* tohoto nároku (Beck 2011, 259), resp. vytvoření prostoru pro konkurenční nároky. Ty mohou mít zcela nevědeckou povahu, vzhledem k mimořádnému rozsahu uplatňování vědy v současné společnosti však často dochází také k tomu, že se zástupci mimovědecké veřejnosti v nějaké míře podílejí na vědeckém definování pravdy – s tím, jak se věda stává sama sobě objektem, stávají se laici z pouhých objektů vědy jejími *subjekty* (Beck 2011). Diskuse o hodnotě produktů vědy se v rostoucí míře přesouvají z uzavřených expertních komunit do veřejných arén *hybridních fór* (Callon 1998, 260), v rámci nichž je tato hodnota vymežována na základě spolupráce expertů a laiků. Podle Michella Callona dochází k rozsáhlé hybridizaci veřejné debaty v tzv. *horkých situacích*, charakteristických rozsáhlým promísením a vzájemnou relativizací vědecky garantovaných faktů a normativních soudů. Za těchto okolností schází stabilní báze vědění potřebná pro závazné definování prostředků řešení komplexních problémů spojených s vědou a technologií. Callon chápe jako nutný výstup z této situace právě zohlednění laických hlasů v konstruování nových rámců jednání a hledání nových řešení (Callon 1998, 260-2).

Příčinou tohoto vývoje ale není pouze demonopolizace nároku vědy na definování pravdy, ale také stupňující se specializace vědních disciplín a fragmentarizace jejich poznatků, jež činí stále obtížnějším docílovat jejich vzájemné integrace. Jednotlivé disciplíny musí s novou pádností hájit důležitost a uplatnitelnost svých poznatků a často za těmi účely hledají spojence i mimo svou původní institucionální základnu. V rámci toho může docházet k určité emancipaci veřejnosti a demokratizaci vědeckého pochybování, ale zároveň také k *feudalizaci* vědy v podobě aliancí vědeckých institucí s mocnými subjekty hájícími vlastní zájmy a prolínání vědeckého poznání s různými ideologiemi (Beck 2011, 259).

Demonopolizace nároku vědy na definování pravdy je tím, co v podstatné míře umožňuje veřejnosti zahrnout sociální situovanost vědy do svých běžných úvah o hodnotě jejích produktů a s ohledem na to v ní investovat důvěru. Avšak vzhledem k tomu, že veřejnost nemůže dost dobře sama sebe vyjmout z této situovanosti, nemůže ani její zohlednění nabývat podoby čistě akademického demaskování a izolace externích determinant vědeckého poznání. Reflexivitu pozdně moderní společnosti můžeme chápat jako široké společenské uplatnění principu známého jako efekt pozorovatele či oidipovský efekt, podle nějž má informace o určitém objektu vždy nějaký vliv na situaci, které se tato informace týká (Popper 2000, 19). V rámci reflexivní moderny jsou tak „sociální praktiky (...) neustále ověřovány a přetvářeny ve světle nových informací o těchto praktikách samých, informací, které tak v zásadě mění jejich charakter“ (Giddens 2010, 40).

Výsledkem je situace radikální nejistoty, ve které objekty vědění podléhají neustálé proměně, a unikají tak našim snahám o jejich uchopování, které navíc samy o sobě znamenají další zásah do charakteru objektů a další potenciální prohloubení nejistoty. Uplatňování reflexivity však současně zajišťuje, že společnost není uvrhována do chaosu totální relativizace, nýbrž nadále naráží na problémy, které jsou od základů rozsáhle vědecky definované, resp. konstruované, a jejich řešením v tomto rámci nezbytně pokračuje v jejich vědeckém konstruování a přispívá k rozšiřování jeho působnosti.

Vědecká konstruovanost problémů nadále vystavuje významné limity spoluúčasti veřejnosti na vymezení hodnoty produktů expertních institucí. Ulrich Beck definuje vědecky konstruovaná rizika jako neuchopitelná bezprostředním vnímáním a zásadně zprostředkovaná argumentací – vyjevují se „teprve a jedině ve (vědeckém, příp. antivědeckém) *vědění* o nich“ (Beck 2011, 29). Jejich existence (a důležitost, která jim je přisuzována) je fundamentálně závislá na způsobu, jakým je lze popsat, změřit, kvantifikovat, uvést do kauzálních vztahů a zapracovat do vědeckých teorií, ale také na jejich sociálním uznání (Beck 2011, 38). V rámci samotného vědeckého výzkumu zůstávají sociálně nekonsekventními jevy, pouhými potencialitami, kterých si mohou (ale často nemusí) být v nějaké míře vědomi příslušní experti, pro veřejnost nicméně zůstávají nereálné, resp. prakticky neuchopitelné. Až ve chvíli, kdy jsou uznána jako hmatatelné ohrožení (ať už je zachyceno v rámci testování či se projeví až v procesu užívání daného produktu vědy) a zapracována do institucionálně závazných expertních doporučení, mohou se teprve *vědecky zrodit*.



Podrobnosti vymezování hodnoty v rámci expertízy jsem popsal již v části 2.2. Pokud jde o rizika výsledných produktů, sub-optimalita závěrů vědeckého výzkumu, které slouží jako podklad expertních doporučení, a závaznost jejich institucionální garance, jsou typicky smiřovány tak, že je těmto rizikům přisouzen status *latentního vedlejšího důsledku*, kterému se nedalo zabránit, protože dosud nemohl být identifikován (*de facto* neexistoval), nicméně byl „spoluvyprodukován s nejlepšími úmysly“ (Beck 2011, 45). Jak shrnuje Beck, „to, co je od sebe obsahově a věcně, prostorově a časově odděleno, je uváděno do kauzálního vztahu a zároveň i do kontextu sociální a právní odpovědnosti“ (Beck 2004, 36). Je tak vytvořen konkrétní rámec dalšího zacházení s nimi, zůstávají nicméně *neviditelná*, tj. uvězněná v teoretických předpokladech a kauzálních vztazích a vzdálená bezprostřednímu vnímání.

Jakkoli se tedy mimovědecká veřejnost stává v určité míře *subjekty* vědy a expertízy, chronická nejistota reflexivní modernizace je stále ve srovnání s individuálními snahami nezasvěcených podstatně lépe postižitelná systematickou činností expertních institucí. Ty již nemohou zaručit jistotu, mohou ale účinně redukovat nejistotu, a v souladu s tím také není bezvýhradně přijímána jejich hodnota, nýbrž je vkládána důvěra v její nejlepší dostupnou *institucionální garanci*

## **2.2. Individualizace péče o zdraví**

V současnosti investujeme důvěru v rozličné produkty vědy zcela rutinně, už proto, že mnoho z nich tvoří předměty každodenního užívání. Tyto investice probíhají nejen v prostředí rozsáhle vědecky konstruovaného světa, ale také v prostředí mimořádně bohaté tržní nabídky, a nabývají tak podoby vysoce diferencované a *individualizované* spotřeby. Tato spotřeba je v současnosti zřídka pouhou spotřebou samotných materiálních produktů, ale zpravidla také spotřebou významů, citů, vjemů a zážitků (Lipovetsky 2007, 71). Neodpovídá na objektivní potřeby, nýbrž na individuální *touhy*, jejichž uspokojování sleduje jedinečná subjektivní kritéria (Campbell 2004, 30–32) a přizpůsobuje se obrazu, který si o sobě vytvářejí spotřebitelé, stává se tedy také zdrojem utváření identity (Bauman 2001, 13). Jedinečné spotřebitelské profily, které lze sestavit kombinací jedinečných produktů, mají tak svůj odraz v jedinečných životních stylech, sestávajících ze „vzorců spotřeby, informačních toků, kognitivních dohod, estetických preferencí a hodnotových závazků“ (Pakulski and Waters 1996, 152). Tyto profily podléhají neustálé proměně s tím, jak trh průběžně vytváří stále nové touhy, které je třeba uspokojovat novými způsoby (Campbell 2004, 36–7). Roztáčí se tak spirála

pozitivní zpětné vazby urychleného zastarávání produktů i tužeb, jež představuje jeden z určujících atributů současného post-fordistického kapitalismu (Harvey 1990, 156–9).

Oblast života, ve které se spotřeba produktů vědy stává zvláště naléhavě otázkou identity a životního stylu a v souladu s tím je také významně individualizována, je péče o zdraví. To se nám může zdát kontra-intuitivní, chápeme-li péči o zdraví jako spíše pasivní proces zajišťování základních tělesných potřeb a vyhýbání se rizikům. V případě ochrany veřejného zdraví naráží individualizace péče o zdraví rovněž na historické sepjetí forem této ochrany s biopolitickým rámcem léčby na úrovni populace. V posledních desetiletích však i moderní medicína prodělala významnou proměnu směrem k individualizaci, která na jedné straně znamenala rozšíření individuální svobody rozhodování, na druhé straně významné *přenesení odpovědnosti* za vlastní zdraví z institucionálních garantů na jednotlivce. Jak uvádí s odkazem na Rose (2001) Hasmanová Marhánková, stát dnes není již výhradně „situován do pozice subjektu, který by byl odpovědný za správu a kontrolu zdraví populace. V průběhu dvacátého století (...) se systematicky zbavuje odpovědnosti za zdraví svých občanů. Stát a medicína již nejsou v pozici autorit nařizujících, ale spíše umožňujících. (...) Samotný jednatel (...) je situován do pozice, kdy se aktivní starost o své zdraví stává součástí jeho individuální odpovědnosti.“ (Hasmanová Marhánková 2015, 170).

Důraz na přenášení odpovědnosti umožňuje chápat individualizovanou péči o zdraví nikoli jako rezignaci na uplatňování státní, biopolitické moci, nýbrž jako pouhou transformaci jejích technik (ibid.). Rose popisuje tento vývoj jako nahrazení biopolitiky, jak ji definoval Foucault, *ethopolitikou*, opírající se o internalizaci standardů zdravotní péče a jejich zapojení do individuální etiky sebezdokonalování (Rose 2001). S vymezením základního principu takového výkonu moci se nicméně setkáváme už u Foucaulta, konkrétně v jeho popisu disciplinačních praktik *anatomopolitiky* lidského těla, které pro něj představovaly neodlučný komplement praktik biopolitiky a společně s nimi definovaly státní biomoc, jak se rozvíjela od 17. století (Foucault 1999, 162).

Dohled nad dodržováním pravidel je zde stejně jako v případě biopolitiky zbaven vazeb na osobní privilegia i svého represivního charakteru a naopak je rozptýlen a transformován do podoby abstraktních norem a požadavků institucionálně-technologického aparátu. Současně je ale také důkladně vepsán do individuálních těl v podobě procedur, kterým je podřizuje, a také do individuálních myslí, v nichž dochází k *internalizaci* daných norem (Foucault 2000, 281-4). Výkon moci se tím na jedné

straně stává ještě méně přehledným a kontrolovatelným<sup>3</sup>, na druhé straně může významně nabývat na efektivitě – každý v první řadě vykonává moc sám nad sebou a to prostřednictvím chování, které nějakým způsobem považuje za žádoucí. Spočívá v očekáváních, které na sebe lidé kladou, a manifestuje se úspěšným naplňováním těchto očekávání. Vyžaduje tak minimum vnějších zásahů, aniž by nutně oslabil účinnost norem, které nadále distribuují mezi jednotlivce.

Rozhodnutí podřizovat se těmto normám je věcí svobodné individuální volby, tato svoboda volby je však omezena velmi podobným způsobem jako v případě individualizované, na identitu vázané spotřeby post-fordistického kapitalismu. Tím, že trh přenesl důraz z uspokojování potřeb na vytváření tužeb, spojil spotřebu se subjektivními měřítky hodnoty, zároveň ale zůstal hlavním tvůrcem těchto kritérií a hlavním zásobitelem objektů jejich uplatňování. A čím více nominálně rozšiřuje možnosti individuální volby, když vytváří stále nové tužby a produkty, které je mají uspokojovat, tím více jej v principu omezuje stupňováním logiky diferencované spotřeby, jíž podřizuje utváření jedinečných identit. Vázanost individualizace na spotřebu zde odráží starou Simmelovu tezi o tragédii kultury, podle které v moderní společnosti stále narůstá potřeba odlišit se od druhých, formy tohoto odlišování nicméně nabývají stále standardnějších podob v rámci převádění jedinečných měřítek hodnoty na peníze jakožto univerzální „průsečík veškerých hodnot“ (Simmel 1997, 21).

Internalizace expertně zarámovaných standardů v rámci individualizaci péče o zdraví a internalizace trhem vytvářených významů a tužeb v rámci individualizované spotřeby mohou vystupovat také v součinnosti. I péče o zdraví podléhá komercializaci – medicína se stává službou a pacient klientem, jeho subjektivnost ve vztahu k vlastnímu zdraví tak v jisté míře garantuje také trh (Hasmanová Marhánková 2015, 171). Jeho spotřebitelské volby při tom nepodléhají jeho objektivním potřebám, nýbrž jsou vázány na jeho identitu kvalifikovaného pacienta-spotřebitele, který si sám vyhledává informace v oblasti zdraví a rozhoduje se na základě jejich relevance pro jeho jedinečnou životní situaci.

Limity individuálního rozhodování stanovené trhem a expertízou jsou v jistém smyslu nezbytné, protože umožňují prostřednictvím svých garancí hodnoty redukovat nejistotu tohoto rozhodování. V kontextu reflexivní modernizace nicméně tyto garance

---

<sup>3</sup> Jak píše Foucault: „Diskurs uvádí moc do pohybu a produkuje ji, posiluje ji, ale také ji podkopává, vystavuje ji pohledu, činí ji zranitelnou a umožňuje její omezování (Foucault 1999, 118)

nevyhnutelně zastarávají. Podle Baumana plní zastarávání produktů spotřeby specifický účel, když umožňuje naráz smířit dva zdánlivě protichůdné požadavky: ujištění o hodnotě produktů (protože jsou nové) a garanci jejich budoucí výměny (protože zastarají) (Bauman 2001, 24). Důvod, proč je třeba uspokojit i druhý požadavek, je ten, že dlouhodobé ujištění o hodnotě se v kontextu radikální nejistoty moderní společnosti stává neudržitelným – od každého se očekává maximální flexibilita a adaptabilita na měnící se svět (ať už na trhu práce, ve sledování kulturních trendů či zajišťování optimální péče o zdraví), nejlepší strategií je proto mít pouze krátkodobá očekávání a krátkodobé plány (Bauman 2001, 17). Pokud si mají jednotlivci zachovat alespoň minimálně koherentní a stabilní identitu, musí být udržována provizorní a otevřená (Bauman 1996, 18). Má-li pak nabídka produktů adekvátně reagovat, nesmí z principu nabízet žádné definitivní uspokojení tužeb (Bauman 2001, 24). Svobodné individuální konstruování identit se v tomto kontextu zdá být spíše než projevem emancipace od tradičních autorit nevyhnutelným důsledkem pozdně moderních podmínek radikální nejistoty.

Rizika reflexivní modernizace se tak na jedné straně nenávratně vzdalují na horizontu stále komplexnější sítě expertíz, na druhé straně jsou stále intimnější součástí našich životů a jejich pacifikace pro nás představuje stále akutnější závazek vůči sobě samým. Oba tyto trendy ale současně rozšiřují prostor pro modifikaci expertních vymezení hodnoty či naprostý rozchod s nimi, podobně jako stimulace individualizované spotřeby vytváří prostor pro formy spotřeby, které v určité míře vzdorují logice nekonečného vytváření nových tužeb. Eticky či ekologicky orientovaná spotřeba např. opírá svou hodnotu o dobrovolná omezení v podobě využívání recyklovatelných produktů, snahy využít produktů odpadních či eliminace nadbytečné spotřeby, která je mj. kriticky vnímána jako umělé vytváření potřeb (neboli demaskována jako cílené vytváření tužeb). Také produkty moderní medicíny jsou často vnímány jako výsledek umělého vytváření potřeb, které ve skutečnosti slouží pouze potřebám, resp. zájmům farmaceutického průmyslu, popř. jsou projevem medicínské normy tendence k akci (Reich 2016, Křížová 2006). V souladu s tím roste popularita alternativní medicíny, která typicky nabízí vysoce individualizovanou a zároveň maximální neinvazivní léčbu (Martinez-Diz et al. 2013, Reich 2016). Ke konkrétním projevům alternativních přístupů k péči o zdraví se v souvislosti s odmítáním očkování podrobněji vrátím v části 5.1. Nyní shrnu implikace kontextu reflexivní modernizace a individualizace péče o zdraví pro expertní vymezování hodnoty očkování v současné

společnosti a jeho zapracování do individuálních rozhodnutí ne/očkovat zástupců laické veřejnosti.

### **3. Výzkumné problémy a jejich teoretické zarámování**

#### **3.1. Formulace výzkumných problémů**

Jak už jsem uvedl v úvodu práce, s nedůvěrou v institucionální garance a kritikou institucí, které je zprostředkovávají, se můžeme v případě očkování setkat od samých počátků jeho praxe. Kontext reflexivní modernizace a individualizace péče o zdraví je ale činí výjimečnými tím, jak dalekosáhle zapojuje neodbornou veřejnost do samotného vědeckého konstruování hodnoty. Ta na jedné straně prosazuje vůči expertním institucím požadavky na zprůhlednění jejich činnosti a přijetí odpovědnosti za rizika, která generují, popř. je konfrontuje s kritickými vymezeními hodnoty očkování a alternativními vymezeními hodnoty péče o zdraví. V důsledku toho je ale sama v nebyvalé míře nucena zohledňovat vědeckou konstruovanost rizik v jejich vyhodnocování a směřovat ji se svým každodenním počínáním. Správnost vědeckých řešení nemá být již garantována pouze institucionálně, ale také individuálně a přijetí odpovědnosti institucí za dopady vlastního konání jde ruku v ruce s přijetím odpovědnosti zástupců laické veřejnosti za vlastní podíl na jejich definování. Chtějí-li tedy např. zástupci veřejnosti podrobovat kritice dodržování norem vědecké práce, musí se sami v nějaké míře poučit o tom, jaké tyto normy jsou, jak se dodržují či jak se práce s nimi promítá do konkrétních vědeckých závěrů a jejich aplikace.

To ale neznamená, že normativní hodnocení nahrazuje přísně racionální kritika – sebe-specifičtější kritika je vždy především otázkou hodnoty, bez toho zůstává abstraktní a slabě motivovaná, nadto snadno vyvratitelná tváří v tvář koordinovanému úsilí vědecké komunity. Zpochybnění konkrétního expertního odhadu rizik znamená přinejmenším zpochybnění validity konkrétního způsobu, kterým se k němu dospělo, tj. dodržení norem vědecké práce. Generalizace tohoto zpochybnění ale může vést k pochybnostem o dodržování těchto norem ve všech podobných (či vůbec ve všech) případech, zpochybnění samotného očkování jako záruky ochrany veřejného zdraví či samotné vhodnosti aplikace norem vědecké práce na problém této ochrany. Všechna z uvedených zpochybnění hodnoty očkování se pak mohou promítnout do generalizovaného zpochybnění institucionální garance této hodnoty.

V rámci této práce pro mě tyto akty zpochybnění hodnoty znamenají především ohrožení dojmu kontinuity racionálního a morálního vymezení hodnoty očkování.

Předpokládám při tom, že vytváření tohoto dojmu není pouze produktem vědeckého konstruování ze strany expertních institucí, nýbrž hraje klíčovou roli i v rámci individuálního rozhodování o očkování. Rozhodnutí očkovat nemůže být pouze racionální ani pouze morální – ve svých důsledcích musí pro jedince znamenat určité subjektivně přesvědčivé potvrzení toho, že učinil rozhodnutí jako plnohodnotná *osoba*, která jedná v souladu s očekáváními druhých týkajících se jeho kompetence činit důležitá rozhodnutí tohoto druhu (Goffman 1961, 174). Osvojení této kompetence má kognitivně-behaviorální efekt *redukce nejistoty jednání* a psychologický efekt posílení *ontologického bezpečí*, tj. určité základní důvěry v „trvalost vlastní identity a ve stálost sociálního a materiálního prostředí (...) jednání“ (Giddens 2010, 85), navenek se projevuje obstáním v roli a zachováním *tváře* (Goffman 1995). Má-li daný jedinec o své rozhodovací kompetenci významné pohybnosti, znamená to pro něj potenciální ohrožení všech uvedených garancí stálosti a (přinejmenším implicitní) přijetí stigmatu *nekompetence*.

Dosud jsem převážně chápal osvojení rozhodovací kompetence jako subjektivní nabytí jeho dojmu, už Goffmanova interakcionistická perspektiva ale naznačuje, že toto subjektivní nabývání je sociálně situováno a podléhá vnějším vlivům v podobě určitých očekávání a norem. Rozhodovací kompetence může být osvojena čistě *pro sebe*, i tehdy nicméně v nějaké míře odpovídá na *internalizovaná* očekávání druhých. Na druhé straně může být jednorázově přidělena v rámci pozitivního sankcionování určité deontické normy a postrádat hlubší vztah k subjektivním procesům jedince, i tehdy ale znamená přidělení určité role, kterou lze relativně obtížně nehrát a nečinit z ní tak určitou (jakkoli marginální) součást své identity. Stejně tak přijetí stigmatu nekompetence nebývá pouze výsledkem subjektivního pocitu selhání nebo naopak pouze vnější stigmatizací. Předpokládám proto, že osvojení rozhodovací kompetence je vždy subjektivní i objektivní, resp. sociálně situované. I v rámci vysoce individualizovaného osvojování kompetence musí jedinci brát nějakým způsobem do úvahy, jak jejich chování hodnotí druzí, a chtějí-li oslabit účinek tohoto hodnocení, musí nějak převrátit či reinterpretovat jeho kritéria, popř. vyvinout kritéria zcela nová. Rozhodne-li se tedy např. někdo na sobě vykonat operaci žlučníku, musí předpokládat, že i přesto, že dlouhé týdny důkladně studoval náležitosti operace a v rámci toho nabyl důvěry ve vlastní kompetenci provést operaci, ostatní budou jeho záměr s největší pravděpodobností poměřovat standardem optimality expertního výkonu na druhém člověku. Aby oslabil účinek tohoto hodnocení, může jednak vyvinout přesvědčivou teorii podřadnosti tohoto

standardu (např. proto, že představuje odosobněnou léčbu, nebo naopak proto, že je nemístně intimní, anebo proto, že je prosazován nedůvěryhodnými institucemi, které nechtějí, aby lidstvo vědělo, že každý může na sobě operaci žlučníku hravě provést sám, protože by přišly o své výsadní postavení), jednak zavést nová kritéria hodnoty operování, která např. oproti přežití pacienta kladou důraz na kvalitu prožitku.

Rozlišuji tak dvě základní modalities osvojování rozhodovací kompetence – přijetí institucionální garance hodnoty a konstruování *individuálních garancí*. Dále zohledňuji zapojení laické veřejnosti do vědeckého konstruování hodnoty, o kterém jsem pojednával v části 3, které vede jedince k tomu, aby chápali rozhodovací kompetenci jako schopnost optimálního racionálního zhodnocení situace a morálně správného úsudku zároveň, má-li obsáhnout všechny implikace jejich rozhodování.

Nyní mohu formulovat hlavní předpoklady své práce, výzkumné problémy, které zakládají, a jejich teoretická řešení.

**Předpoklad 1a:** Konstruování hodnoty očkování v rámci individuálního rozhodování je především problémem osvojení rozhodovací kompetence.

**Předpoklad 1b:** Osvojení rozhodovací kompetence úzce souvisí se subjektivním nabytím dojmu kontinuity racionálního a morálního vymezení hodnoty očkování.

**Problém 1:** Jaké jsou základní modalities nabývání dojmu kontinuity racionálního a morálního vymezení hodnoty očkování v rámci osvojování rozhodovací kompetence?

**Řešení 1:** První základní modalitou je přijetí institucionální garance hodnoty, kde kontinuitu racionálního a morálního vymezení hodnoty vymezuje *institucionální režim hodnoty očkování*. Přijetí této garance a následné rozhodnutí očkovat je pozitivně sankcionováno normativním přiznáním rozhodovací kompetence ze strany expertních institucí, popř. dalších zástupců veřejnosti, kteří také přijali jejich garanci a rozhodli se očkovat. Její odmítnutí a následné rozhodnutí neočkovat je naopak negativně sankcionováno normativním odnětím této kompetence, popř. přidělením stigma nekompetence.



**Řešení 1b:** Druhou základní modalitou je konstruování individuálních garancí hodnoty očkování. Toto konstruování není samo o sobě v rozporu s přijetím institucionální garance hodnoty. Umožňuje opírat osvojení rozhodovací kompetence o vlastní aktivitu a individuální charakter vlastního rozhodování. V případě odmítnutí institucionální garance a rozhodnutí neočkovat přispívá k zachování subjektivního dojmu kontinuity racionálního a morálního vymezení hodnoty očkování jako odmítané praxe, ale také hodnoty zvoleného alternativního způsobu ochrany. Umožňuje tak hájit vlastní rozhodovací kompetenci navzdory negativní sankci jejího vnějšího odepření, resp. přidělením stigmatu nekompetence.

Dále předpokládám, že obnáší-li konstruování individuální garance hodnoty očkování současné odmítnutí institucionální garance a má-li ji tedy *nahradit*, může tak činit následující způsobem:

**Předpoklad 2:** Individuální garance hodnoty očkování aspirují na nahrazení institucionálních garancí na základě *kritického vymezení hodnoty očkování*, tj. negativního normativního hodnocení určitých jeho atributů negativním normativním znaménkem, a současného *alternativního vymezení hodnoty péče o zdraví*, které specificky převrací či reinterpretuje kritéria hodnoty očkování a uplatňuje je na jiný produkt či praxi.

Výzkumný problém je tak následující:

**Problém 2:** Jakou podobu mají kritická vymezení hodnoty očkování a alternativní vymezení hodnoty péče o zdraví, která jsou schopna podporovat individuální osvojení rozhodovací kompetence navzdory negativním sankcím přisouzení nekompetence?

Snažím se tedy identifikovat konkrétní formy kritických vymezení hodnoty očkování a alternativních vymezení hodnoty péče o zdraví. Nevycházím při tom z podrobného studia procesů vymezování hodnoty a osvojování rozhodovací kompetence, nýbrž z jejich souborných projevů v podobě kritiky expertních institucí ze strany části veřejnosti a požadavků, které na tyto instituce veřejnost vznáší. Z analýzy těchto projevů abstrahuji jedno kritické vymezení hodnoty očkování a dvě alternativní vymezení hodnoty ochrany: kritické vymezení hodnoty nepřírozeného, institucionálního

původu očkování a alternativní vymezení hodnoty přirozeného původu nákazy infekční chorobou a hodnoty individualizované péče o vlastní zdraví. Na základě toho formulují dva specifické předpoklady o těchto kritických a alternativních vymezeních hodnoty a výzkumný problém, který zakládají.

**Řešení 2a.:** V rámci kritického vymezení hodnoty nepřirozeného, institucionálního původu očkování jsou na základě jeho negativního normativního hodnocení subjektivně nadhodnocována rizika očkování, zatímco rizika nákazy jsou bagatelizována na základě pozitivního normativního hodnocení jejich přirozeného původu v rámci alternativního vymezení hodnoty.

**Řešení 2b.:** V rámci dalšího alternativního vymezení hodnoty je pozitivně normativně hodnocena individualizovaná péče o zdraví v kontrastu s necitlivostí institucionálního vymezení hodnoty očkování k individuální perspektivě, plynoucí z jeho nepřirozeného, institucionálního původu, popř. z populační perspektivy, jež rámuje toto vymezení.

V samotném závěru práce příkladu některých veřejných sporů o podobu praxe očkování pak ukazují, že expertní instituce reagují na kritiku a požadavky veřejností dvěma základními způsoby. Na jedné straně obhajují principy, z nichž vycházejí jejich institucionální garance, a zdůrazňují kontinuitu racionálního a morálního (popř. právního) vymezení hodnoty očkování, kterou zakládají. Institucionální režim hodnoty očkování se tak stává explicitnějším a viditelnějším, což může s ohledem na důkladnost argumentace vést k posilování institucionálních garancí hodnoty v očích veřejnosti, ale také k jejich oslabování. To se odvíjí od míry, v jaké je přiznáno sociální konstruování hodnoty očkování a tedy i potenciálně demaskovány implicitní předpoklady přirozené kontinuity jejího racionálního a morálního vymezení.

Na druhé straně přistupují představitelé expertních institucí na kompromisy s veřejností a institucionální režim hodnoty očkování tak podléhá dílčím modifikacím. Hodnota očkování je v rostoucí míře konstruována v rámci hybridních fór (Callon 1998, 260, viz část 2.1), v nichž nelze dost dobře ignorovat hlas veřejnosti. Tyto tendence nejsou nutně v rozporu se snahami expertních institucí obhajovat principy, na nichž spočívají jejich garance hodnoty – současný vývoj ukazuje, že institucionální režim

hodnoty očkování je schopen absorbovat kritiku a požadavky veřejnosti za současného podržení hodnoty významné části svých konstitutivních principů.

### **3.2. Teoretická konstrukce institucionálního režimu hodnoty**

Jako *institucionální režim hodnoty očkování* označuji celek diskursu a praxe očkování, který drží pohromadě soubor empirických poznatků, vědeckých teorií, standardních postupů a forem konceptualizace, legitimizace a vynucování očkování, sdílených v rámci globální komunity odborníků a představitelů institucí zmocněných vynucovat očkování i jejich lokálních, národních instancí. V popisu a analýze tohoto celku vycházím ze dvou teoretických rámců: rámce *režimu pravdy* Michela Foucaulta (1977) a rámce *řádu hodnoty* Luca Boltanskiho a Laurenta Thévenota (2006).

Rámec *režimu pravdy* mi poskytuje klíčové analytické kategorie a vymezuje tak základní strukturu analýzy. Pravdu definuje Foucault jako „systém uspořádaných procedur produkce, regulace, distribuce, oběhu a fungování výpovědí“, navzájem provázaný se „systémy moci, které je produkují a udržují, a mocenskými efekty, které indukuje a dále převádí“ (Foucault 1977, 112). Režim pravdy pak označuje celý tento systém vztahů a sestává z „*typů diskursu*, které (společnost) nabízí a umožňuje jim fungovat jako pravdivé, *mechanismů a instancí*, které umožňují rozlišovat pravdivá a nepravdivá tvrzení, *způsobů jejich sankcionování, technik a procedur*, které jsou používány pro získávání pravdy, a *statusu* těch, kteří mají pravomoc rozhodovat o tom, co platí za pravdivé“ (Foucault 1976, 112–3, kurzíva K.H., viz Tabulka 4.1.). Rozměry vědění a moci jsou zde úzce propojené – režim pravdy slouží stejně tak samotnému definování pravdy o očkování jako přesvědčování veřejnosti o jeho důležitosti a jeho reálnému vynucování. Tento mocenský efekt není třeba nutně hodnotit jako násilný či utlačivý a stavět proti němu očkování jako nástroj ochrany (které je ostatně explicitní součástí samotného režimu pravdy a nemá proto místo na meta-úrovni jeho analýzy). Moc je zde typicky užitečná a zobecněná (Foucault 1999) – upozaduje represi a váhu osobních privilegií ve prospěch produktivního zužitkování individuálních sil v souladu s obecnými *normami*, jejichž závaznost je internalizována v tělech a myslích jedinců a externalizována v režimech pravdy (více viz část 2.1).

<b>Režim pravdy:</b>
Typy diskursů fungujících jako pravdivé
Mechanismy a instance k rozlišování pravdivých a nepravdivých tvrzení
Způsoby sankcionování pravdu zakládajících mechanismů a instancí
Techniky a procedury používané pro získávání pravdy
Status institucí zmocněných rozhodovat o pravdivosti a nepravdivosti

- **Tabulka 4.1.**

Rožměr moci zde proto chápu jako rožměr normativity a mocenský nárok na pravdu jako nárok normativní (srv. Hájek 2014, 117). Pravda se zaštiťuje věrným popisem reality a logicky soudržnou soustavou teorií a axiomů, ve svých důsledcích je ale systémem řádného přiřazování hodnoty a předepisování řádných procedur a řádného chování. Tyto normativní akty umožňují režimu pravdy zavádět deontické normy a vynucovat jejich dodržování a současně je interpretovat jako axiologické normy a dále tak (přinejmenším na úrovni jazyka) přizpůsobovat realitu svým potřebám.

Poznáním normativity režimu pravdy nijak nutně neoslabujeme sílu jeho konkrétních nároků na pravdivost – můžeme zpochybnit jeho nárok na *objektivní pravdivost*, pokud bychom se však spokojili jen s tím, přistupovali bychom na pravidla právě té hry, kterou se snažíme rozkrýt, resp. na předpoklad, že podstatou racionálního režimu pravdy je právě jen pregnantní rozdělení výpovědí na pravdivé a nepravdivé. Chápat zdání pravdy jako pouhou kouřovou clonu, za kterou se skrývají zájmy aktérů, kteří ji prosazují, znamená drastickou redukci komplexního vztahu mezi pravdou a mocí, resp. normativitou. V sociálních vědách je příkladem podobné redukce tendence, které si v klasické sociologii (zejm. v její durkheimovské tradici) kriticky všimá Bruno Latour, tj. tendence chápat analýzu sociálních rožměřů určitého předmětu zkoumání jako demaskování jeho klamně objektivní podstaty, jako postupné převádění *fakt* na *fetiš*, jejichž pravdivostní hodnota není ničím jiným než odrazem sociálních vztahů, které stojí v pozadí (Latour 2002, 3–10, 17). Tento přístup nás podle Latoura příliš snadno odvádí od jedinečných vztahů mezi objekty, jak jsou konstruovány v teoriích a praktikách, které analyzujeme (Latour 2009). Ani Foucault se ve svých analýzách moci nesnaží nic *odkrývat*, nýbrž veskrze analyzuje fungování institucí, diskursy, které produkují, normy, které předepisují, či způsoby konstruování subjektů, které implikují,

jako jednotný, komplexní systém vztahů moci-vědění (Foucault 1999, 102, Foucault 1999, 61).

V rámci tohoto holistického chápání vztahu mezi pravdou a mocí bychom nicméně neměli podléhat dojmu přílišné jednoty racionálně-normativního efektu režimu pravdy. V rámci analýzy konkrétních režimů, zvláště jde-li o vysoce racionalizované režimy vědecké expertízy, se setkáváme s mnoha specializovanými teoriemi či praktikami, které mají svůj úzce vymezený racionální smysl, a na druhé straně i s explicitně normativními tvrzeními, které mají zpravidla racionální oporu, mohou ale vystupovat i nezávisle na ní. Tyto úzce vymezené funkce jednotlivých projevů režimu pravdy bychom měli vždy být schopni analyzovat i bez ohledu na jejich normativní rozměry, popř. jejich holistický účinek v rámci celku režimu pravdy – o to zřetelněji může pak vyniknout specifická úloha, kterou v něm sehrávají.

Nicméně právě pokud jde o propojenost racionální a normativní roviny režimu pravdy, zůstává Foucaultův rámeček poněkud jednostranný, když se zaměřuje pouze na normativitu racionálních diskursů a praktik, zatímco opomíjí racionální rozměry toho, co se otevřeně prezentuje jako normativní či morální. Tuto jednostrannost se snažím kompenzovat zahrnutím teoretického rámce *řádu hodnoty* Luca Boltanskiho a Laurenta Thévenota (2006), který se zabývá ucelenými systémy přiřazování hodnoty, uplatnitelnými v každodenním životě, aniž by při tom pracoval s kritériem *pravdivostní* hodnoty. Akty přiřazování hodnoty objektům jsou pro Boltanskiho a Thévenota akty jejich *kvalifikace*, které vždy zahrnují přinejmenším čtyři distinktivní operace – *identifikaci* zahrnutím do určité třídy ekvivalence, *kategorizaci* ve smyslu přidělení specifického označení (nálepky), *připsání performativního kódu* a také odkaz na nějaký *společný prospěch* (Boltanski, Thévenot 2006, 359). Řády hodnoty pak poskytují určité formy obecnosti, zahrnující sdílená přesvědčení o preferovaných způsobech kvalifikace objektů, umožňující závazně ospravedlňovat vlastní jednání, ale také sdílenou materiální infrastrukturu, poskytující prostředky pro podrobování kritérií hodnoty *testům reality*, tj. konkrétním procedurám ustavování hodnoty, jejichž výstupy jsou kritéria hodnoty chápána jako objektivní, resp. závazná. Tato logika se uplatňuje jak ve veřejné sféře, tak v rámci úzce odborných aktivit – autoři zde cíleně rozrušují hranici mezi experty a laiky a svůj rámeček na ně aplikují bez rozdílu (Boltanski, Thévenot 2006, 11)

Foucaultův rámeček režimu pravdy se tedy snažím překonat ve prospěch analýzy *režimu hodnoty* (viz Tabulka 4.2.), ve kterém by akty přisuzování a uplatňování

pravdivosti vystupovaly jako komplexní akty kvalifikace. Smyslem režimu hodnoty je definovat určité objekty zájmu, teoreticky je zarámovat, předepsat způsoby zacházení s nimi a uvést je do praxe, včetně vyvinutí specifických technologií, ospravedlnit tato vymezení jako univerzálně hodnotná a jako taková je uplatňovat v širším společenském rámci. Tyto různorodé operace působí v ideálním případě jako projevy téhož řádu věcí a různá kritéria hodnoty jako kritérium jediné, absolutní a nezpochybnitelné. V rámci jeho analýzy je nicméně třeba stopovat původ těchto operací a těchto kritérií a k tomu účelu využívám základního rozlišení racionální a morální roviny. V obou těchto rovinách je ustavována hodnota, ve svých projevech nicméně distinktivně apelují buď na racionalitu nebo na morální závazky.

<b>Režim hodnoty</b>
Typy diskursů, z nichž vycházejí vymezení hodnoty očkovaní (racionální a morální)
Mechanismy a instance vymezování hodnoty, resp. rozlišování norem a odchylek
Způsoby sankcionování hodnotu vymezující mechanismů a instancí
Techniky a procedury používané pro vymezování hodnoty (jako pravdivosti/správnosti)
Status institucí zmocněných vymezovat hodnotu očkovaní (arbitři racionality/morálky)

**- Tabulka 4.2.**

Na závěr této části podrobněji přiblížím, jak pro své potřeby definuji jednotlivé aspekty režimu hodnoty. *Diskurs* je zde pro mě způsobem vypovídání o světě, vymezený určitým souborem výpovědí, jejich vzájemnými vztahy a jejich uplatňováním v konkrétních kontextech. Podle Thrifta jsou diskursy „metajazyky, které lidem říkají, jak žít jako lidé“ (Thrift 1997, 31), tedy v první řadě jak používat jazyk. V tomto svém preskriptivním účinku jsou vázány na specifičnost kontextu, současně ale musí zůstat dostatečně flexibilní, aby byly schopné přizpůsobovat se změnám tohoto kontextu či více různým kontextům. S ohledem na to předpokládám, že diskursy, které se uplatňují v jednom režimu hodnoty se mohou uplatňovat i v jiných režimech hodnoty. Na této metaúrovni je chápu jako určitý základní průsečík *rodově podobných* režimů hodnoty (srv. Wittgenstein 1993, 46). V racionální rovině můžeme mluvit o úrovni meta-teorie vědeckých teorií, v morální rovině o obecných etických principech či orientacích (zde vymezených dichotomií utilitarismu a deontologie).

*Mechanismy* umožňující přisouzení hodnoty pak představují uplatnění diskursů v konkrétních teoriích, z jejichž závěrů lze odvozovat konkrétní kritéria hodnoty. V racionální rovině můžeme mluvit o využití meta-teorie ve vědecky testovatelných teoriích, v morální rovině o uplatnění etických principů v teoriích hodnoty, vymezujících společný užitek, ale také práva a závazky těch, kteří se podílejí na jeho udržování.

*Techniky a procedury kvalifikace* představují testy reality specificky vymezující kritéria hodnoty a zakotvující je v institucionální struktuře režimu, tj. ve vědeckém výzkumu, zdravotních politikách a právních úpravách. Poskytují tak zároveň závazné podklady pro *sankcionování* mechanismů kvalifikace. Nejde přitom o objektivně vynutitelné sankce – sankcionování je vázáno na individuální postoje k očkování a péči o zdraví, v nichž vystupují jako subjektivně internalizovaná měřítko vlastní rozhodovací kompetence. Sankce tak mají podobu přisouzení i/racionality či morální ne/správnosti rozhodnutí, resp. vnějšího apelu na jejich subjektivní internalizaci. *Status* spojený s vynucováním očkování je pak statutem arbitrární optimální racionality a morální správnosti, který dohromady zakládá status institucionálních garantů hodnoty. Vzhledem k tomu, že tento status je rozsáhle institucionalizován, nazývám také celý režim hodnoty institucionálním.

## 4. Institucionální režim hodnoty očkování

V rámci konstrukce institucionálního režimu hodnoty očkování vycházím ze souboru výpovědí, v němž jsou zahrnuty odborné publikace věnované očkování a některá oficiální vyjádření představitelů odborné veřejnosti. Ve svém výkladu nejprve popisuji ucelený výkladový rámec, jak je prezentován a implikován v tomto souboru výpovědí. Průběžně při tom přezkoumávám jeho předpoklady a snažím se tak nechat vyniknout, jak se v něm projevuje kontinuita jeho racionální a normativní, resp. morální roviny. Nakonec shrnuji, jak jednotlivé prvky tohoto rámce vystupují jako jednotlivé aspekty režimu hodnoty, tedy typy diskursů, z nichž vycházejí vymezení hodnoty očkování, mechanismy a instance vymezování hodnoty, resp. rozlišování norem a odchylek od nich, techniky a procedury používané pro vymezování hodnoty, způsoby sankcionování hodnotu vymezujících mechanismů a instancí a status institucí zmocněných vymezovat hodnotu očkování.

### 4.1 Ochrana před infekčními chorobami jako veřejný statek

Očkování je prostředkem ochrany proti nákaze infekčními chorobami, jejíž zajištění je odbornými autoritami po celém světě uznáváno jako univerzální, vitálně důležitá hodnota a jako takové je systematicky institucionálně regulováno. V právních rádech národních států jsou náležitosti spojené s očkováním specificky zakotveny v zákonech o veřejném zdraví, jeho administrace v rámci národních zdravotních politik je pak koordinována s činností Světové zdravotnické organizace (WHO), jejímž dlouhodobým cílem je jednak udržení dostatečné ochrany v zemích, kde bylo očkování již úspěšně implementováno, jednak její zajištění v zemích, kde jsou infekční choroby dosud běžnou příčinou úmrtí.

Státní instituce se tak, podobně jako v případě pitné vody nebo čistého ovzduší, zavazují vyjmout ochranu před infekčními chorobami z dosahu tržních sil a učinit z ní tzv. *veřejný statek*, tj. statek, který je *neexkluzivní* (z jeho spotřeby nelze nikoho vyloučit) a *nedělitelný* (rostoucí množství spotřebitelů nesnižuje jeho dostupnost a mezní náklady na každého dalšího spotřebitele jsou nulové)(Mankiw 2015, 226, Fisman, Laupland 2009). Veřejné statky lze považovat za krajní případ efektu tzv. *pozitivní externality*, která je v ekonomii definována jako užitek, který plyne třetí straně z transakce dvou stran, které se sama neúčastní (Callon 1998, 247). V případě ochrany před infekčními chorobami jde o užitek, který plyne celé populaci z institucionálně



regulovaného zajišťování jeho dostupnosti. Veřejné statky tak představují kontrolované a cílené *selhání trhu* (Mankiw 2015, 206), které s ohledem na jejich celospolečenský užitek není chápáno jako neoptimální distribuce bohatství, nýbrž jako podmínka zajištění základního standardu kvality života.

Ve srovnání s pitnou vodou nebo čistým ovzduším má však zajišťování ochrany před infekčními chorobami několik specifík, která vyplývají z principu jejího fungování. První z těchto specifík se týká přirozených omezení dostupnosti této ochrany. V případě pitné vody nebo čistého ovzduší může dostupnost statku utrpět pouze jeho znehodnocením nebo fyzickým nedostatkem. Nedostatek představuje v případě očkování problém zejm. v zemích třetího světa, kde její zajišťování naráží na četné ekonomické i politické překážky (Robbins, Freeman 1988), v rozvinutých zemích s vysokou proočkovaností je nicméně dostupnost ochrany očkováním nadále omezována *konstituční indispozicí* části populace (tedy indispozicí vyplývající z přirozené konstituce jejích zástupců) mít z ní přímý užitek prostřednictvím podstoupení očkování.

V závislosti na rozsahu populace, který zasahují, můžeme rozlišit *specifické* a *univerzální* indispozice<sup>4</sup>. Specifické indispozice se týkají jedinců se zdravotní kontraindikací, zpravidla s oslabeným imunitním systémem. Toto oslabení je často celoživotní a nabývá podoby vrozené imunodeficiency. Univerzální indispozice jsou dvojího typu. První z nich lze označit jako *akcidentální* – jelikož účinnost žádné vakcíny není stoprocentní, u části očkovaných se nerozvine dostatečná imunitní odpověď (Beran et al. 2005, 169). Tato indispozice může tedy s určitou pravděpodobností postihnout každého. Druhý typ indispozice je v tomto ohledu rovněž *univerzální*, potenciálně neomezený záběr jeho působnosti ale není určen pravděpodobností, nýbrž životní etapou, v níž se nachází daný jedinec. Tato *univerzální časově omezená* indispozice se týká dětí, které dosud nebyly očkované, a také starších jedinců, u nichž efekt imunizace významně slábne. V určité fázi života, resp. s určitou pravděpodobností je tedy omezenou dostupností ochrany vyplývající z těchto indispozic ohrožen každý člen populace.

---

<sup>4</sup> Jde o mé vlastní analytické rozlišení, nelze se s ním tedy v této podobě setkat v žádné odborné literatuře. Soudím nicméně, že představuje relativně jednoduché logické rozvinutí odborných předpokladů a jako takové není v rozporu s tím, co implikuje institucionální režim hodnoty očkování.

Pozitivní externalitou kompenzující takto omezenou dostupnost ochrany je tzv. *kolektivní imunita*, jejíž ustavení v populaci znamená zásadně sníženou pravděpodobnost šíření choroby a propuknutí epidemie (Beran et al. 2005, 139). Teprve kolektivní imunita je to, co z ochrany před infekčními chorobami činí veřejný statek - ve chvíli, kdy není v populaci dosaženo prahové hodnoty nutné pro její zajištění, jsou z užívání statku vyloučeni ti, kteří nemohou být, popř. ještě nebyli očkovaní, podobně jako jsou např. z konzumace pitné vody vyloučeni ti, kteří si přístup k ní nemohou opatřit vlastními prostředky, není-li spolehlivě garantován státními institucemi. Vytvoření kolektivní imunity je ovšem podmíněno imunizací určité minimální části populace<sup>5</sup>, z čehož vyplývá druhé specifikum ochrany před infekčními chorobami jako veřejného statku: její zajišťování není pouze dílem institucí k němu zmocněných, nýbrž musí být vždy *aktivní spoluprací* institucí a populace, resp. jednotlivců podrobujících se očkovaní. V případě pitné vody nebo čistého ovzduší je rovněž ze strany populace očekáván jistý podíl na udržování dostupnosti a kvality statku, např. v podobě dodržování emisních norem, v případě očkovaní však závazek vůči tomuto udržování nespočívá v pasivním nezneškodování statku, nýbrž v souhrnu aktivních individuálních aktů podrobení se očkovaní.

To, co činí individuální účast na udržování kolektivní imunity potenciálně problematickou, je třetí základní specifikum ochrany před infekčními chorobami zprostředkované očkovaním - nejenže je očkovaní zatíženo všemi výše uvedenými typy indispozic, ale také s sebou vždy nese rizika negativních vedlejších účinků<sup>6</sup>. Udržování kolektivní imunity jeho prostřednictvím tak s sebou nese reálné náklady (rizika), které je možné stavět proti užítku z očkovaní. Univerzální, vitální hodnota očkovaní si proto žádá zvláštní racionální a morální ospravedlnění, jakož i vytvoření dojmu jejich kontinuity v rámci definitivního stvrzení hodnoty. V další části vyložím racionální základy teorie černého pasažerství a její zakotvení v racionálním diskursu teorie racionální volby. Budu se při tom snažit co nejdůsledněji sledovat logiku této racionality v jejím relativně slabě normativně orientovaném využití a v kontrastu s ním

---

<sup>5</sup> Prahová hodnota se u jednotlivých chorob liší v závislosti na epidemiologických charakteristikách jejich původce, především jeho schopnosti cirkulovat v populaci a infikovat vnímavé osoby. V případě černého kašle či spalniček je to více než 90 %, u obvyčejné chřipky kolem 70 % (Beran et al. 2005, 139)

<sup>6</sup> Podle údajů zprostředkovaných odbornou veřejností patří mezi tyto vedlejší účinky otoky, horečka, bolest hlavy, svalů a kloubů, výjimečně alergické či anafylaktické

co nejpřesněji identifikovat klíčové momenty jejího normativního přesahu v rámci celého institucionálního režimu hodnoty očkování.

## **4.2 Neočkování jako černé pasažerství**

Bilancování rizik očkování a rizik nákazy příslušnými chorobami je teoreticky zakotveno v chápání neočkování jako tzv. *černého pasažerství* (free-riding), jež se odvíjí od úvah o tom, jaké jsou obecné motivace pro udržování kolektivní imunity. Je-li dosaženo dostatečného pokrytí populace očkováním pro její vytvoření, může se jedinec vyhnout nákladům v podobě rizik očkování tak, že jednoduše nebude očkovat. Ti, kteří mají takto užitek z veřejného statku, aniž by nesli náklady na jeho udržování, jsou pak označováni jako černí pasažéři. Za předpokladu nedělitelnosti statku je toto chování optimální strategií maximalizující individuální užitek (Fisman, Laupland 2009, Shim et al. 2012).

S rostoucím množstvím černých pasažérů ovšem klesá množství očkovaných směrem k hodnotám, za nichž kolektivní imunita zaniká. Empiricky k tomu zpravidla nedochází, neočkují-li pouze segmenty populace poznamenané konstituční indispozicí očkovat (Shim et al. 2012). Pozornost je proto zaměřena na ty, kteří neočkují z vlastního rozhodnutí a bez vědecky uznaného zdravotního důvodu tak těží z očkování druhých. Dojde-li však k zániku kolektivní imunity, znamená to riziko jak pro ty, kteří očkovat nemohou, tak pro černé pasažéry a v nějaké míře i pro ty, kteří jsou rozhodnutí očkovat. Zde je užitečné vrátit se k dříve uvedeným typům konstituční indispozice očkovat. V případě specifických indispozicí (imunodeficiencí) je vytvoření kolektivní imunity závazkem jedné části populace, která může mít ze statku přímý užitek, vůči druhé, která z podstaty své biologické konstituce nemůže. Černé pasažerství pak dlouhodobě znamená znehodnocení statku jak pro ty, kteří očkovat nemohou, tak pro samotné černé pasažéry, kteří mohou, ale neočkují - rizika nákazy chorobou jsou při absenci efektu kolektivní imunity pro obě skupiny stejná. Týkají se ale i těch, kteří očkovat mohou a očkují, tj. jedinců s univerzální časově omezenou indispozicí (dosud neočkovaných dětí a starší jedinci) a s univerzální akcidentální indispozicí (očkovaných, u nichž se neprojevil účinek očkování). Zánik kolektivní imunity znamená tedy potenciálně skokové zvýšení rizik pro každého zástupce populace.

---

reakce), vedle toho existuje také určité riziko kontaminace vakcíny z důvodů nedodržení výrobních standardů (tzv. programové chyby)(Beran et al. 2005, 189)

Rozhodování o ne/očkování je tedy modelovým problémem skupinového jednání, kdy se strategie jednání, jež je optimální z individuálního a krátkodobého hlediska, stává dříve či později neudržitelnou, pokud se k ní uchylují všichni či podstatná část celku. Předpokládá se při tom, že aktéři tvořící tento celek jsou ve vztahu určité vzájemné závislosti – jednání každého aktéra má vliv na ostatní a každý aktér bere v úvahu vliv ostatních na sebe (Romp 1997, 1-4) Očkování je *hrou*, protože umožňuje strategické rozhodování - chceme-li docílit optimálního výsledku (minimalizace rizika poškození zdraví onemocněním nebo vakcínou), musíme vzít v úvahu rozložení nákladů a zisků, ale např. také skutečnost, že druzí usilují o totéž. Hry v tomto smyslu představují základní koncept rámce, pomocí kterého jsou tyto situace standardně formalizovány, tj. rámce *teorie her*.

V teorii her je ne/očkování chápáno jako tzv. *populační hra*, v rámci níž výhodnost určité individuální strategie závisí na průměrném chování celé populace (Shim et al. 2012). *Stabilně*, tedy krátkodobě i dlouhodobě optimální strategie je charakterizovaná *Nashovou rovnováhou* (dále *Nashova strategie*), tzn. že užitek, který z ní plyne jedinci, vždy převyšuje potenciální užitek z přechodu k jiné strategii (Fisman, Laupland 2009). V případě očkování je ve vysoce proočkované populaci Nashovou strategií neočkovat, po překročení kritické hranice s určitou pravděpodobností očkovat<sup>7</sup> (Bauch, Earn 2004).

### **4.3 Substantivní racionalita a teorie racionální volby**

Teoreticko-herní modely očkování pracují s typem racionality, který systematicky odhlíží od individuálních motivací, resp. se je snaží převést na určité univerzální dispozice k racionálnímu jednání. Pro popis tohoto typu racionality je užitečné rozlišení, které uvádí Herbert Simon (1986), tj. rozlišení substantivní a procedurální racionality. Se substantivní racionalitou pracuje teorie racionální volby, ze které vycházejí i teoreticko-herní modely rozhodování (Chung 2014, 24). Na rozdíl od procedurální racionality, která se zabývá povahou rozhodovacích procesů, se substantivní racionalita soustředí na *dopady* individuálních voleb, zatímco o procesech, které k nim vedou, vyslovuje jen nejnútnejší obecné předpoklady. Podle Simona jsou tyto předpoklady následující: jednání je orientováno na maximalizaci subjektivního užítku, představa o tomto užítku je daná a konzistentní a schopnosti jedinců tento užitek vyhodnotit relativně neomezené (Simon 1986, 210-11). Jejich kalkulace podle těchto předpokladů

---

<sup>7</sup> Tato druhá strategie je tzv. smíšenou strategií neboli strategií, jejíž pravděpodobnost není 0 ani 1.

nějakým způsobem odpovídají reálnému stavu věcí, tj. např. stavu definovanému nejnovějšími poznatky v dané oblasti vědění, teoriemi, které je vysvětlují, způsobem zprostředkování dat daným vědecko-technologickým aparátem či způsobem jeho využití v praktických aplikacích poznatků. Povědomí o těchto determinantách je součástí rezervoáru lidských poznatků, který je hypoteticky každému dostupný. To neznamená, že každý musí být schopen reprodukovat uplatňovaná kritéria hodnocení v jejich doslovné znalosti, pouze, že každý může rovnocenně využít nabízených zdrojů vědění. Jakékoli společenské rozdíly mezi lidmi tato perspektiva stírá – obecné předpoklady teorie racionální volby představují určité prvotní determinanty, které vztaženy na reálnou společnost odpovídají principům jejího založení. Nečiní tak ale nutně v zájmu prosazování těchto principů – tyto předpoklady jsou v první řadě dobrovolným omezením metody, nutnou daní za robustnost dat, které lze získat matematickým modelováním, univerzálně aplikovatelným na každého jedince v rámci daných omezení (Chung 2014). Navíc nedávají a priori důvod k extrapolaci vlastních závěrů na *úmysly* jedinců, např. míru jejich sobeckosti (orientaci na optimalizaci vlastního užitku), resp. altruismu (orientaci na skupinové blaho). Jedinci jsou “černými skříňkami”, jejich rozhodovací proces je tedy převeden na systém vstup-výstup – souhrnně působící faktory jsou v nich zachytávány a neproniknutelně transformovány na pravděpodobnostně popsatelné individuální výstupy v podobě rozhodnutí. Toto rozhodnutí není výpovědí o pravých pohnutkách jedince, pouze o dopadu jeho chování na rovnováhu určitého systematicky popsatelného trendu. Obecné předpoklady o rozhodovacím procesu by proto měly být chápány ve své omezeném, heuristickém smyslu, nikoli zaměňovány za empirické předpoklady o tom procesu, který právě zkoumáme (Simon 1986, 212).

Bereme-li si k srdci podobné korektivy, jaké zdůrazňuje Simon ve své kritice klasické ekonomie, můžeme využívat teorie racionální volby v rámci poměrně uměřené intelektuální pozice, která však ve své otevřenosti a pluralitě může představovat překážku vytvoření účinného stanoviska ke konkrétnímu problému. Dobře je to vidět právě na uplatnění substantivní racionality v aplikovaném vědeckém výzkumu, kde uvedení poznatků do praxe vyžaduje stanovení určité sub-optimálně racionální normy. Vědecké poznání se neustále vyvíjí a jeho produkty nevyhnutelně zastarávají. Ale dříve než jednu normu nahradí jiná, uplývá (často velmi dlouhá) lhůta jejímu průběžnému vystavování nekorespondujícím výsledkům měření, formulacím alternativních hypotéz či aplikacím alternativních postupů (srv. Kuhn 1997, 68-9). Vše z toho může dát

důvodem k pochybnostem o optimálnosti právě využívaného postupu, pokud je však tím nejlepším, co v danou chvíli věda nabízí, je s ohledem na to bráněn jako *doporučený* postup. Akty této obrany mají jak racionální složku, vycházející z pravděpodobnostních kalkulací a vědeckých hypotéz, tak normativní složku, konstituovanou obhajováním a vynucováním doporučeného postupu jakožto deontické normy, jejíž hodnotu garantuje dodržování norem vědecké práce a jejich uplatnění v rámci vymezování univerzální hodnoty očkování.

#### **4.4 Teoreticko-herní modely rozhodování o očkování**

V rámci institucionálního režimu hodnoty očkování lze kontinuitu racionální a morální roviny dobře pozorovat už na úrovni matematických modelů rozhodování o očkování. Tyto modely kombinují teoreticko-herní rámec rozhodovacích procesů s epidemiologickým modelováním šíření chorob v populaci a představují výsostnou techniku kvalifikace institucionálního režimu hodnoty očkování. Uplatnění substantivní racionality má v těchto modelech své jasné opodstatnění, jelikož mnohé empirické detaily o rozhodovacím procesu je obtížné do nich zahrnout či je vůbec kvantifikovat. Vedle objektivních rizik očkování a nákazy (klinicko-epidemiologických veličin) nicméně zapracovávají také *vnímaná* rizika, zpravidla odvozována z postojů populace. Mezi oběma typy rizik vždy existují specifické vztahy, vyplývající z charakteru kolektivní imunity jako veřejného statku - v populaci se zvýšeným počtem nákaz budou narůstat vnímaná rizika onemocnění, zatímco ve vysoce proočkované populaci je převáží vnímaná rizika očkování (Shim et al. 2012). Mimo dosah těchto hraničních efektů se však objektivní a vnímaná rizika mohou od sebe výrazně lišit. Korespondence kalkulace rizik a jejich objektivního rozložení se tak do jisté míry rozvolňuje a v souladu s tím jsou relativizovány i kalkulační schopnosti jedinců. Tato relativizace má vždy své limity, nastavené podle potřeb konkrétních modelů, snaha smířit univerzalizmus substantivní racionality s variabilitou důvěry v očkování je nicméně kompromisem, který otevírá prostor pro směšování obecných a empirických předpokladů (Simon 1986, 212).

Vezměme si příklad konkrétního zpracování vztahu mezi objektivními a vnímanými riziky. V modelu, který vypracovali Shim et al. (2012), je populace rozdělena podle váhy přisuzované rizikům očkování na důvěřující a skeptiky. Vnímaná rizika očkování na straně důvěřujících jsou při tom ztotožněna s nejlepšími odbornými odhady

objektivních rizik, zatímco odhady skeptiků jsou experimentálně nastaveny jako dvakrát vyšší. Objektivní zde není kategoricky odlišeno od vnímaného, ale slouží jako pevný referenční bod, podle kterého se posuzuje vnímané. Nejde o žádné pregnantní vyjádření rozdílných kalkulačních schopností důvěřujících a skeptiků - zadané parametry jsou odlišné, výsledné strategie se však řídí týmiž principy. Epistemologické privilegium důvěřujících je vyjádřeno mnohem příměji - objektivní zhodnocení rizik je jednoduše jediným způsobem, jak dospět k důvěře v očkování, je tak předem *dané*. Skepse je na druhé straně chápána jako výsledek určité anomálie, způsobené *vaccine scares*, tedy tlakem vytvářeným šířením a medializací informací o rizicích očkování (Shim et al. 2012, Bauch a Earn 2004).

Důvěra v očkování ale sama o sobě nestačí - řídí-li se všichni Nashovými strategiemi, orientovanými na maximalizaci individuálního užitku, očkujících zpravidla není dost na to, aby došlo k vytvoření kolektivní imunity, mj. proto, že i část důvěřujících se na něj spolehne a přikloní se k neočkování. Rizika sice odhadují „objektivně“ jako nízká, ve snaze vyhnout se jim úplně již ale nedokážou „objektivně“ posoudit neustále se proměňující poměr očkujících a neočkujících v populaci. Důraz je nicméně kladen na chování skeptiků, kteří systematicky neočkují. Teprve když proočkovanost klesne na velmi nízká čísla a počet nákaz se výrazně zvýší, začnou se i oni přiklánět k očkování (proto jsou také někdy označováni jako *odkládači* očkování (Bauch et al. 2003). Aby však bylo dosaženo kolektivní imunity, je třeba uvažovat jednání orientované na *skupinové* optimum (Shim et al. 2012, Bauch et al. 2003). Tyto strategie jsou na jedné straně označovány jako *normativní*, protože odpovídají kýženému výsledku ochrany veřejného zdraví, na druhé straně jako *utilitaristické*, protože se řídí celkovým užitkem, který *všem* plyne z jejich uplatnění (Shim et al. 2012). Setkáváme se tedy opět s uplatněním arbitrárního předpokladu o rozhodovacím procesu - jednat s ohledem na skupinové blaho je nakonec jedinou strategií, která umožňuje dlouhodobě udržet kolektivní imunitu v populaci. Tento závěr dobře vystihuje, jak se doplňují racionální a morální interpretace očkování. Normativní utilitaristické strategie se na jedné straně profilují jako projev určité optimální meta-racionality, přesahující omezenou racionalitu individuálních kalkulací užitku - znamenají jednak schopnost odhadnout rizika v souladu s nejlepšími odbornými dohady, jednak schopnost zhodnotit, jak se proměňují v závislosti na rozhodování jedinců v populaci a pochopit, že neočkování se dlouhodobě nevyplatí. Na druhé straně se k této superiorní racionalitě dospívá právě skrze rezignaci na omezenou egoistickou

racionalitu ve prospěch altruistické orientace na skupinové blaho, tedy skrze hluboce morální rozhodnutí. Neočkování je naproti tomu vždy spojováno s egocentrismem Nashových strategií a nadto v dodatcích klasifikováno jako výsledek masového šíření a slepého přijímání dezinformací a vyvolávání morální paniky (Shim et al. 2012, Bauch a Earn 2004) – je tak zřetelně méněcenné z racionálního i morálního hlediska.

#### **4.5 Kolektivní utilitarismus a scientistní deontologie**

Dvojití označení strategie orientované na skupinové optimum jako normativní a utilitární dobře vystihuje dva rozměry etiky očkování, odpovídající dvěma základním etickým směrům – deontologii a utilitarismu. Utilitarismus je typem konsekvencionalistické etiky, v níž je hodnota jednání posuzována jeho důsledky (konsekvencemi), konkrétně očekávaným užitekem (utilitou) (Hammond 1996). Deontologická etika pak posuzuje hodnotu jednání příklonem k určitým morálním (deontickým) normám a přijetím morálních závazků, které tento příklon implikuje (Alexander 2013).

Utilitaristické vymezení hodnoty očkování se tedy opírá o vymezení užitku očkování a optimálního způsobu jeho distribuce. Teorie černého pasažérství klade důraz na celospolečenský užitek oproti individuálním užitekům, hovořím proto o *kolektivním utilitarismu*. Správnost rozhodnutí ne/očkovat zde vychází z kalkulace zisků a nákladů na úrovni populace – měřítkem této správnosti není vnitřní motivace či ucelený systém morálních zásad jedince, ale výsledný užitek plynoucí z rozhodnutí. A jelikož je krátkodobý individuální užitek v konfliktu s úhrnným užitekem pro populaci, morální očekávání je vztaženo na upozadění prvního ve prospěch druhého. Toto morální očekávání je přitom vysoce kontinuální s apelem na racionalitu, protože podle logiky černého pasažérství se sobecké jednání dlouhodobě nevyplácí. Očkování tak může opírat svou hodnotu o axiologické normy „optimální racionality“ a „altruismu“ zároveň, zatímco neočkování může být jedním dechem označeno jako výsledek „omezené racionality“ a „egoismu“. Přiřazení těchto nálepek pak slouží jako sankce pro kolektivní utilitarismus jakožto deontickou normu.

Označení strategie jako normativní pak zakládá etiku *scientistní deontologie*, zakotvenou v internalizaci nadřazenosti hodnoty expertního vědění a jeho aplikací hodnotě laického úsudku a laických řešení problémů. Zpochybňovat úsudek expertů je typicky považováno za neodpovědné, ale opět také *iracionální* jednání. Jeho iracionalita



tentokrát spočívá v nedocení hodnoty racionality, jež je zakotvena v normách vědecké práce, jejich uplatnění v konkrétních expertních odhadech a doporučeních a institucionální garanci jejich dodržování. Jeho nemorálnost je pak chápána v intencích nedodržení deontické normy uznávat hodnotu produktů vědy, jejíž odmítnutí je odsuzováno jako lehkovážné zavržení důkladně podložených tvrzení ve prospěch subjektivních dojmů a dohadů, zavržení vědy ve prospěch ne-vědy či pa-vědy. Současně se tak profilují axiologické normy „vědecké podloženosti“ či „odpovědného spoléhání na vědu“ v kontrastu s „ignorancí“.

#### **4.6 Očkování jako právo a povinnost**

Jak už jsem uvedl dříve, univerzalita hodnoty norem vědecké práce garantuje a účinně doplňuje univerzálně vitální hodnotu, která je přisuzována očkování jako potenciálnímu prostředku ochrany celosvětové populace. Důraz na tuto univerzalitu dosahu účinku očkování se odráží ve snahách učinit z rozšiřování a zajišťování jeho dostupnosti silnou axiologickou normu univerzálního, nezadatelného nároku na určitou základní úroveň kvality života. Tento motiv nacházíme už ve vymezení ochrany před před infekčními chorobami jako veřejného statku, svůj výraz ale nachází také v konceptualizaci této ochrany jako *lidského práva*.

Podle Úmluvy OSN o právech dítěte “(s)táty uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení“ (čl. 24, § 1), které zahrnuje i právo na využívání opatření k „potírání nemocí“ (čl. 24, § 2c). Jako nejvyšší zdravotní standard v potírání nemocí je dnes uznávána ochrana před infekčními chorobami kolektivní imunitou a její účinek se vztahuje v první řadě právě na děti, u nichž jsou prováděna všechna nejdůležitější očkování. Očkování jako lidské právo je tedy jasně zakotveno v Úmluvě OSN o právech dítěte.

Skutečnost, že právě děti jsou příjemci veřejného statku, nás zároveň nenápadně navádí k jednomu ze stěžejních problémů prosazování očkování, který je v rétorice veřejných statků a lidských práv výrazně upozaděn, tj. k tomu, že očkování je vždy jak právem, tak i závazkem či povinností. Jelikož dítě nemůže rozhodovat samo za sebe, realizace jeho práva na očkování je v rukou jeho zákonného zástupce, který musí autorizovat jakýkoli zásah lékařských expertů. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ale může být tato autorizace provedena i ze strany “úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem (čl. 6, § 2). Nadto lze

„zástupný souhlas kdykoli odvolat, je-li to v nejlepším zájmu dotčené osoby” (čl. 6, § 6). Tento nejlepší zájem je vyjádřen v oficiálních doporučeních zdravotnických institucí, které jejich prostřednictvím usilují o to, aby byl jako takový rozpoznán co nejširší veřejností. Jinými slovy – aby byl rozpoznán jako *povinnost*. Nad jeho prosazováním se tak vždy vznáší potencialita omezení individuální svobody. Ta je *de iure* bezvýhradně omezena, pokud jde o svobodu rozhodování samotných příjemců očkování, v jejich “nejlepším zájmu” ale může být omezena i svoboda rozhodování jejich zákonných zástupců.

Povinnost nabývá různých podob – může být morální povinností, jejíž uznání závisí na svobodné volbě jedince, může být ale také stvrzena zákonem a stát se tak nástrojem represe a regulace ze strany státu. Toto rozlišení nám samo o sobě nutně nic neříká o donucovací síle povinnosti – morální povinnost může být kategorickým imperativem, který jedinci prakticky znemožňuje jednat jinak než v souladu s ním, představuje tak závazné měřítko jeho subjektivně vnímané kompetence obstát v situaci rozhodování jako plnohodnotná, racionálně i morálně způsobilá osoba (Goffman 1961, 174). Zákonná povinnost může být na druhé straně poznamenaná omezenou schopností zodpovědných autorit povinnost vynucovat. V případě očkování se napříč jednotlivými zeměmi setkáváme se zastoupením obou typů ve velmi rozdílné míře, nelze je ovšem, stejně jako u racionality a morálky, od sebe vždy jednoznačně oddělit. To zní možná kontra-intuitivně, uvážíme-li, že zákonná povinnost je vždy specificky objektivně sankciována, zatímco u morální povinnosti jsou sankce vždy věcí jedince a jeho “morálního kompasu”, který zakládá dobrý pocit z dodržování určitých zásad a pocit viny plynoucí z jejich porušování. Zakotvení povinnosti očkovat v zákoně však zpravidla nemá vystupovat jako pouhá dodatečná pojistka poslušnosti veřejnosti, odtržená od všech argumentů o žádoucnosti očkování. V ideálním případě jeví zákonná povinnost stejnou kontinuitu s morální povinností, jakou jeví morální povinnost s racionální optimálností rozhodnutí. Jak uvádí webové stránky České vakcinologické společnosti: „Povinností očkování stát vymáhá odpovědné chování jednotlivců vůči svému zdraví i vůči zdraví svých spoluobčanů”. Výmluvným empirickým dokladem kontinuity morální a zákonné povinnosti je pak frekvence, s jakou očkování vyjadřují domněnku, že očkování je v dané zemi povinné, ačkoli tomu tak není (Yaqub a kol. 2014). Taková domněnka je jistě do velké míry produktem prosté neznalosti, svědčí ale také o míře, v jaké jsou lidé schopni internalizovat zákonnou povinnost jako korektiv správného jednání, aniž by měli o této povinnosti jakoukoli konkrétní znalost. Na druhé

straně je zákonná povinnost často individuálně pocíťována jako nepřípustný zásah do svobody vlastního rozhodování a v zemích, kde se uplatňuje, je obvyklým předmětem kritiky praxe očkování.

Z pohledu institucí zmocněných k prosazování očkování svědčí problém dobrovolnosti či povinnosti očkování o přetrvávající nejistotě ohledně optimálního způsobu vynucování očkování. V rámci Evropy ji výmluvně dokládá relativně vyrovnaný poměr dobrovolných a povinných národních systémů očkování: 15 dobrovolných ku 14 povinným<sup>8</sup> (Haverkate 2012). Opět ale nelze vnímat dobrovolné systémy jako zcela nedirektivní a povinné systémy jako zcela direktivní. Např. právní úprava očkování ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska ponechává v případě veškerých vakcín rozhodnutí očkovat na svobodě rozhodnutí jednotlivce, umožňuje nicméně jednorázově zavést povinnost očkovat v případě kritické situace výrazného poklesu očkujících v populaci (Liga lidských práv 2015). Povinné režimy na druhé straně často umožňují uplatnění výjimky z očkování. Tyto výjimky jsou typicky hojně uplatňovány např. ve Spojených státech amerických, např. i v České republice ale ústavní soud nedávno rozhodl o legitimitě nároku neočkovat na základě „svědomí“. Boje o právní legitimitu povinnosti očkování jsou dnes rutinní záležitostí a netýkají se vždy prostého přechodu od naprosté povinnosti k naprosté dobrovolnosti. Jde o mnohem komplexnější problém vzájemných vztahů práv a povinností, kde běží nejen o podmíněnost užitku plynoucího veřejnosti z ochrany očkováním povinností ji dlouhodobě udržovat, ale také o práva státních institucí na faktický monopol zajišťování této ochrany a odpovídající povinnost garantovat nejlepší dostupný standard péče. Obvyklým požadavkem veřejnosti se proto stala např. povinnost státu odškodňovat jedince postižené vedlejšími účinky očkování (Liga lidských práv 2015). Ačkoli zejm. v zemích, kde je očkování stále povinné, může být otázka vymezení jeho hodnoty primárně otázkou právního vymezení, v této práci je pro mě zakotvení hodnoty v zákoně spíše zvláštním případem racionálně-morálního vymezení hodnoty.

---

<sup>8</sup> Jako povinný systém očkování zde chápu takový, v němž je alespoň jedno očkování povinné.

#### **4.7 Shrnutí: kontinuita racionality a morálky v institucionálním režimu hodnoty**

Nyní shrnu svůj výklad a identifikuji jednotlivé aspekty institucionálního režimu hodnoty očkování (jejich přehled viz **Tabulka 4.7.1**). Zaměřím se nejprve na racionální rovinu vymezování této hodnoty. Typy racionálních diskursů vymezujících hodnotu očkování jsou teorie racionální volby a to, co nazývám *vědeckou racionalitou*. Jde o racionalitu, jejíž hodnota se opírá o uplatňování norem vědecké práce a jejich institucionální garantování. Nachází svůj výraz jednak v principu imunologické paměti a dalších principech fungování imunitního systému, jejichž pravdivost je odvozována z empirických poznatků a rámuje teorií, jednak v teoriích kolektivní imunity a černého pasažérství, které zároveň využívají předpokladů teorie racionální volby. Tyto teorie a principy představují mechanismy vymezování hodnoty, mobilizované prostřednictvím technik a procedur, které toto vymezování podrobují testům reality v empirickém výzkumu a jeho výstupech v podobě expertních doporučení. Imunologické principy tak v základním výzkumu a klinickém testování umožňují kvantifikovat a statisticky analyzovat užitek očkování i jeho rizika, zatímco epidemiologický výzkum umožňuje podrobit týmž operacím rizika nákazy infekčními chorobami. Účelem matematických modelů pohybu patogenů v populaci, kombinovaných s teoreticko-herním modelováním, rozhodování ne/očkovat, je pak porovnání těchto rizik a uvedení výsledné bilance do vztahu k předpokládanému chování populace. Jejich výstupy jsou optimálně stabilní rozhodovací strategie. Přiznávají sice, že optimální strategií může být za specifických okolností vysoké proočkovanosti strategie neočkovat jakožto Nashova strategie optimalizující individuální užitek (vyhnutím se rizikům očkování i riziky nákazy), z dlouhodobého hlediska ale prezentují jako optimální strategii očkovat s ohledem na skupinové optimum. V souladu s tím je neočkování sankcionováno jako racionálně neoptimální a očkování jako racionálně optimální.

Jak jsem se snažil ukázat, celý tento proces racionální konstrukce hodnoty očkování má také svou morální rovinu. Strategie očkovat s ohledem na skupinové optimum je nazývána *normativní*, ale také *utilitární*. Z těchto dvou rozměrů odvozují dva způsoby, jak vymezit morální hodnotu očkování, zakotvené v diskurzech scientistní deontologie a kolektivního utilitarismu. První z nich klade důraz na hodnotu rozhodnutí v souladu s expertními doporučeními, jejíž hodnota je zakotvena v normách vědecké práce

(vědecké racionalitě) a ve výlučnosti expertních institucí jako garantů této hodnoty. Diskurs kolektivního utilitarismu pak propojuje optimální racionalitu strategie s morální superioritou orientace na výsledný kolektivní užitek jednání. V tomto druhém případě je podstatně složitější od sebe oddělit racionální a morální rovinu vymezení hodnoty – morálních rozměrů nabývá promítnutím obecných předpokladů o rozhodovacím procesu do empirické roviny konkrétních rozhodnutí. Ta pak nejsou optimální, protože zaručují optimální výsledek, ale proto, že byla vedena úvahami o něm a to jak racionálními kalkulacemi, tak morální orientací na skupinové blaho. Vymezení ochrany před infekčními chorobami jako veřejného statku a lidského práva pak zakládá konkrétní teorie hodnoty, v nichž se uplatňují výše uvedené morální diskursy. Teorie veřejných statků je úzce provázána s teoriemi kolektivní imunity a černého pasažérství, které předpokládají, že ochranu je třeba specificky udržovat a poskytují tak prostor pro kalkulace o tomto udržování a úvah o kolektivním užitku na úrovni populace. Spolu se zarámováním ochrany jako lidského práva pak podtrhují důraz na vymezení její hodnoty jako nezczitelného nároku garantovaného expertními institucemi oproti povinností, které jsou spojeny s jejím udržováním. Procedurami (spíše než technikami) kvalifikace této hodnoty jsou v úžeji normativní rovině veřejně komunikována expertní doporučení, v širší morální rovině pak morální apely spojené s jejich vynucováním, představující prostředky přesvědčování veřejnosti o tom, co je správné a co ne, a cíleného ovlivňování jejího smýšlení v tomto ohledu. V rámci toho přisouzení racionality očkování a iracionality neočkování doplňuje hodnocení ne/očkování jako morálně ne/odpovědného jednání – společně pak konstituují sankci v podobě přisouzení rozhodovací ne/kompetence. Všechny tyto operace pak umožňují status expertních institucí jako arbitřů racionality a morálky, tedy arbitřů celkové hodnoty očkování.

	Racionalita	Morálka
Diskursy	Vědecká racionalita Teorie racionální volby	Kolektivní utilitarismus Scientistní deontologie
Mechanismy a instance kvalifikace	Teorie kolektivní imunity a černého pasažérství Epidemiologické teorie Princip imunologické paměti aj.	Vymezení ochrany před infekčními chorobami jako veřejného statku a lidského práva
Sankce	Přisouzení racionality očkování a iracionality neočkování	Přisouzení morálnosti očkování a nemorálnosti neočkování
Techniky a procedury kvalifikace (testy reality)	Matematické modely Epidemiologický výzkum Imunologický výzkum a klinické testování vakcín	Expertní doporučení Morální apely
Status institucí	Arbitři racionality	Arbitři morálky

- Tabulka 4.7.1

## 5. Kritická vymezení hodnoty očkování a alternativní vymezení hodnoty péče o zdraví

S racionálně-morálním sankcionováním neočkování v podobě přisouzení rozhodovací nekompetence odpůrcům očkování, které jsem v předchozí části vyložil jako součást institucionálního režimu hodnoty očkování, se můžeme setkat v rozličných vyjádřeních představitelů odborné veřejnosti. I v odborných publikacích jsou odpůrci očkování nezdědka označováni jako iracionální (Navin 2013, Mooney 2011, Ropeik 2011), jejich obavy z rizik očkování chápány jako produkt morální paniky či hysterie (Kata 2010, André 2001) a jejich rozhodnutí neočkovat jako upřednostňování sobeckých zájmů před „občanskou odpovědností“ (Diekema 2005). S přisuzováním nekompetence se pak dále setkáváme v komunikaci odborníků s veřejností. Roman Chlíbek např. na stránkách České vakcinologické společnosti v rámci jediné věty umně propojuje racionální i morální apel, když nejprve nálepkuje neočkující jako iracionální přirovnáním odmítání očkování k ruské ruletě a druhým dechem před ně staví morální závazek vůči vlastním dětem, které „mohou v dospělosti litovat rozhodnutí svých rodičů“. Ovšem i zástupci laické veřejnosti vystupují proti odpůrcům očkování – v návaznosti na propuknutí série epidemií spalniček na území Spojených států např. několik rodičů veřejně obvinilo z nákazy vlastních dětí „neodpovědné“ rodiče odmítající očkování (Dubé, MacDonald 2016).

V této části práce chci ukázat, že iracionalita či morální neodpovědnost, která je přisuzována odpůrcům očkování, může pramenit z jejich kategoricky odlišného vymezení hodnoty očkování. Tyto odlišnosti nicméně zpravidla nejsou takové, aby znamenaly naprostou rezignaci na expertně rámovanou (vědecky konstruovanou) diskusi a právě na této úrovni pak závěry odpůrců vystupují z pohledu expertů jako jednoduše iracionální, resp. nesprávné. Stejně tak matematické modely rozhodování nemohou svým čistě kvantitativním vyjádřením bilance vnímaných rizik očkování a rizik nákazy postihnout, jak je jejich hodnocení ze strany odpůrců očkování ovlivňováno uplatňováním kategorických normativních měřítek. V dalším výkladu se věnuji konkrétně dvěma významným kritériím kritických vymezení hodnoty očkování, resp. alternativních vymezení hodnoty péče o zdraví – kritériu přirozenosti a kritériu individualizace. Kromě toho, že vysvětlují odlišné hodnocení rizik očkování a rizik

nákazy infekčními chorobami, je lze z pohledu samotných odpůrců chápat jako nástroj obrany před účinkem negativních sankcí v podobě obvinění z iracionality a morální neodpovědnosti a přisuzování rozhodovací nekompetence, jež z nich vyplývá. Vlastní rozhodovací kompetenci osvědčují tváří v tvář těmto sankcím individuálním konstruováním hodnoty.

### **5.1 Přirozený a institucionální původ rizik**

V kontextu teorie rizikové společnosti spočívá zásadní rozdíl mezi riziky očkování a riziky nákaz v jejich původu. Rizika očkování jsou exemplárním příkladem civilizačních rizik „systematicky spoluprodukovaných v procesu pokročilé modernizace“ (Beck 2011, 26). Rizika nákazy mají oproti tomu zřetelný původ v přirozeném stavu věcí – jejich příčinou je výskyt patogenů v populaci, se kterým se bylo prokazatelně možné setkat dlouho před nástupem moderní praxe očkování. Stručně řečeno – rizika nákazy mají *přirozený* původ, zatímco rizika očkování mají původ *institucionální*.

Pozitivní normativní hodnocení přirozeného původu rizik nákazy vede mnoho odpůrců očkování k výrazně nízkému hodnocení jejich závažnosti (Reich 2016, Martinez-Diz et al. 2013, Hasmanová Marhánková 2015). Martinez-Diz et al. 2013). Hodnota této přirozenosti je zpravidla zakotvena v individuálních postojích a životních stylech (Reich 2016), vyniká ale také v opozici k rizikům očkování. Odpor k očkování je často spojován s jeho invazivní povahou, jež je odvozována od jeho institucionálního zprostředkování, jeho syntetické povahy či samotného způsobu aplikace injekční jehlou (Fredrickson et al. 2014, Martinez-Diz et al. 2013). Přirozenost oproti tomu spočívá v ponechání volného průběhu života a v zachování jeho spontánní a autonomní povahy (Reich 2016). V souladu s tím jsou také často upřednostňovány méně invazivní, přírodní formy léčby, které nabízí různé odnože alternativní medicíny (Martinez-Diz et al. 2013, Kennedy 2009). Alternativu očkování může dokonce představovat samotná nákaza příslušnou infekční chorobou – její rizika jsou vnímána jako natolik nízká, že je jednoznačně převažuje zisk v podobě nabytí *přirozené imunity*, která je ve srovnání s imunitou nabytou očkováním vnímána nejen jako hodnotnější s ohledem na svou přirozenost, ale často také účinnější (Fredrickson et al. 2014, Reich 2009, Reich 2016). Hodnocení rizik nákazy zde tedy vychází z odborné teorie o fungování imunitního systému, veškeré empirické poznatky o konkrétních rizicích nicméně navrhuje pro jejich praktickou poplatnost institucionálním zásahům. Institucionální režim hodnoty očkování



je tak oportunisticky filtrován a modifikován – část je využita, část vystavena kritice, popřena a přizpůsobena filozofii přirozenosti.

Bagatelizace rizik nákazy ze strany odpůrců očkování má ale také podstatně prostší původ – zpravidla se vyskytují v mimořádně nízkém rozsahu. Očkování se v tomto smyslu stává obětí vlastního úspěchu, jak s oblibou argumentují představitelé expertních institucí (André 2001, 2206). Proto má také pro ně v rámci hájení hodnoty očkování velký smysl odkazovat na etapy historie, ve kterých běžně propukaly epidemie, na jejichž následky umíralo velké množství lidí, a činit z těchto svědectví určité morální memento, varující před lehkovážností, se kterou můžeme odmítáním očkování přivolat zpět staré hrozby (André 2001, Stern 2005, Markel 2005). Odpůrci očkování nicméně čelí těmto apelům alternativními výklady historie poklesu výskytu infekčních chorob, podle kterých hrály rozhodující roli zlepšení hygieny, bydlení či výživy (Kata 2010, 1710).

Jak už jsem zmínil výše, očkování je oproti nákaze chorobou vnímáno jako nepřirozené a invazivní. Zatímco však přirozený původ rizik nákazy je často explicitně prezentován jako důvod nízkého hodnocení jejich závažnosti, vztah mezi zdůrazňováním závažnosti rizik očkování a jeho nepřirozeností se zdá být méně jednoznačný. Nepřirozenost je zpravidla spíše důvodem k odmítnutí samotného principu očkování, resp. konstatování jeho nekompatibility s přirozeným během věcí. Jeho konkrétní rizika jsou hodnocena spíše na základě odborných argumentů a odkazování na výsledky různých studií, tedy chápána v jejich vědecké konstruovanosti (Kata 2010, Bean 2011). Konkrétně se setkáváme s obavami z vážných neurologických poškození a zejm. autismu, které se odborná veřejnost snaží pomocí rozsáhlých epidemiologických studií průběžně vyvracet jako neodpodstatněná (André 2001, Diakema 2015).

Důvodů, proč se na této racionální úrovni diskuse závěry odpůrců očkování rozcházejí se závěry odborníků, je hned několik. Jednak je to výsledek odlišných kompetencí<sup>9</sup>, odlišné situovanosti (individuální dohledávání informací oproti jejich institucionálně rámovanému shromažďování a rovněž produkování) a využívání odlišných zdrojů informací (na jedné straně zejm. internet (Kata 2010, Bean 2011), na druhé straně omezený okruh recenzovaných vědeckých publikací, popř. vlastní aktuální

---

<sup>9</sup> Mnoho zástupců odborné, ale i širší veřejnosti by jednoduše konstatovalo, že jsou iracionální, já se touto formulací snažím vyjádřit, že ačkoli laici postrádají profesionální vědecký trénink v dané disciplíně a jejich možnosti jejímu porozumění jsou tak zásadně omezené, mohou na druhé straně např. těžit z nezaujaté „outsiderské“ perspektivy

výzkum). Nejde však zdaleka pouze o neshody v číslech – jak jsem popisoval už dříve v části 2.2., pouhá kalkulace je značně nepravděpodobným motivem ke zpochybnění expertního doporučení (zvláště, jde-li jako v případě očkování o zdraví vlastního dítěte), které je naopak typicky motivováno nedůvěrou a v souladu s tím podepřeno normativním hodnocením. To může být relativně nuancované – někteří odpůrci očkování např. poukazují na nedostatečnou průkaznost či zaujatost vědeckých studií, na které odkazují odborníci, a zpochybňují tak řádné dodržování norem vědecké práce (Martinez-Diz 2013). Dalším předmětem kritiky jsou netransparence institucí a omezený přístup k informacím o očkování (Martinez-Diz 2013). Tyto výhrady se týkají institucionálního aparátu jako celku, ale také přístupových bodů institucí v osobách dětských lékařů, kteří z pohledu odpůrců nejsou ochotní, ale často ani schopní poskytovat rodičům dětí dostatečné informace (Fredrickson et al. 2014, Martinez-Diz 2013, Kennedy 2011). Předmětem kritiky se tak zde stává také norma autonomie lékařské profese.

Nejčastější a nejzávažnější výhradou vůči expertním institucím je nicméně podezření z poplatnosti jejich závěrů dílčím zájmům, zpravidla zájmům farmaceutických společností (Martinez-Diz 2013, Kata 2010, Bean 2011, Davies 2012). Normativní zabarvení racionální diskuse zde nabývá zvláště zlověstného nádechu, jelikož z pohledu kritiků nesvědčí pouze o neschopnosti expertů dostávat normám své práce, dokonce ani pouze o jejich snaze normativně hájit hodnotu vlastních produktů, nýbrž o podřízení jejich činnosti zcela parciální logice finančního zisku na úkor zdraví populace. Univerzální hodnota očkování jako nástroje ochrany veřejného zdraví je tak zásadně zpochybněna ve prospěch jeho hodnotové poplatnosti dílčím zájmům. Současně je ale také podpořen dojem jejich nepřirozenosti - vakcína, která existuje především proto, aby generovala zisk, vyvolává pochybnosti o vlastní účinnosti a bezpečnosti, také ale z definice představuje krajně nepřirozenou, umělou vytvářenou potřebou. Vysoké hodnocení rizik očkování tak nakonec přece jen vystupuje v jednoznačné a poměrně silné souvislosti s jejich nepřirozeným, institucionálním původem - expertní instituce nejenže se dopouštějí *zbytečných* zásahů do přirozeného běhu věcí (viz lékařská norma tendence k akci), nýbrž z těchto zásahů doslova žijí, když neustále vytvářejí podmínky pro nové.

## **5.2 Individualizace jako garance hodnoty alternativ očkování**

Institucionální povaha očkování se v očích některých odpůrců očkování projevuje jako nepřirozená ještě jednou svou vlastností a tou je necitlivost vůči individuální perspektivě a specifikům jedinečných životních situacích, které se snaží podrobit svému standardizovanému účinku. V případě očkování je tento dojem dále podporován jeho uplatňováním na úrovni populace a vymežováním jeho hodnoty s ohledem na blaho populace jako celku. Přirozeným protipólem těchto projevů nepřirozenosti se pak stává individualizovaný přístup k péči o zdraví jako alternativa očkování (Reich 2009, Reich 2016, Hasmanová Marhánková 2015).

V rámci tohoto individualizovaného přístupu bychom nicméně měli rozlišovat rovinu individuálnosti ve smyslu nezávislosti na institucionálních zásadách a rovinu individuálnosti jakožto explicitního obsahu praktik a zdroje normativního stvrzování jejich hodnoty. Tyto dvě roviny se mohou významně doplňovat, jejich návaznost nicméně zdaleka není nutným vztahem a právě trend individualizace péče o zdraví poskytuje výmluvné svědectví o tom, kolik detailů našeho individuálního počínání dokáže (nebo chce) popsat pouze expertní vědění moderní medicíny, a jak snadno nám dokáže vnutit vlastní standardy a vydávat je za známky individuality.

Typickým projevem explicitního zakotvení hodnoty alternativ k očkování v jejich individualizovaném charakteru je osvojení vysoce individualizovaného, aktivního přístupu k péči o zdraví vlastních dětí. Ten zahrnuje v první řadě kontinuální vyhledávání nových informací o rizicích očkování a nákazy, ale také zajištění vhodného životního prostředí (nejlépe mimo město) a vhodné výživy (nejlépe s vyloučením chemicky ošetřených potravin) či vyřazení zbytečných syntetických léků a jejich nahrazení přírodními substancemi. Zvláštní důraz je také kladen na kojení jako praktiku, která přirozenou cestou posiluje imunitu dítěte (Reich 2009, Reich 2016, Hasmanová-Marhánková 2015). Aktivní přijetí individuální odpovědnosti ale také samo o sobě představuje v rámci osvojování rozhodovací kompetence výlučnou hodnotu, resp. axiologickou normu autonomie a nezávislosti, která propůjčuje výslednému rozhodnutí neočkovat často rozhodující váhu. V souladu s tím je také typicky odsuzována pasivita rodičů, kteří slepě důvěřují bezpečnosti očkování a uchylují se k němu bez větších investic do poznání celé problematiky (Reich 2009, Blume 2006). Mimořádný důraz některých odpůrců očkování na hodnotu vlastní individuální aktivity a současné příkré hodnocení pasivity druhých můžeme chápat jako určitou obranu proti sankcím v podobě

přisouzení (racionální i morální) nekompetence. Nelze-li se vyrovnat institucionálním garancím hodnoty, pokud jde o rozsah zásoby vědění nebo rigoróznost metod, o něž se opírá, lze alespoň zřetelně demonstrovat vlastní úsilí dobrat se správného řešení a ukázat, že rozhodnutí neočkovat není výsledkem nevědomosti, lehkovážnosti či morální indiference vůči zájmu populace, nýbrž důkladně podložené, uvědomělé volby, vycházející jednak z kritických výhrad vůči expertnímu vědění a expertním institucím, jednak z přesvědčení o morální nadřazenosti individualizovaného přístupu k péči o zdraví vlastního dítěte.

Setkáváme se tak s případem individualizace péče o zdraví, který se do značné míry projevuje *navzdory* institucionálním očekáváním odborníků. Rostoucí náklady spojené s přenášením odpovědnosti na jedince, charakteristické pro současnou *ethopolitiku* medicíny (Rose 2001), se v tomto opozičním kontextu specificky stupňují. Odklon od neproblematického přijímání institucionální garance hodnoty může být sám o sobě dlouhým a náročným procesem průběžného přehodnocování a upřesňování vlastního postoje k očkování, plným nejistot, které je třeba vlastními silami redukovat. V tomto případě však nejsou institucionální garance pouze demokratizovány a filtrovány individuálním rozhodováním, ale od základů zpochybňovány a nahrazovány radikálně odlišnými, individualizovanými garancemi hodnoty, které navíc samy ze své podstaty vybízí k dalšímu tříbení individuálního postoje.

### **5.3 Sjednávání hodnoty očkování v hybridních fórech**

Zakotvení hodnoty alternativních forem péče o zdraví v jejich individualizovaném charakteru můžeme chápat jako promítnutí faktu vlastního individuálního podílu na vymezení náležité péče o zdraví do roviny jejího explicitního obsahu, ale rovněž jako určitou snahu obhájit, že je tento podíl skutečně individuální, a zamaskovat tak, že v jisté míře dochází pouze k vypovězení důvěry institucionálním garantům hodnoty v podobě expertních institucí a její re-investici v jiné garanty. Hodnota individualizovaných praktik je na jedné straně individuálně konstruována ve smyslu zohledňování jedinečného kontextu výchovy vlastního dítěte, také ale v tom smyslu, že zahrnuje výběr alternativních zdrojů informací, alternativních vymezení hodnoty a také alternativních garantů hodnoty. V tomto druhém smyslu již je individuální charakter alternativ významně relativizován – jedinec je nachází ve víceméně hotové podobě v arénách veřejné debaty utvořených kolem skupin kritiků a odpůrců očkování, popř. dalších praktik moderní medicíny. Současně jsou stále v podstatné míře modelovány

podle institucionálního režimu hodnoty očkování a podřízeny jeho vědecké racionalitě, a v souladu s tím rutinně využívají jeho vlastních zbraní v podobě vědeckých či kvazi-vědeckých argumentů, kterým nezdědka propůjčují autoritu „disidentští“ vědci, napadající závěry „konformní“ části odborné veřejnosti a vyzývající k zásadním změnám očkovací praxe (Kata 2010). K těmto výzvám se dále přidávají experti na právo, kteří napadají vymezení hodnoty očkování v morálně-právní rovině, a mnozí další aktéři. Individuální konstruování hodnoty náhle nestojí jednoduše *proti* institucionálnímu režimu hodnoty, nýbrž se nachází kdesi v průsečíku různých způsobů, jak z něj čerpat nebo se proti němu vymezovat, ale také různých nároků na ovlivňování jeho další podoby.

Stejně tak ani institucionální režim hodnoty nestojí v žádné principiální opozici vůči individuálnímu konstruování hodnoty – formulování požadavků v rámci kriticky orientovaných veřejných arén a jejich uplatňování v kolektivní akci vcelku běžně vede k jeho dílčím modifikacím směrem k individualizaci jeho praxe. Nejvýmluvnějším dokladem toho je už skutečnost, že např. v Evropě nacházíme dobrovolné systémy očkování v převaze nad povinnými. V mnoha zemích je rovněž ošetřeno nesení právní odpovědnosti státu za poškození v důsledku očkování (Liga lidských práv, 2010). Na popud veřejnosti jsou také někdy stahovány z oběhu konkrétní vakcíny a nahrazovány novými, bezpečnějšími (Blume 2006). I v zemích, kde je očkování povinné, pak přibývá úspěšně obhájených nároků na uznání výjimky z očkování, a v některých zdravotních politikách byl rovněž dokumentován odklon od argumentování odpovědnosti vůči populaci (Hobson-West 2007).

Bez ohledu na tyto dílčí adaptace však očkování zůstává ve svém účinku závislé na populačním efektu kolektivní imunity a jako takové nemůže být nikdy zcela individualizováno. Udržitelnost individualizace rozhodování a odpovědnosti je podmíněna přetrvávající spoluprací mezi odbornou veřejností a populací. Jak chci dále argumentovat, v základu této spolupráce leží schopnost institucionálního režimu hodnoty očkování absorbovat podněty veřejnosti a současně si udržet svou účinnost. Četné práce poukazují na klíčový význam důvěry veřejnosti v instituce (Hobson-West 2007, Kennedy 2011, Hasmanová Marhánková 2015 aj.), ta je však pouze jednou stranou mince – neméně důležitá je důvěra institucí ve veřejnost, resp. její vůli a kompetenci podílet se na udržování ochrany populace v souladu se základními principy institucionálního režimu hodnoty očkování. Jako projev této důvěry můžeme chápat právě ochotu odborné veřejnosti přistupovat na dílčí modifikace režimu hodnoty,

kteřé iniciují zástupci veřejnosti. V kontextu hybridních fór, ve kterém je hodnota sjednávána, znamená tato ochota důvěry v možný konsensus navzdory kritickým výhradám veřejnosti vůči očkování a uznání legitimacy těchto výhrad. Obdobně může také ochota slevit z vlastních nároků na racionálně-morální sankcionování rozhodovací kompetence laiků znamenat vyjádření důvěry v individuální osvojování této kompetence. Ústupky v podobě dílčích modifikací režimu hodnoty a investice důvěry ve veřejnost nicméně nejsou nutně projevem benevolence či oslabení vlastní autority, nýbrž mohou značit očekávání protihodnoty v podobě reciproční investice důvěry veřejnosti v expertní instituce. což lze opět chápat jako projev důvěry (v tuto investici).

Jako projev nedůvěry expertních institucí v kompetenci laické veřejnosti lze naopak chápat zákonnou povinnost očkovat. Jak jsem naznačil v části 4.6., zákonná povinnost může v rámci institucionálního režimu hodnoty vystupovat jako přirozené rozšíření racionálně-morální povinnosti očkovat. Tato kontinuita se ovšem s rostoucí hybridizací institucionálního režimu hodnoty očkování stává nepřesvědčivou – stačí poukázat, jak to činí každý kritik očkovací povinnosti, na země, které docilují ochrany i bez této povinnosti. Argument, že to bez povinnosti nejde, nemůže obstát. Lze nicméně poukázat na (jakkoli neurčitá) specifika jednotlivých národních populací, včetně té vlastní. Jak se lze dočíst na webových stránkách Českého vakcinologického ústavu: „Když dnes řada lidí naslouchá různým konspiračním teoriím a věří jim, a preferuje neoponované informace z internetu, tak začínáme mít pochybnosti, zda na zrušení povinného očkování je český národ připraven.“ Takový výrok můžeme těžko chápat jinak než jako kategorické vyjádření nedůvěry v kompetenci veřejnosti a lze očekávat, že příliš neposílí důvěru veřejnosti v expertní instituce garantující hodnotu očkování. Současně svědčí o značné nedůvěře v samotnou možnost udržování účinnosti institucionálního režimu hodnoty skrze jeho flexibilizaci a hybridizaci, ačkoli je v mnoha jiných zemích každodenní realitou.

## Závěr

V zájmu propojení jednotlivých témat, kterými jsem se zabýval v této práci, nyní zrekonstruuji její obsah v podobě uceleného argumentu, který jsem se snažil budovat v průběhu dosavadního výkladu. V něm jsem se pohyboval s relativní volností mezi různými úrovněmi obecnosti, chvíli jsem se tedy věnoval moderní medicíně, chvíli vědě jako celku, chvíli ochraně veřejného zdraví a očkování proti infekčním chorobám, snažil jsem se nicméně neopouštět základní záramování produkce expertního vědění, jeho institucionálně situovaných aplikací a veřejného vystupování expertních institucí jako souboru organizovaných aktivit směřujících k vymezení hodnoty jejich produktů a procedur jejich vytváření. Vycházel jsem ze základního předpokladu přirozeného normativního zakotvení racionálních principů vědecké praxe, které nutně nezkrsluje jejich racionální charakter, ale převážně jej účinně doplňuje. Zároveň jsem nechtěl zůstat u obecných tvrzení o uplatňování normativity jako jakési všudypřítomné síly, a snažil jsem se tedy vždy co nejpřesněji identifikovat povahu a oblast jejich konkrétních uplatnění v rámci expertních institucí. Výsledky svého snažení shrnuji v následujících odstavcích.

Lze rozlišit dva základní typy norem – deontické a axiologické. Deontické normy jsou vždy orientovány na konkrétní adresáty, na kterých specificky vynucují vlastní dodržování a specificky jej sankcionují, zatímco axiologické normy mnohem volnějším způsobem vymezují žádoucí vlastnosti či stavy. Normy, kterými jsem se zabýval v této práci, nicméně veskrze vystupují jako deontické i axiologické. Tato součinnost má základní formu vzájemného doplňování, kdy normy ve svém deontickém rozměru vymezují základní polaritu hodnotného/nehodnotného, žádoucího/nežádoucího, zakázaného/povoleného či doporučeného/nedoporučeného, zatímco axiologické normy vymezují jemnější významová rozlišení těchto pólů.

V rámci vymezení hodnoty produktů expertních institucí se tato základní forma součinnosti uplatňuje na několika úrovních. V případě očkování proti infekčním chorobám, které jsem si v této práci zvolil jako vzorový příklad, je určitým prvotním vymezením hodnoty jeho spojení s ochranou veřejného zdraví a vymezením vitální důležitosti a univerzálního dosahu jeho účinku. Představují tak axiologickou normu univerzální, vitální hodnoty, která současně nabývá deontických rozměrů ve vztahu k veřejnosti, od níž se očekává, že ji bude uznávat a na základě toho podstupovat očkování. Univerzalita hodnoty očkování, resp. ochrany populace, kterou

zprostředkovává, je specificky vymezena definováním této ochrany jako nevyhnutelného a nedělitelného veřejného statku a nezcizitelného lidského práva. Tyto definice očkování jej prezentují jako univerzální *nárok*, což může specificky sloužit odvedení pozornosti od toho, že je současně povinností.

Hodnota očkování je dále významně opřena o normy vědecké práce, mezi které zde řadím kritiku a sebereflexi, uznávání omezené hodnoty získávaných dat a používaných metod, věrný záznam empirické evidence a exaktní definování klíčových pojmů. Jako deontické normy se je vědečtí výzkumníci zavazují dodržovat jako určitý procedurální regulativ vlastní činnosti. Jako axiologické normy představují nestrannost a intelektuální poctivost jakožto přednosti vědy, kterými ospravedlňuje hodnotu svých výsledků. Konkrétní uplatnění norem vědecké práce nabývá podobu expertních doporučení, garantujících účinnost a bezpečnost daného produktu a také jejich limity, které ale zpravidla prezentuje jako zanedbatelné, resp. minimalizované systematickou výzkumnou činností. V případě očkování představuje tyto limity pravděpodobnost, že se u některých jedinců plně neprojeví jeho účinek, ale především rizika vedlejších účinků očkování v podobě různých zdravotních komplikací. Dodržování norem vědecké práce, popř. lékařské profese a univerzální, vitální hodnota očkování jsou nakonec garantovány konkrétními institucemi, které za ně odpovídají.

Uvedená vymezení hodnoty vystupují jednak sama o sobě, jednak v uceleném výkladovém a procedurálním rámci, který je charakteristický konstruováním výrazné *kontinuity* racionální a morální dimenze vymezení hodnoty. Tento rámec nazývám *institucionálním režimem hodnoty očkování* a ukazuji, že v něm závěrům vědeckého výzkumu propůjčován normativní rozměr a jak se racionální očekávání stávají zároveň očekáváními morálními. Očkovat vlastní potomky je prezentováno a pozitivně sankcionováno jako chování, které představuje jak optimálně racionální strategii, tak morálně žádoucí orientaci na skupinové blaho. Odmítání očkování je naopak negativně sankcionováno jako iracionální a morálně neodpovědné jednání. Tyto sankce nabývají podoby přiznání, resp. odejmutí rozhodovací kompetence, a mohou mít vliv na individuální osvojování této kompetence zástupci veřejnosti. Negativní sankce znamenají hrozbu pro úspěšné osvojení kompetence a odpůrci očkování jim čelí pomocí kritického vymezování hodnoty očkování a alternativního vymezování hodnoty péče o zdraví.

Tato kritická a alternativní vymezení hodnoty lze chápat jako projev současného trendu individualizace péče o zdraví. Případ odmítání očkování ukazuje, že tato



vymezení hodnoty jsou nejen individualizovaná v tom smyslu, že spoléhají na individuální garance hodnoty oproti institucionální, ale také v tom smyslu, že z individuálního charakteru péče o zdraví činí jedno z hlavních kritérií hodnoty. Druhým kritériem je přirozenost péče, jež doplňuje kritérium individuality v souboru alternativních praktik, mezi které patří preference přirozené imunity nabyté nákazou před umělou imunitou nabytou očkováním, využívání přirozených, neinvazivních forem léčby (např. různých směrů alternativní medicíny), kojení, poskytování optimální, přírodní výživy, zajišťování optimálního životního prostředí, ale také např. aktivní a vyhledávání informací a zájem o problematiku ochrany zdraví, podtrhující hodnotu individuální odpovědnost.

Zároveň se ukazuje, že alternativní vymezování hodnoty péče o zdraví, které má sloužit individuálnímu osvojení rozhodovací kompetence, nemá pouze normativní či morální rovinu, ale snaží se jej také propojit a učinit kontinuální s rovinou racionální. V rámci kontra-expertízy, kterou odpůrci očkování staví proti oficiálním expertním doporučením, jsou rizika nákazy vnímána jako výrazně nižší, protože mají přirozený původ, zatímco rizika očkování jsou nadhodnocována s ohledem na jeho nepřirozený, institucionální původ. Institucionální zarámování očkování ale vrhá stín pochybnosti na expertní doporučení také v rámci zpochybňování kompetence odborníků dodržovat normy vědecké práce či jejich neutrality ve vztahu k farmaceutickým společnostem. Kritéria přirozenosti a individuality kladou významná omezení možnostem konsensu expertů a odpůrců očkování, přesto dochází k dílčím modifikacím institucionálního režimu hodnoty směrem k institucionální transparentci a individualizaci rozhodování. Institucionální režim hodnoty tak v rámci sjednávání hodnoty v hybridních fórech veřejné diskuse osvědčuje relativní flexibilitu za současného zachování hodnoty svých základních principů.

## Summary

My thesis is concerned with establishing the value of the products of expert institutions. I argue that the crucial aspect of successful communication of this value is a continuity of its rational and moral dimension. As such, it is constructed and presented in the discursive and procedural frame of the institutional regime of the value. I specifically elaborate on the institutional regime of the value of vaccination against infectious diseases. I show that in this regime of value, optimal rationality of vaccinating is deeply connected with moral responsibility towards population. Both aspects manifest themselves in sanctioning decisional competence of those who vaccinate and those who do not. In effect, the objections to vaccination are rooted in alternative definitions of value which underline the importance of natural and individualized treatment, as opposed to unnatural, institutionalized and standardized practice of vaccination. These definitions may help the objectors acquire decisional competence despite the negative sanctions of imputing incompetence by individual means and thus justifying their decision not to vaccinate. They constitute alternative norms of health care, but they also affect rational evaluations of the risks of vaccinating and contracting infectious diseases. The latter are evaluated as relatively low due to their natural origin, while the former are evaluated as relatively high due to their institutional origin, which acquires negative normative value due to its unnaturalness, but also due to perceived shortfalls of the expertise, i.e. its failure to abide to the norms of scientific conduct, its relative lack of transparency or its linkage to the commercial interests of pharmaceutical companies. Alternative definitions of value may to some extent exercise effective influence on some partial aspects of the institutional regime of the value of vaccination (as in voluntary vaccination programs), yet limits the potential consensus due to their categorical incongruity with expert definitions.

## Použitá literatura

ALEXANDER, L. MOORE, M. Deontological Ethics. In: Edward N. Zalta (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2013 Edition)*, 2013. URL = <http://plato.stanford.edu/archives/win2013/entries/ethics-deontological/>.

BAUCH C.T., EARN D.J.D. Vaccination and the theory of games. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2004, 101(36).

BAUCH C.T., GALVANI A.P., EARN D.J.D. Group interest versus self-interest in smallpox vaccination policy. *PNAS*. 2003, 100(18), 10564-10567.

BAUMAN, Z. From Pilgrim to tourist - or a short history of identity. In: *Hall, S., du Gay, P (Eds.). Questions of Cultural Identity*. London: Sage, 1996. 18-36.

BAUMAN, Z. Consuming life. *Journal of Consumer Culture*. 2001, 1(9).

BECK, U. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně* [online]. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011 [cit. 2016-05-15]. ISBN 9788074190476.

BEAN, S. J. Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. *Vaccine*. 2011, 29 (2011), 1874-1880. ISSN 0264-410X.

BERAN, J. HAVLÍK, J. VONKA, V. *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galén, 2005. 348 s. ISBN 80-7262-361-3.

BLUME, S. Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social Science & Medicine*. 2006, 62 (2006), 628-642. ISSN 0277-9536.

BOLTANSKI, L., THÉVENOT, L. *On Justification. Economies of Worth*. University Press, Princeton University: 2006

CALLON, M. An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology. *The Sociological Review*. 1998, 46, 244–269.

CAMPBELL, C. I Shop therefore I Know that I Am: The Metaphysical Basis of Modern Consumerism. In: *K. Ekstrom and H. Brembeck (eds) Elusive Consumption: Tracking New Research Perspectives*. Oxford: Berg, 2004. 27–44.

HARVEY, D. *The Condition of Postmodernity: An Inquiry into the Origins of Cultural Change*. Oxford: Blackwell, 1990.

CHUNG, H. Game Theory, Rational Choice Theory, and the Prisoner's Dilemma: Some Clarifications. *과학철학*, 2014, 17(3), 23-51.

DEBOER, G. E. Scientific literacy: Another look at its historical and contemporary meanings and its relationship to science education reform. *Journal of research in science teaching*. 2000, 37 (6), 582-601.

DIEKEMA, D. S. Responding to Parental Refusals of Immunization of Children. *PEDIATRICS*. 2005, 115(5).

DURKHEIM, É. *Sociologie a filosofie: sociologie a sociální vědy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 8085850575.

FASSIO, Davide. How To Distinguish Norms from Values. *Phenomenology and Mind*. 2013, 5, 195-209.

FISMAN, D.N., LAUPLAND, K.B. The sounds of silence: Public goods, externalities, and the value of infectious disease control programs. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*. 2009, 20(2), 39-41.

FOUCAULT, M. *The political function of the intellectual*. 1977.

FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality*. V Praze: Herrmann & synové, 1999. ISBN 8023850903.

FOUCAULT, M. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení* [online]. Praha: Dauphin, 2000, 427 s. ISBN 80-86019-96-9.

FREDRICKSON, Doren D. et al. Childhood immunization refusal: provider and parent perceptions. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*. 2004, 36, 431-439.

FULLER, S. Being There with Thomas Kuhn: A Parable for Postmodern Times. *History and Theory*. 1992, 31(3), 241-275.

GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. 3. vyd. Praha: SLON, 2010. Post. ISBN 9788074190353.

GOFFMAN, E. On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry*. 1955, 18(3), 213-231.

GOFFMAN, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc, 1961.

HACKING, Ian. *Social Construction of What?* Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1999. ISBN 067481200X.

HÁJEK, Martin. *Čtenář a stroj: vybrané metody sociálněvědní analýzy textů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2014. ISBN 9788074191619.

HAMMOND, P. J. Consequentialist decision theory and utilitarian ethics. *Ethics, Rationality, and Economic Behaviour*, 1996, 92-118.

HAVERKATE, M. D'ANCONA, F., GIAMBI, C., JOHANSEN, K., LOPALCO, P. L., COZZA, V., APPELGREN, E. et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the Venice 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Eurosurveillance*. 2012, Volume 17, Issue 22, 31, Article 4.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. Postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí: případová studie krize důvěry v biomedicínské vědě. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. 2014, 02, 163-187.

HOBSON-WEST, P. Trusting blindly can be the biggest risk of all': organised resistance to childhood vaccination in the UK. *Sociology of Health & Illness* 2007 29: 198–215. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00544.x

*Otázky a odpovědi* [online]. Dostupné z www: <<http://www.vakcinace.eu/otazky-a-odpovedi-blue>>

KATA, Anna. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010, 28 (2010), 1709-1716. ISSN 0264-410X.

KAUFMAN, M. The American anti-vaccinationists and their arguments. *Bull Hist Med*. 1967, 41, 463–478.

KENNEDY, A. Brown, M. Cedric J. Gust, D. A. 2005. *Vaccine Beliefs of Parents Who Oppose Compulsory Vaccination*. Cincinnati, Ohio: Public Health Reports; 2005, 120(3), 252-258, 7p, 3 Charts.

KUHN, T. S. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: OIKOYMENH, 1997. ISBN 8086005542.

KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha, Sociologické nakladatelství: 2006.

JAMIESON, K. H. Communicating the Value and Values of Science. *Issues in Science and Technology*. 2015, 32 (1).

LATOUR, B. For David Bloor... and Beyond: A Reply to David's Bloor 'Anti-Latour' in *Stud. Hist. Phil. Sci.*, 1999, 30 (1), 113-129.

LATOUR, B. Když věci vracejí úder: Co mohou sociálním vědám přinést „vědní studia“. *Biograf*. 2002 (29).

LIPOVETSKY, G. *Paradoxní štěstí: Esej o hyperkonzumní společnosti*. Praha, Prostor: 2006.

MANKIW, N. *Principles of economics*. 7th ed. Stamford: Cengage Learning. c2015, xxxii, 847 s. ISBN 978-1-285-16587-5.

MARTÍNEZ-DIZ et al. Demands and expectations of parents who refuse vaccinations and perspective of health professional on the refusal to vaccinate, *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2014, 80(6), 370-378, ISSN 2341-2879.

MESAROVIC, M. PESTEL, E. Mankind at the Turning Point: The Second Report to The Club of Rome. 1974. ISBN 0-525-03945-77.

MOONEY, C. Irrationality vs. Vaccines: Fighting for Reality. *New Scientist: CultureLab*. January 13, 2011.

NAVIN, M. Competing Epistemic Spaces: How Social Epistemology Helps Explain and Evaluate Vaccine Denialism. *Social Theory* [online]. 2013, 39(2), 241-264 [cit. 2016-05-16]. DOI: 10.5840/soctheorpract201339214. ISSN 0037802X.

DUBÉ, E. MACDONALD, N. Managing the risks of vaccine hesitancy and refusals. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016, 16 (5), 518-519, ISSN 1473-3099.

OLPINSKI, M. Anti-Vaccination Movement and Parental Refusals of Immunization of Children in USA, *Pediatrics Polska*, Volume 87, Issue 4, July–August 2012, Pages 381-385, ISSN 0031-3939.

PAKULSKI, J., WATERS, M. *The Life After Class. The Death of Class*. Sage, London: 2001.

PICKERING, Andrew. *The Mangle of Practice: Time, Agency, and Science*. Chicago: University Press, 1995.

POPPER, Karl R. *Bida historicismu*. 2. revid. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2000. ISBN 8072980076.

REICH, Jennifer A. Vaccine-Resistance as Good Mothering: Parents' Strategic Choices about Compulsory Childhood Vaccinations. Denver, Colorado: *Conference Papers - American Sociological Association*. 2009, 1-15.

REICH, Jennifer A. Of natural bodies and antibodies: Parents' vaccine refusal and the dichotomies of natural and artificial. *Social Science & Medicine*. 2016, vol. 157, 103-110. ISSN 0277-9536.

ROBBINS, A., FREEMAN, P. Obstacles to developing vaccines for the Third World. *Scientific American*. 1988, 259 (5), 126-33.

ROMP, G. *Game theory: introduction and applications*. Oxford University Press on Demand, 1997.

ROPEIK, D. The Perception Gap: An Explanation for Why People Maintain Irrational Fears. *Scientific American*. February 3, 2011, <http://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/2011/02/03/the-perception-gap-an-explanation-for-why-people-maintain-irrational-fears/>.

ROSE, N. The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*. 2001, 18(6), 1-30.

ROSS, A. Introduction. In: ROSS, Andrew, ed. *Science Wars*. Durham, London: Cambridge University Press, 1996.

SHIM E., GREFENSTETTE J.J., ALBERT S.M., CAKOUROS B.E., BURKE D.S. A game dynamic model for vaccine skeptics and vaccine believers: measles as an example. *Journal of theoretical biology*. 2012, 295, 194-203.

SIMON, Herbert A. Rationality in psychology and economics. *The Journal of Business* 1986; 59(4,2) 209-224.

WITTGENSTEIN, L. *Filosofická zkoumání*. Praha, Filosofický ústav AV ČR: 1993. ISBN 80-7007-040-4.

WOLFE, R. M., SHARP, L. K., LIPSKY, M. S. Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *The Journal of American Medical Association*. June 26, 2002, Vol 287, No. 24. 3245-3248. ISSN 0098-7484.

YAQUB, O. CASTLE-CLARKE, S. SEVDALIS, N. CHATAWAY, J. Attitudes to vaccination: A critical review. *Social Science & Medicine*. 2014, 112(2014). 1-11, ISSN 0277-9536.