

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2013

Kryštof Hanzlík

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Kryštof Hanzlík

**Odmítání povinného očkování jako
vyjádření elementární klasifikace účinných
substancí**

Kvalitativní analýza rozhovorů s rodiči odmítajícími
povinné očkování

Bakalářská práce

Praha 2013

Autor práce: **Kryštof Hanzlík**

Vedoucí práce: **Mgr. Karel Čada**

Rok obhajoby: **2013**

Bibliografický záznam

HANZLÍK, Kryštof. *Povinné očkování jako problém obecného pojetí zdraví a nemoci* Praha, 2013. 34 s. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Karel Čada.

Abstrakt

Práce se zabývá problémem odmítání povinného očkování ze strany veřejnosti, který se v posledních letech stává aktuálním i v České republice. Jejím cílem je demonstrovat různé způsoby, kterými se vůči sobě vymezují odborný medicínský diskurs, prosazující a vynucující očkování, a diskurs specifické skupiny jeho kritiků. Ty zahrnují rozdílné konceptualizace odborného vědění, diskusi o legitimitě odborných institucí a konflikt mezi nároky odborníků na péči o veřejné zdraví a požadavkem svěření zodpovědnosti za vlastní zdraví do rukou občanů. Tyto charakteristické motivy se dále promítají do dvou rozdílných obecných pojetí zdraví a nemoci. Pojetí příznačné pro kritiky očkování klade důraz především na přirozenou a celostní povahu léčby, některé obecné rysy ale sdílí s odborným pojetím. Tyto rozdíly a podobnosti jsou systematizovány v rámci kvalitativní analýzy rozhovorů s osmnácti rodiči odmítajícími očkování svých dětí. Na základě jejich výpovědí je načrtnuta elementární klasifikace účinných substancí a identifikována preferovaná kritéria jejich škodlivosti, mezi něž vedle konkrétních, racionálně vyhodnocených rizik patří také syntetická povaha substancí, jejich výroba a distribuce oficiálními odbornými institucemi a rovněž nedostatečný vztah k individuálním životním situacím v jejich komplexitě. Zatímco mezi tyto substance spadá většina vakcín a syntetických léků, za prospěšné jsou považovány různé neinvazivní způsoby léčby, jako je především homeopatie, ale také kontakt s mikrobiálními původci choroby v přirozeném stavu. Jak ukázala analýza rozhovorů, tato klasifikace má úzký vztah k rozhodnutí o odmítnutí očkování, které se vzhledem ke své závažnosti nespokojuje pouze s kritikou konkrétních nedostatků, nýbrž hledá opodstatnění v určitých základních představách o povaze léčby a celého způsobu života.

Abstract

My thesis is concerned with a public resistance to compulsory vaccination, which has only recently become a problem to watch in Czech Republic. It aims to demonstrate different ways of interaction between the expert medical discourse, which advocates and sanctions vaccination, and the discourse of a particular group of vaccination objectors. They include different conceptualizations of expert knowledge, evaluating a legitimacy of the expert institutions and a conflict between experts' claim to take care of a public health and a demand to put the responsibility for one's health in the hands of each citizen. These motives also take places in two general conceptualisations of health and disease. The conceptualisation which is typical for vaccination objectors stresses the importance of a natural and holistic treatment but it also shares some similarities with the expert conceptualisation. These differences and similarities have been systemically examined in a qualitative analysis of 18 interviews with parents refusing to vaccinate their children. It proposes an elementary classification of effective substances along with the criteria of their harmfulness which include rational calculations of particular risks but also the synthetic nature of the substance, its manufacturing and distribution by official expert institutions and the lack of its meaningful relation to complex individual situations. This kind of substances includes most of the vaccines and synthetic drugs, on the other hand there are particular non-invasive kinds of treatment that are considered beneficial, especially homeopathy but also a natural contact with microbial pathogens. The analysis has showed that this classification of substances has a close relationship to the parents' decision not to vaccinate their children which needs to be embedded not only in particular evaluations of vaccination-related risks but also in some very basic ideas about the treatment and the general life-style.

Klíčová slova

očkování, povinné očkování, medicínský diskurs, legitimita odborného vědění, elementární klasifikace

Keywords

vaccination, compulsory vaccination, medical discourse, legitimacy of expert knowledge, elementary classification

Rozsah práce: 64719 zn.

Prohlášení

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

V Praze dne 17.5.

Kryštof Hanzlík

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu své práce, Mgr. Karlu Čadovi, za seznámení se zajímavým tématem a cenné připomínky k jeho zpracování.

Institut sociologických studií

Projekt bakalářské práce

Předpokládaný název: Podoby kritiky současné konvenční medicíny: případ preventivního očkování proti nakažlivým chorobám

Předpokládaný název v angličtině: Forms of disagreement with contemporary conventional medicine: the case of vaccination against infectious diseases

Předběžná náplň práce:

Předkládaná práce navazuje na kvalitativní analýzu rozhovorů s rodiči odmítajícími preventivní očkování svých potomků, v níž jsem se zabýval různými složkami kritického postoje laiků k expertnímu vědění moderní konvenční medicíny a příslušným praktikám. Základní rozdělení, se kterým jsem pracoval, vychází z obecné teorie jednání předpokládající dvojí orientaci recipientů vědění – gnoseologickou, tj. orientaci na věcnou podstatu kritizovaného vědění, a ontologickou, spjatou s nutností uchovat si konzistentní obraz světa a sebe sama jako jeho součásti (srv. Giddens 2010, s. 85; Berger, Luckmann 1999). Tyto dvě orientace v rámci žitého světa jedinců přirozeně koexistují a vystupují jako ucelený „praktický smysl“ (Bourdieu 1998, s. 32), jejich analýzu však nelze redukovat na jediný výkladový rámec, který by uspokojivě vysvětlil celkovou individuální motivaci k rozhodnutí neočkovat. Mým cílem tak bylo identifikovat, jakými cestami laici, disponující ve vztahu k expertnímu vědění nezanedbatelně omezenými možnostmi, skládají rozdílné typy argumentů v relativně bezrozporný celek, uspokojivý z různých, i na sobě nezávislých hledisek (zde uspořádaných kolem dvou hlavních – poznání a bytí). Na základě výpovědí respondentů jsem vyčlenil dva argumentační okruhy, z nichž první se vyznačuje primárně gnoseologickou orientací, zatímco druhý ji doplňuje o důraz na „ontologické bezpečí“ (Giddens 2010, s. 85). Současně jsem vymezil tři obecné atributy expertních systémů, ke kterým se tato reflexe vztahuje, a které mají relativně pevný věcný základ v jednotných, přísně logických pravidlech moderní vědy (přírodních zákonech, principu empirického ověřování apod.). Jde o transparentní, zájmovou neutralitu a formální racionalitu.

Do prvního argumentačního okruhu jsem zahrnul dva podokruhy. Prvním je reflexe odchylky reálného institucionálního výkonu expertního systému od jeho

teoretického ideálu, kterou chápu jako produkt odkouzlení světa (Weber 2009, s. 117; Adorno, Horkheimer 2009, s. 19) a obecného vědomí relativní arbitrárnosti metavyprávění o vědě (Lyotard 1993, s. 97). Souvisí s poznáním, že atributy expertních systémů nikdy nejsou dokonale naplněny a vždy v nějaké míře vystupují i jako symboly prestiže, legitimizující počínání expertů bez ohledu na naplnění své původní věcné podstaty (srv. Bourdieu 1998, s. 86). Na tyto úvahy logicky navazuje druhý podokruh, který nezpochybňuje pouze míru, v jaké jsou proklamované atributy expertních systémů naplňovány, ale táže se i po způsobu, jakým vcházejí v platnost. Zde jsem si vypůjčil koncept iracionality racionality od weberovské sociologie, která vykládá tento jev jako chronickou externalitu moderních formálně racionálních systémů (Ritzer 1996, s. 37-9). Nevyplývá z prostého nedodržování proklamovaných zásad, ale spíše z jejich nereflektovaného uplatňování a necitlivosti vůči konkrétním kontextům (srv. Beck 2004, s. 35).

Exaktnost a uniformita expertního vědění ale nejsou jen potenciálním zdrojem iracionality, svou lhostejností vůči idiosynkrasiím také významně oslabují zakotvení vědění v ontologickém bezpečí laiků. V případě mé zkoumané populace je tento deficit kompenzován příklonem k alternativním, holistickým výkladům světa, které programově apelují na intuitivní vhled do podstaty problémů a jejich řešení v souladu s přírodou i vlastní individualitou. Druhý argumentační okruh tak zahrnuje odmítnutí samotných ideálů kritizovaného vědění a osvojování ideálů odlišných. V analýze jsem ho nazýval principiální reflexí a spojoval s kritikou redukcionismu.

Uvedené okruhy a podokruhy bychom mohli vnímat také jako určité stupně, z nichž každý představuje logické rozvedení předcházejícího. V jednotlivých výpovědích respondentů se však všechny vyskytují současně a to relativně nezávisle na sobě. Ponor do alternativních výkladů světa tak např. nevylučuje zpochybňování vědecké rigoróznosti odborných studií, kdy se laici odvolávají na měřítko správnosti, která na jiných rovinách výkladu odmítají vůbec brát v úvahu. To prozrazuje jistý pragmatismus ve výběru argumentů – odkazy na zásady expertizy zajišťují širěji akceptovaný racionální základ celkového postoje, zatímco jejich odmítání mu dodává patřičnou ontologickou účinnost.

Výzkumné otázky:

Zamýšlím držet se obecných i konkrétnějších atributů expertního systému medicíny, jak byly popsány v předchozí analýze, a podrobit je rámcově následujícím otázkám:

- jaká jsou jejich různá pojetí?
- lze některé z nich považovat za univerzální?
- jakým způsobem se uplatňují?
- jakých podob nabývá jejich reflexe?

Tyto otázky budou zodpovídány zvláště pro jednotlivé institucionální oblasti – medicínský výzkum, klinickou praxi, popř. související oblasti širší vědecké veřejnosti. Zajímat mě bude jak jejich historický původ, tak současný přístup konkrétních odborníků. Preventivní očkování by mělo nadále sloužit jako příklad praxe, u níž se můžeme setkat s mnoha různými pohledy a přístupy, a na které lze demonstrovat i obecnější problémy vědecké teorie a praxe.

Metodologie:

Zatímco analýza, na kterou navazuji, vycházela z přístupu grounded theory (Strauss, Corbinová 1999) a jako taková i přes své obecnější zaměření primárně vycházela z kategorií identifikovaných ve výpovědích laických respondentů, předkládaná práce by měla rozšířit tuto specifickou perspektivu o maximum dalších úhlů pohledu. Čerpat budu mj. z rozličné sociologické literatury, epidemiologických studií či různých výpovědí expertů i laiků, které v ideálním případě zčásti sám pořídím ve formě rozhovorů.

Předběžný seznam literatury:

ADORNO, T.W. HORKHEIMER, Max. 2009. *Dialektika osvícenství*. Praha: Oikoymenh.

BAUMAN, Zygmunt. 2004. *Individualizovaná společnost*. Praha: Mladá fronta.

BAUMAN, Zygmunt. 2002. *Tekutá modernita*. Praha: Mladá fronta.

BECK, Ulrich. 2004. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství.

BERAN, Jiří. Havlík, Jiří. Vonka, Vladimír. 2005. *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galén.

- BERGER, Peter. LUCKMANN, Thomas. 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: CDK.
- BISHOP, Felicity L. YARDLEY, Lucy. LEWIS, George T. 2008. *Treat or Treatment: A Qualitative Study Analyzing Patients' Use of Complementary and Alternative Medicine*. Washington: American Journal of Public Health; Sep2008, Vol. 98 Issue 9, p1700-1705, 6p, 2 Charts.
- BOURDIEU, Pierre. 1999. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge and Kegan Paul.
- BOURDIEU, Pierre. 1998. *Teorie jednání*. Praha: Karolinum.
- COLLINS, Harry. PINCH, Trevor. 2005. *Dr. Golem: how to think about medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
- COULTER, Ian. WILLIS, Evan. 2007. *Explaining the growth of complementary and alternative medicine*. Queensland: Health Sociology Review; Oct2007, Vol. 16 Issue 3/4, p214-225, 12p.
- DÁŇOVÁ, Jana. 2007. *Kontraindikace očkování a použití alternativních vakcín u dětí v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, Lékařská Fakulta, 2.
- DURKHEIM, Émile. 2002. *Elementární formy náboženského života*. Praha: Oikoymenh.
- DURKHEIM, Émile. 1998. *Sociologie a filosofie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- ELIADE, Mircea. 2006. *Posvátné a profánní*. Praha: Oikoymenh.
- FAJKUS, Břetislav. 2005. *Filosofie a metodologie vědy, vývoj, současnost a perspektivy*. Praha: Academia.
- FOUCAULT, Michel. 2007. *Slova a věci*. Brno: Computer Press, a.s.
- FOUCAULT, Michel. 2000. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
- FOUCAULT, Michel. 2010. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
- GIDDENS, Anthony. 2010. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- HIRSCHKORN, Kristine A. 2006. *Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine*. Oxford:

Sociology of Health & Illness; Jul2006, Vol. 28 Issue 5, p533-557, 25p, 5 Diagrams, 2 Charts.

HOLLENBERG, Daniel. MUZZIN, Linda. 2010. *Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine*. Queensland: Health Sociology Review; Apr2010, Vol. 19 Issue 1, p34-56, 23p, 1 Diagram.

HUBÍK, Stanislav. 1999. *Sociologie věděni: základní koncepce a paradigmata*. Praha: Sociologické nakladatelství.

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.

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

KŘÍŽOVÁ, Eva a kol. 2004. *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum.

KUHN, Thomas S. 2008. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikoymenh.

LYOTARD, Jean-François. 1993. *O postmodernismu*. Praha: Filosofický ústav AV ČR.

MERTON, Robert K. 2007. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

PHILLIPS, Alan. 2001. *Dispelling Vaccination Myths: An Introduction to the Contradictions Between Medical Science and Immunization Policy* dostupné z <http://www.vaclib.org/docs/myths.htm> (naposledy aktualizováno v květnu 2001).

POPPER, Karl R. 2008. *Bída historicismu*. Praha: Oikoymenh

POPPER, Karl R. 1997. *Logika vědeckého zkoumání*. Praha: Oikoymenh.

RITZER, George. 1996. *Mcdonaldizace společnosti*. Praha: Academia.

REICH, Jennifer. 2009. *Vaccine-Resistance as Good Mothering: Parents' Strategic Choices about Compulsory Childhood Vaccinations*. Denver, Colorado: Conference Papers -- American Sociological Association; 2009 Annual Meeting, p1, 15p.

SIMMEL, Georg. 2008. *Peníze v moderní kultuře a jiné eseje*. Praha: Sociologické nakladatelství

WEBER, Max. 2009: *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: Oikoymenh.

WILLIAMSON, Stanley. 2007. *The Vaccination Controversy: the rise, reign and fall of compulsory vaccination for smallpox*. Liverpool: Liverpool University Press, 2007.

Obsah

ÚVOD

1. ODMÍTÁNÍ OČKOVÁNÍ JAKO STŘET DVOU DISKURSŮ.....	2
1.1 Očkování v odborném medicínském diskursu.....	3
1.2 Očkování a veřejnost.....	5
1.3 Argumenty proti očkování z pohledu odborníků.....	7
1.4 Argumenty proti očkování v diskursu kritiků očkování.....	8
1.4.1 Odborná kritika očkování.....	9
1.4.2 Institucionální kritika očkování.....	11
1.4.3 Kritika omezování individuální svobody.....	13
1.4.4 Obecné pojetí zdraví a nemoci.....	13
1.5 Situace v ČR.....	13
2. TEORETICKÁ A METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA.....	14
2.1 Použitá data.....	14
2.2 Metodologie.....	15
2.2.1 Prvotní analýza.....	15
2.2.2 Základní hladina shody.....	16
2.2.3 Standardizace výpovědí.....	19
3. ANALÝZA.....	21
3.1 Klasifikace substancí na základě odborné kritiky.....	21
3.2 Klasifikace substancí na základě institucionální kritiky.....	24
3.3 Klasifikace substancí a obecné pojetí zdraví a nemoci.....	25
3.3.1 Celostní a stratifikované pojetí vnějšího a vnitřního prostředí.....	25
3.3.2 Různé aplikace homeopatického principu.....	26
3.3.3 Individuální dimenze přirozenosti.....	29
ZÁVĚR.....	30
SUMMARY.....	30
POUŽITÁ LITERATURA.....	31

Úvod

Nesouhlas veřejnosti s prováděním povinného preventivního očkování proti infekčním chorobám má ve světě dlouhou tradici, na našem území ale až donedávna očkování nebylo výraznějším předmětem diskusí. V současnosti se postoj mnoha českých rodičů k očkování stává podstatně kritičtější. Čerpají přitom z bohatého rezervoáru argumentů, které byly již mnohokrát uplatněny v rámci úspěšných snah veřejnosti vydobýt zrušení zákonné povinnosti očkování či zákaz konkrétních vakcín. I u nás již dochází k prvním změnám spojeným s legislativním vymezením povinnosti očkování, odborníci jsou tak postaveni před otázkou, jak se tato tendence promítne do ochrany populace před infekčními chorobami. V některých zemích se daří v rámci přenesení zodpovědnosti za očkování na občany současně zachovat obecnou důvěru v jeho prospěšnost, v jiných je dobrovolnost zdrojem výrazných výkyvů v důvěře, vedoucích podle odborníků až ke zvýšení rizika šíření chorob.

V této práci argumentuji, že nedůvěra určitých skupin rodičů k odbornému medicínskému vědění je hluboce zakotvena v jejich světovém názoru, v rámci něhož se různé druhy argumentů uspořádávají v obecné pojetí zdraví a nemoci, charakteristicky protikladné obdobnému pojetí, které lze abstrahovat z odborného medicínskému diskursu. Na základě výsledků analýz již existujícího diskursu kritiků očkování i na základě vlastní analýzy rozhovorů s rodiči odmítajícími očkování svých dětí chci pak identifikovat podstatné rysy alternativního pojetí zdraví a dokázat jejich úzký vztah k primárně nesouvisejícím okruhům kritiky, jako je odborná kritika či kritika institucionálních nedostatků aplikace odborného vědění.

1. Odmítání očkování jako střet dvou diskursů

Cílem této práce není posuzovat výhody a nevýhody očkování z hlediska veřejného zdraví, ale pouze přiblížit podoby tohoto posuzování ve dvou rozdílných typech diskursu – odborném medicínském diskursu a diskursu specifické skupiny kritiků očkování. Diskursem míním „sociálně utvářenou komunikaci, která vede k produkování „textů““ (Holý 2001, 11) neboli symbolických obsahů různé formy (psané, mluvené, obrazové, pohybové aj.). V případě odborného medicínského diskursu se zaměřuji na psané texty, s nimiž se lze setkat v odborných publikacích, diskurs odpůrců očkování odvozuji jednak od rozličných psaných textů vyskytujících se na internetu, jednak od rozhovorů s jednotlivými rodiči.

Odborný medicínský diskurs nachází odraz v relativně ustáleném souboru vědeckých předpokladů a zjištění i v zavedené institucionální praxi, má tedy poměrně standardizovanou podobu. Tato standardizace se odráží mj. v jednoznačnosti kritérií pravdivosti, kterými vědecká medicína poměřuje vhodnost aplikace určitých substancí a jejich kombinací.

Jelikož se diskurs kritiků očkování v mnoha ohledech přímo vymezuje proti medicínskému, je do jisté míry jeho negativem a rovněž tedy vykazuje určitou homogenitu, přesto ale zůstává velmi rozptýlený a jeho rekonstrukce si žádá již podrobnější analýzu. Než k ní přistoupím, přiblížím v této části okolnosti, za kterých se oba diskursy střetávají, a nejdůležitější ohniska těchto střetů. Budu přitom vycházet z předpokladu, že ústředním smyslem odborného medicínského diskursu je ustavovat a legitimizovat vědění produkované odbornými institucemi vědecké medicíny (viz Berger a Luckmann 1999, 93-128) a lékařskou praxi, která z něj vychází, zatímco diskurs kritiků očkování je přes své opoziční ladění orientován především na vybudování subjektivně uspokojivého alternativního vědění, tvořeného jak principy existujících alterantivních lékařských praktik, tak obecným pojetím zdraví a nemoci.

1.1 Očkování v odborném medicínském diskursu

Historické i současné úspěchy preventivního očkování (vakcinace) proti infekčním chorobám, v čele s vymýcením pravých neštovic v roce 1980, se mezi odbornou lékařskou veřejností těší mimořádné úctě. Očkování je „největším úspěchem medicíny a péče o veřejné zdraví“ (Salmon et al. 2006, s. 436) či dokonce „(j)edním

z největších objevů lidstva“ (Beran, Havlík, Vonka 2005, s. xv), který umožnil předejít „více předčasným úmrtím, doživotním postižením a utrpení po celém světě než jakýkoli jiný lékařský objev.“ (André 2001, s. 2206). Každý rok se podaří zachránit odhadem 5 milionů lidských životů jen očkovaním proti přenosné dětské obrně, spalničkám a tetanu (Salmon et al. 2006, s. 436). Z tohoto hlediska je očkování někdy označováno za nejefektivnější a současně nejekonomičtější z moderních lékařských technologií (Plotkin, Mortimer, 1988).

Efektivita očkování je v nezanedbatelné míře dána už specifiky jeho účinku – jednak maximálně využívá obranných schopností samotného těla, jednak umožňuje chránit i osoby, které se mu přímo nepodrobí. První z těchto specifík vymezuje po staletí známý¹ „princip imunologické paměti“ (Beran, Havlík, Vonka 2005, 127), podle kterého je tělo schopno po styku s mikrobiálním původcem choroby (patogenem) vytvářet specifické protilátky, které napříště rozeznají jeho přítomnost a zajistí tělu ochranu před jeho působením. Očkování využívá oslabení či inaktivace patogenu (či jeho redukce na účinné komponenty), aby minimalizovalo riziko, že iniciální kontakt s ním bude provázet rozvinuté, manifestní onemocnění příslušnou chorobou. Druhé specifikum vychází z poznatků o šíření infekčních chorob v populaci. V současnosti existuje u každé z nich kvalifikovaný odhad procenta populace, které musí být chráněno očkovaním, aby schopnost původce choroby cirkulovat v populaci zůstávala na nízkých číslech. Je-li dosaženo určitého minimálního zastoupení očkovaných v populaci (proočkovanosti), můžeme mluvit o *kolektivní imunitě*, chránící před nákazou i jedince, kteří nebyli očkovaní (Beran, Havlík, Vonka 2005, s. 139).

Požadované procento očkovaných je často relativně vysoké, v případě černého kašle či spalniček je to více než 90 % (Beran, Havlík, Vonka 2005, s. 139). V každé populaci se ale nachází také významné procento jedinců, pro které z důvodu oslabené imunity není očkování bezpečné. Z hlediska počtu se jedná především o jedince staršího věku, jejichž imunitní systém má sníženou schopnost reagovat na nové podněty a jeho obranné reakce jsou celkově méně intenzivní (Beran, Havlík, Vonka 2005, s. 169). Optimálním řešením z hlediska veřejného zdraví se proto zdá být očkování maximálního množství jedinců, u nichž nebyla prokázána kontraindikace. Obvyklým způsobem, jak jej zajistit, je zavedení zákonné povinnosti nechat od raného věku

¹ Thukydídés si např. již v roce 430 př.n.l. ve svém popisu peloponéské války povšiml, že Athéňané, kteří přežili nákazu morem, již podruhé neonemocněli (Beran, Havlík, Vonka 2005, 127)

očkovat své potomky (popř. nechat sám sebe, je-li to nutné, v dospělosti přeočkovat). Tato povinnost se v průběhu 19. století stává součástí legislativy mnoha zemí – v USA v r. 1809, ve Švédsku v r. 1816 (Salmon et al. 2006), v Angli v r. 1853 či v Nizozemí v r. 1871 (Blume 2006, 628).

Očkování ale má i svá rizika – manifestní onemocnění se ne vždy podaří zcela potlačit, mohou se tedy vyskytnout různé nežádoucí účinky po podání vakcíny. V některých případech jsou důsledkem nedostatečného naplnění odborných či institucionálních standardů, např. nedodržení výrobních postupů². V odborném medicínském diskursu se mluví o *programových chybách* (Beran, Havlík, Vonka 2005, 191). Mohou ale být také nezbytným důsledkem designu vakcíny. Každý potenciální příjemce má jedinečnou tělesnou konstituci, přičemž zdaleka ne vždy jsou známa všechna její podstatná specifika. Jak výmluvně ilustrují příbalové informace léčiv, zamezení nežádoucích účinků v rámci individuální indikace nikdy není sázkou na jistotu, ale pouze maximalizací pravděpodobnosti, že nenastanou. Pokud v konkrétních případech nastanou, nemusí to být nutně známkou praktické falsifikace hypotézy o fungování léčiva a okamžitým popudem k jeho zavržení. Pokud stále převažují potenciální benefity, škody mohou být označeny za kolaterální a nezbytné.

Mezi vcelku běžné vedlejší účinky vakcín patří místní fyziologické reakce, jako jsou zarudnutí, otok nebo bolestivost v místě vpichu, které zpravidla vymizí do 48 hodin od aplikace, dále celkové fyziologické reakce, typicky horečka, bolest hlavy, svalů a kloubů či zažívací obtíže. Méně časté jsou vystupňované fyziologické reakce, jako jsou horečka nad 40°C, neztišitelný pláč dítěte a někdy také přechodné obrny nebo křeče (Beran, Havlík, Vonka 2005, 189). Mohou se vyskytnout také různé formy alergických reakcí. U všech vakcín např. existuje pravděpodobnost 1 : 50 000 – 1 000 000 anafylaktické reakce. V případě nezjištěné imunodeficiencie očkovaného může pak i oslabený původce choroby způsobit nákazu příslušnou chorobou, např. poliovirus onemocnění paralytickou formou dětské obrny (1 : 750 000 po první dávce vakcíny)(Beran, Havlík, Vonka 2005, 142).

² Klasickým příkladem je nedodržení výrobního postupu u některých dávek Salkovy vakcíny proti dětské obrně v 50. letech - místo usmrceného patogenu obsahovaly dosud živý virus, šest dětí tak bylo prokazatelně postiženou nervovou paralýzou, před kterou je vakcína měla chránit (Blume 2005, 163).

1.2 Očkování a veřejnost

Odborné úvahy o ochraně populace před infekčními chorobami a jejich uvádění do praxe od počátku narážely na individuální perspektivu svobodného občana a jeho odpor vůči potenciálně škodlivému zasahování státu do jeho záležitostí. Nadja Durbach (2000, 46) uvádí ve své analýze odmítání očkování ve viktoriánské Anglii dva výrazné okruhy této kritiky – kritiku ze strany liberálních reformátorů, odvolávající se na abstraktní principy individualismu a občanských práv, a kritiku ze strany dělnické třídy, ohrazující se konkrétněji proti snahám státu omezovat občany ve svobodném nakládání s jejich těly. V praxi nicméně oba motivy splývaly v jediný požadavek: odebrat vynucování očkování z kompetencí státu a učinit jej předmětem svobodné volby každého jedince.

Veřejná formulace kritiky očkování a s ní spojený nátlak na státní orgány brzy nabyly organizované podoby. V odborné literatuře se obvykle píše o hnutích proti očkování, *Anti-Vaccination Movements* (dále AVM)(Blume 2006), tedy uskupení občanů, která svým vlivem oslabují legitimitu institucí ručících za účinnost a bezpečnost očkování. Promítne-li se pak toto narušení legitimacy u dostatečně velké části veřejnosti do reálného odmítání očkování, mohou na tuto změnu reagovat také politické strany a podpořit změnu legislativy ve prospěch zrušení či omezení povinného očkování (Salmon et al. 2006). Již od konce 19. století docházelo v některých zemích k uzákonění výjimek z očkovacích programů s ohledem na zachování individuálních občanských svobod (zejm. pak svobody náboženství)(Blume 2006, 628-9). V mnoha zemích se pak očkování postupně stalo zcela dobrovolným – v současnosti je tomu tak, omezíme-li výčet na Evropu, ve třinácti zemích Evropské Unie, na Islandu a v Norsku (Haverkate et al. 2012).

I dobrovolný systém očkování je však dále limitován principiálním odmítáním legality poškození zdraví institucionalizovanou léčbou (Durbach 2000, Blume 2006). Není-li možné poškození přímo zabránit, je třeba alespoň minimalizovat jeho riziko do budoucna a rovněž kompenzovat poškozené. Pokud jde o možnosti kompenzace, v mnoha zemích existují programy zaručující rodičům postižených dětí finanční odškodnění ze strany státu či odborných institucí. Minimalizace budoucích rizik pak spočívá zejm. v nahrazování podezřelých vakcín novými, bezpečnějšími a účinnějšími

vakcínami³ a ve zpřísnění klinických testů těchto jejich atributů. To vše se vedle již uvedených vedlejších účinků vakcín často týká i těch nežádoucích účinků, které většina odborníků považuje za neprokázané. Tlak veřejnosti tedy reguluje praxi očkování ve větší míře, než by tomu bylo pouze na základě odborných a institucionálních standardů vědecké medicíny.

1.3 Argumenty proti očkování z pohledu odborníků

Nezbytným úkolem současné vakcinologie je udržovat důvěru populace v prospěšnost očkování. Klesne-li množství očkujících jedinců očkování na příliš nízké číslo, vzroste podle principu kolektivní imunity pravděpodobnost šíření choroby v populaci. K tomu dochází v posledních desetiletích pravidelně a to nejen v zemích s dobrovolnými očkovacími schémata. Existují studie, které dokazují přímou souvislost mezi vlivem AVM na růst odmítání očkování v populaci a zvýšenou incidencí infekčních chorob. Např. Gangarosa et al. (1998) došli k těmto závěrům na základě srovnání incidence černého kašle v zemích, kde byly očkovací programy trojvaksinové proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli (DPT) narušeny vlivem AVM, a v zemích, kde tomu tak nebylo.

Odborníci s oblibou označují trend ustupování od očkování za paradoxní důsledek celosvětového úspěchu očkování – některé infekční choroby jako např. přenosná dětská obrna či záškrť se staly ve vyspělých zemích natolik vzácnými, že pro většinu lidí již nepředstavují hmatatelné nebezpečí (André 2001, s. 2206). Zato je bedlivě sledován výskyt jakýchkoli nežádoucích účinků vakcín, který se zpravidla stává hlavním důvodem pro jejich odmítání.

I choroby, se kterými se běžně nesetkáváme, se ale mohou podle odborníků vzhledem k vysoké intenzitě migrace v globalizovaném světě začít znovu šířit, dojde-li k reintrodukcii původce choroby do nedostatečně chráněné populace (Beran, Havlík, Vonka 2005, 144), zatímco nežádoucí účinky vakcín jsou jednak v jisté míře nevyhnutelné, jednak často, jak jsem již uvedl, nedostatečně prokázané.

Odlišnost perspektiv odborníků a odpůrců očkování je v první řadě dána rozdílnými zdroji informací, z nichž obě skupiny aktérů vycházejí. Zatímco odborníci spoléhají na oficiální vědecké výklady, s nimiž se lze setkat v recenzovaných odborných

³ Typickým výstupem je nahrazení celobuněčných vakcín, obsahujících oslabené či inaktivované mikrobiální patogeny acelulárními vakcínami, jež obsahují pouze fragmenty biologického materiálu.

studiích a o které se opírá současná vakcinologická praxe, odpůrci očkování využívají vcelku neomezeně možnosti internetu. Kata (2010) uvádí, že 75–80 % uživatelů internetu na něm běžně vyhledává lékařské informace, z nich 70% přiznalo, že nalezené informace ovlivnily jejich rozhodnutí o léčbě. Velká část těchto informací se přitom rozchází s oficiálními doporučeními odborné veřejnosti či se přímo proti nim vymezuje. To je i případ očkování, na jehož kritiku je primárně zaměřeno množství internetových stránek (Anti-Vaccination Websites, dále AVW). Důvěryhodnost informací, které zprostředkovávají, je odborníky rutinně vyhodnocována jako nízká. Obsahové analýzy AVW (Bean 2011, Davies et al. 2002, Kata 2010) uvádějí jako pokulhávající kritéria důvěryhodnosti např. dohledatelnost zdrojů (podle Bean 2011 pouze 12% z 25 analyzovaných stránek), doložení autorství a možného konfliktu zájmů (tamtéž 16% a 36%), poskytnutí prostoru oběma stranám sporu (Bean 2011 32% z 25, Davies et al. 2002 33% ze 100) či správnost interpretace faktů (desinterpretace či nesprávné vyvození závěrů byly identifikovány u 16% AVW podle Bean 2011 a 88% AVW podle Kata 2010, ovšem pouze z 8 AVW celkově). Obvyklý (Bean 2011 76%, Davies 2002 99%) je také emocionální apel spojený s informacemi o rizicích poškození zdraví vakcínami (srov. také André 2001).

Zřejmě nejčastější konkrétní chybou, kterou odborníci identifikují v argumentaci odpůrců očkování, je záměna korelace mezi podáním vakcíny a výskytem nežádoucích účinků za kauzální vztah (paralogismus *post hoc ergo propter hoc*) (Wolfe et al. 2002). To je i případ hypotézy o souvislosti mezi aplikací trojvakcíny proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím (MMR) a onemocnění autismem u očkovaných dětí. Tato hypotéza je dodnes pro mnoho lidí holým faktem, v nedávné době dokonce italský soud v rámci sporu o odškodnění uznal souvislost mezi očkováním a rozvinutím autismu čtrnáctiměsíčního dítěte (Holt 2012). Neexistuje ovšem jediná epidemiologická studie, která by potvrdila významnost této souvislosti (Collins, Pinch 2005, s. 6, 24) a její autor, americký fyziolog Andrew Wakefield, byl dokonce obviněn z podvrhu (Godlee 2011). Na základě toho byl článek, ve kterém se jeho hypotéza objevila, dokonce stažen z online verze renomovaného periodika *The Lancet*, ve kterém původně vyšel, což výmluvně dokládá distanci odborné veřejnosti od jeho závěrů i argumentů, které se o ně opírají.

1.4 Argumenty proti očkování – reformulace

Vztah odborného medicínského diskursu k argumentům proti očkování je poznamenán profesním intelektualismem⁴ a relativní neochotou brát v úvahu sociální a individuální souvislosti odmítání očkování. Jeho výhradním zájmem je posuzovat, zda jsou argumenty odpůrců relevantní z jeho vlastního úzce odborného hlediska. A jelikož většina argumentů proti očkování toto kritérium nesplňuje, chápe mnoho autorů ovlivněných medicínským diskursem nedůvěru k očkování buď jako zcela iracionální nebo jako prostý důsledek špatné informovanosti, na níž podle nich nesou vinu zejm. informační aktivity AVM na internetu (André 2001, Salmon et al.). V této části práce se od tohoto přístupu distancuji a formuluji jednotlivé okruhy argumentů proti očkování, jak vystupují v diskursu jeho odpůrců.

1.4.1 Odborná kritika očkování

Abychom porozuměli způsobu, jakým odpůrci očkování pracují s odbornými argumenty, je třeba přesáhnout intelektualistickou perspektivu a vymezit odbornost spíše na základě jejich formálních znaků. Jako odborné argumenty budu proto v této práci označovat všechna tvrzení, jejichž pravdivost je dokazována korespondencí s empirickými daty nebo odkazem k principům etablovaných vědních disciplín, popř. k závěrům, které učinili jedinci vybavení osvědčeními o vlastní odbornosti, zpravidla akademickými tituly. Mezi tato tvrzení spadá vedle tvrzení opírajících se o závěry recenzovaných odborných studií či doporučení oficiálních medicínských institucí široká škála publikací o očkování, které mohou na základě uvedených formálních znaků laici považovat za neméně odborné. Z jejich pohledu může existovat více odborných výkladů jediného jevu, které se mohou mezi sebou zásadně lišit. Rizika přisuzovaná určitým substancím a praktikám proto logicky v mnoha případech neodpovídají rizikům, která by jim přisoudil odborný medicínský diskurs.

Specifickým přístupem, který již bere v úvahu *reálně pocíťovaná* (a nikoli jen odborníky uznaná) rizika očkování, je přístup z oblasti teorie her. Rozhodnutí o (ne)očkování je podle něj výsledkem systematické kalkulace nákladů a zisků a volby optimální varianty z hlediska jejich individuální bilance. Collins a Pinch (2005) v tomto

⁴ Intelektualismem zde míním postoj explicitně či implicitně předpokládající, že aktéři uvažují v pojmech a kategoriích, kterými analyticky vykládáme jejich jednání, viz Bourdieův výklad *scholastického paralogismu* (Bourdieu 1998, 154-160).

duchu interpretují rozhodování o (ne)očkovaní vlastního dítěte jako obdobu věžňova dilematu (Von Neumann, Morgenstern 1947). Jedinec, který je před něj postaven, musí volit mezi dvěma druhy rizik – rizikem onemocnění a rizikem výskytu nežádoucích účinků po očkovaní, přičemž riziko onemocnění je počítáno jako vyšší. Při vysoké proočkovanosti populace může ale jedinec těžit z kolektivní imunity, aniž by sám nechal své dítě očkovat, a vyhnout se tak veškerým rizikům (Collins, Pinch 2005, 181-2). Jelikož je však proočkovanost populace dána sumou rozhodnutí všech jedinců v ní, bude-li se příliš mnoho jedinců sobecky vyhýbat rizikům očkovaní, klesne pod kritickou hranici a kolektivní imunita přestane fungovat. Populace jako celek bude tedy z dlouhodobého hlediska na převaze sobeckého rozhodování trpět.

Tuto situaci ilustruje tabulka 1.4.1., popisující bilance zisků a ztrát jedince ve vztahu ke zbytku populace. Aby plně vynikly všechny možné dopady (ne)očkovaní, zařadil jsem do ní nejen riziko onemocnění vlastního dítěte (ochrana dítěte +3 nebo -3) a riziko výskytu nežádoucích účinků po očkovaní (ochrana před NÚ +1 nebo -1), ale také riziko onemocnění blízké osoby, která nemůže být očkována, např. vlastního prarodiče (ochrana prarodiče +2 nebo -2).

Tabulka 1.4.1

	Zbytek populace očkuje	Zbytek populace neočkuje
Jedinec očkuje	- ochrana dítěte: +3/+3 - ochrana před NÚ: -1/-1 <u>- ochrana prarodiče: +2/+2</u> - celkový zisk: +4/+4	- ochrana dítěte: +3/-3 - ochrana před NÚ: -1/+1 <u>- ochrana prarodiče: -2/-2</u> - celkový zisk: 0/-4
Jedinec neočkuje	- ochrana dítěte: +3/+3 - ochrana před NÚ: +1/-1 <u>- ochrana prarodiče: +2/+2</u> - celkový zisk: +6/+4	- ochrana dítěte: -3/-3 - ochrana před NÚ: +1/+1 <u>- ochrana prarodiče: -2/-2</u> - celkový zisk: -4/-4

- skóre je ve formě x/y , kde x je ziskem nebo ztrátou pro jedince a y ziskem nebo ztrátou pro zbytek populace

Na základě tohoto modelu lze odmítání očkovaní vykládat jako preferenci ochrany individuálního zdraví před ochranou veřejného, resp. kolektivního zdraví na

základě racionální, o odborné argumenty opřené kalkulace možných rizik. Tato kalkulace se v rámci utváření rozhodnutí o neočkování skutečně uplatňuje (viz např. závěry analýz Bonda et al. 2008 či Kennedy 2005) nikoli však výlučně, navíc není důvod předpokládat, že je vždy prováděna s ohledem na kolektivní zdraví populace. V modelu, který popisuje případ MMR (Collins, Pinch 2005), pak figuruje empiricky neopodstatněný předpoklad, že rodiče vyhodnocují riziko onemocnění jako vyšší než riziko nežádoucích účinků po podání vakcíny. Většinou je tomu právě naopak, což odpovídá také pozornosti, které oběma rizikům věnují AVW, informující o mnoha různých formách poškození vakcínami, o nemocech ale spíše jen v souvislosti s jejich ústupem (Bean 2011, 1876)

Ani odlišné bodové ohodnocení jednotlivých rizik by však nevyřešilo problém unifikace východisek rozhodování (tzn. tentýž zdroj dat a totéž rozložení rizik u všech jedinců), daný omezujícím požadavkem informační symetrie aktérů. Pro teorii her to nemusí být překážkou, vzhledem k tomu, že nepracuje nutně s vědomým rozhodováním ani s čímkoli, co lze hledat za jeho verbálními projevy. V případě odmítání očkování je ale užitečné věnovat naopak velkou pozornost individuálním procesům selekce a interpretace preferovaných odborných výkladů, jejichž stopy lze v podobě jednotlivých konstelací argumentů pozorovat v diskursu odpůrců očkování.

V této práci argumentuji, že vychází-li rodič-laik spíše z neoficiálních výkladů a na základě nich neočkuje, neznačí to nutně racionální egoistickou motivaci chránit vlastní dítě na úkor ostatních (kterou předpokládá model vězňova dilematu) ani nedostatečnou informovanost (kterou předpokládá odborný medicínský diskurs), ale především větší důvěrou, kterou chová v tento výklad ve srovnání s jinými, a jeho ochotu zapojit jej do celku svých argumentů.

1.4.2 Institucionální kritika očkování

Pokles důvěry veřejnosti v oficiální výklady lékařských praktik vědecké medicíny včetně výkladů očkování spojují někteří autoři (Kata 2010, André 2001) s relativistickým, postmoderním viděním světa, které podle nich staví na roveň vědeckým výkladům prakticky jakékoli alternativní výklady. Tento relativismus je však za prvé omezen existencí laické konceptualizace odbornosti, za druhé má kromě obecného přístupu k poznání původ také v praktických úvahách a konkrétních zkušenostech. Ty se týkají převážně fungování institucí zodpovědných za výrobu, distribuci a preskripci

vakcín, tj. farmaceutického průmyslu, různých výzkumných ústavů či praktických lékařů.

Pokud jde o konkrétní zkušenosti, ukázaly některé studie (např. Mechanic 1996), že nedůvěra v praktiky vědecké medicíny má přímou souvislost s negativním hodnocením kompetence, zodpovědnosti a zájmu na pacientově zdraví ze strany lékařů. Často reflektovaným znakem nedůvěryhodnosti je neochota oficiálně nahlašovat nežádoucí účinky léčby. Konkrétně s kritikou *podhlášenosti* nežádoucích účinků po podání vakcíny se lze běžně setkat na AVW (Bean 2011 36% z 25 AVW, Wolfe et al. 2002 95% z 22). Víra v obvyklost tohoto jevu může snadno vést k přesvědčení, že rizika nežádoucích účinků vyhodnocovaná odborníky na základě evidence jejich výskytu jsou nižší než skutečná rizika.

Dílčí institucionální nedostatky mohou být konceptualizovány jako odchylka od ideálu neutrálního, na pravdu orientovaného vědění, který existuje v myšlení kritizujícího a za kterým vždy v nějaké míře zaostává nedokonalá sféra praxe. Nesoulad ideálu a praxe je dán hromaděním individuálních odchylek, tj. jednáním jedinců, kteří s daným věděním zacházejí způsobem odchylným od individuální představy *lege artis* výkonu.

Další stupeň institucionální kritiky již původ tohoto nesouladu nespátřuje pouze v nedokonalosti praxe – odborné vědění podle něj přirozeně slouží funkcím a zájmům, které jen vzdáleně souvisejí s jeho teoretickou podstatou. Mannheim (1952) psal v této souvislosti o *extrateoretické funkci* vědění. Odhalení (*unmasking*) této funkce neznamená vyvrácení (*refuting*) teoretických základů vědění, pouze oslabuje jeho praktickou efektivitu, tj. schopnost udržovat povědomí o vlastní společenské důležitosti (Hacking 1999, 54).

Odhalení extrateoretické funkce je v případě očkování a obecně vědecké medicíny nejčastěji formulováno jako přesvědčení o preferenci *zištných zájmů* odborníků (a především farmaceutického průmyslu) před zdravím populace (z analýz AVW Bean 2011 52%, Davies 2002 62%). Role se zde v jistém smyslu obrací – nyní jsou to odborníci, kteří jsou obviňováni z egoismu na úkor veřejného blaha.

Je-li toto přesvědčení dostatečně generalizováno, může vést k představě, že jedinci nedělají nic jiného, než že oportunisticky využívají vědění k dosažení vlastních cílů, sloužících jejich *zištným zájmům*. Pokud pak usoudíme, že individuální zájmy jsou spolu často v konfliktu a výsledný stav je určitým kompromisem mezi nimi, lze hovořit o vcelku umírněné formě utilitarismu. Pokud si však představujeme, že se jednotlivé

zájmy skládají podle pevného plánu v jeden velký záměr, podléháme již *synoptickému klamu*⁵ a *konspiračnímu myšlení*⁶. Konspirační výklad skutečnosti popisuje Frič (2008, s. 3) jako

teori(i), jež určité události podává jako důsledek skrytých machinací skupiny osob, která má na jejich průběhu specifický zájem. Příznačné je, že vysvětlení, které konspirační teorie nabízí, je čistě voluntaristické, nepočítá s vlivem náhody, nezamýšlených důsledků ani jiných systémových či institucionálních faktorů. Daná událost je z pozic této teorie plně vysvětlitelná záměrnou, účelovou aktivitou konkrétní skupiny konspirátorů, kteří tajně sledují svůj zlovolný společný zájem.

Přesvědčení o existenci konspirace (podle Bean 2011 20% AVW) tak často znamená opuštění individualistické perspektivy ve prospěch představy kolektivního nepřátelského zájmu určitých sociálních skupin - lékařů, představitelů farmaceutických společností, ale také národních vlád⁷. Ten nabývá specifické kvality a stává se „kolosem“ kontrolujícím naše životy do té míry, že si může dovolit např. uměle vykonstruovat reálně neexistující hrozbu onemocnění (podle Bean 2011 44% AVW). Tato představa umožňuje snadněji překročit představu odchylek praxe od ideálu i odhalení extrateoretické funkce a považovat odborné vědění za jednoduše vyvrácené. To se však stále nemusí vztahovat na vědu jako celek - existence „neoficiálních“ odborníků (Kata 2010, 1710), na které obvinění z nekalých záměrů nepadají, umožňuje uchovat si nadále ideál kritického vědeckého poznání.

1.4.3 Kritika omezování individuální svobody

Třetí významný okruh argumentů jsem zmínil již v části 1.2. – jeho leitmotivy jsou nezcizitelnost individuální svobody volby ve věci očkování a odpovídající nepřípustnost legality poškození zdraví institucionalizovanou léčbou. *Kritika omezování individuální svobody* má přímou návaznost na odbornou a institucionální kritiku – nutnost individuálního výkladu problému, daná nemožností důvěřovat oficiálním výkladům, vylučuje jakékoli vnější donucení spojené s administrací očkování.

⁵ Synoptický klam definuje Hayek (1991, 18) jako „fikci, že všechna relevantní fakta jsou známa nějaké jediné mysli, a že je z této znalosti jednotlivostí možné konstruovat žádoucí společenský řád“.

⁶ K souvislosti intencionalismu a konspiračních teorií společnosti viz Popper 1994, 84-5.

⁷ Nikoli neobvyklý je názor, že národní vlády se podílejí na zatajování skutečných účinků vakcín, Bean 2011 uvádí 20% AVW, Davies 2002 dokonce 88%.

Přetrvávající význam občanskoprávní kritiky potvrzují analýzy rozhovorů s kritiky očkování (Bond et al., Kennedy) a opět i analýzy AVW (Bean 2011).

1.4.4 Obecné pojetí zdraví a nemoci

Všechny předchozí okruhy kritiky se specificky odrážejí v obecném pojetí zdraví a nemoci, které je vlastní kritikům očkování. O něm pojednávám detailněji v rámci analýzy primárních dat, významnými motivy jsou nicméně volání po návratu k přírodní léčbě a přírodnímu způsobu života (Kata 2010), minimalizace zbytečných zásahů do těla či personalizace léčby.

1.4 Očkování v ČR

Na našem území se praxe povinného očkování datuje od r. 1821, kdy se na základě císařského dokumentu začalo očkovat proti pravým neštovicím (Beran, Havlík, Vonka 2005, 193). V průběhu dvacátého století pak byla postupně zavedena očkovací povinnost u všech infekčních chorob, proti kterým se ve světě běžně očkuje. U většiny z nich platí povinnost dodnes, pouze očkování proti tuberkulóze bylo z povinného programu vyjmuta v r. 2010.

Pokud jde o institucionální postihy, očkováním dítěte je např. podmíněna docházka do předškolního zařízení, donedávna bylo možné také obdržet pokutu, přelomový rozsudek z r. 2009 ale zpochybnil legitimitu tohoto druhu sankce. V r. 2011 také Ústavní soud uznal právo na výjimku z očkování na základě víry rodičů.

Hájení práv rodičů odmítajících očkování a kritice současného systému preventivního očkování se v České republice dlouhodobě věnuje především Sdružení Rozalio o.s., fungující v první řadě jako informační platforma prostřednictvím svých internetových stránek. Dle vlastního vyjádření si klade za cíl poskytování věcných a vyvážených informací o očkování a podporu rodičů v tlaku na změnu právní úpravy očkování v ČR. Distancuje se od apriorního nesouhlasu s očkováním („Nejsme odpůrci očkování“), většina obsahu stránek je ale k jeho současné praxi kritická. Jde o různá odborná či (podle konceptualizace odbornosti medicínského diskursu) pseudo-odborná vyjádření, články přejeté z médií, ale také osobní zkušenosti rodičů s očkováním.

2. Teoretická a metodologická východiska

2.1 Použitá data

Odborný medicínský diskurs jsem vzhledem k relativně vysoké míře jeho standardizace rekonstruoval pouze zběžně. Jako korpus textů mi posloužilo několik odborných studií a článků a jedna vysokoškolská učebnice. Některé z nich mi částečně zprostředkovaly informace také o diskursu odpůrců očkování, zejm. kvantitativní obsahové analýzy AVW, ale také kvalitativní analýzy rozhovorů s odpůrci očkování.

Abych mohl zkoumat diskurs odpůrců očkování na primárních datech, využil jsem rozhovorů, které jsme s šestnácti kolegy pořídili v rámci předmětu Praktika z kvalitativního výzkumu. Použitý vzorek respondentů odmítajících povinné očkování v ČR čítal celkem osmnáct rodičů (jeden z rozhovorů byl s oběma rodiči dítěte). Setkání se všemi z nich zprostředkovalo Sdružení Rozalio o.s. Mezi tematické okruhy, které jsme se rozhodli zařadit do rozhovorů, patřily rozsah a důvody odmítání očkování, názory na jeho úpravu v zákoně, zdroje informací o očkování, reakce okolí na rozhodnutí neočkovat, pocíťované důsledky rozhodnutí včetně institucionálních sankcí, jeho souvislost se zdravím vlastního potomka, osobní zkušenosti s lékaři a názory na jejich profesionální působení i konvenční medicínu obecně, popř. na její alternativy.

Délka a průběh jednotlivých rozhovorů byly různé – méně výmluvní respondenti převážně nechávali iniciativu na tazatelích, jednotlivé okruhy tak zůstaly zřetelně oddělené, zato informačně chudé. Nejvýřečnější respondenti se na druhé straně sami, bez přímých stimulů dotkli většiny podstatných témat a často je vyčerpávajícím způsobem rozváděli. Většinu respondentů nicméně spojovala relativně velká ochota dělit se o vlastní zkušenosti a upřímný zájem přispět svými výpověďmi k osvětlení a případnému řešení problému. Výpovědi některých z nich ale byly jednak celkově informačně bohatší, jednak byly podobnější informacím, se kterými se lze setkat na internetových stránkách Sdružení Rozalio o.s. Šlo o společensky nejangažovanější respondenty, kteří se již během života aktivně podíleli na chodu či zakládání organizací zabývajících se informováním rodičů o různých medicínských problémech, mezi nimi i jedna ze zakladatelek Sdružení Rozalio o.s.. V nějaké míře ale představovalo toto sdružení zdroj informací a podpory pro všechny respondenty. Pokud jde o obecné charakteristiky respondentů, většina z nich byla ženského pohlaví a měla vysokoškolské

vzdělání. Více než polovina z nich žije v současnosti mimo Prahu a stále vychovává dítě s jeho druhým rodičem.

2.2. Metodologie

2.2.1 Prvotní analýza

Primární data jsem nejprve analyzoval v souladu se základními postupy *grounded theory* (Strauss, Corbinová 1999). Kategorie vzniklé na základě otevřeného kódování významných výpovědí či jejich částí jsem sloučil do obecnějších kategorií, odpovídajících okruhům kritiky očkování, které jsem vymezil v rámci obecného výkladu diskursu – odborné kritice, institucionální kritice a kritice omezování individuální svobody. Mezi těmito axiálními kódy (Strauss, Corbinová 1999) pak bylo možné najít další společné rysy, vyjádřené centrálními kategoriemi korespondujícími s jednotlivými dimenzemi výše vyloženého obecného pojetí zdraví a nemoci.

Podobnost mých analytických kategorií s kategoriemi popsány v rámci obecného výkladu má bohužel pouze věcný základ a nelze ji spolehlivě empiricky potvrdit, přinejmenším dokud nebude provedena kvalitativní či alespoň kvantitativní analýza internetových stránek Rozalio o.s., která prokáže jejich podobnost se zahraničními AVW.

2.2.2 Základní hladina shody

Centrální kategorie, ke kterým jsem dospěl v rámci prvotní analýzy, nicméně vykazovaly určitá specifika, která přesahovala obecný výklad argumentů proti očkování, na který jsem je věcně navázal. Tato specifika ale zároveň prozrazovala úzké vztahy ke standardizovanému medicínském diskursu. Na základě redukce těchto vztahů na jednoduché opozice jsem dospěl k základním principům, podle nichž jsem zkonstruoval dva typy *elementární klasifikace substancí*, představující dvě různé aplikace (resp. kombinace vztahů) základních principů, o nichž předpokládám, že jsou smýšlení obou hlavních skupin aktérů (a diskursů, ke kterým se hlásí) společné. Tyto principy lze umístit na pomyslnou úroveň konsensu, kterou nazývám *základní hladinou shody*, a to pokud není v současné době mezi aktéry vážnějšího sporu o jejich smysluplnosti, resp. *potenciální uplatnitelnosti* – tzn. že platnost principu nemusí být

uznávána ve všech jednotlivých případech, každý ji ale uznává alespoň v některých případech⁸.

Za výchozí bod konstrukce základní hladiny shody mi slouží vztah, který jedinci kladou mezi *vnitřní* a *vnější prostředí*. Ten nelze zcela ztotožnit se vztahem mezi tím, co ještě patří k fyzickému tělu a co se již nachází mimo něj. Dennett (1996) upozorňuje, že ani z hlediska lidské kognice nemají fyzické bariéry až takový praktický význam:

Obyvatelé ‚vnitřního prostředí‘ se vyznačují ani ne tak tím, na které straně kůže se nacházejí... .. jako tím, že jsou přenosní a v důsledku toho do velké míry všudypřítomní, tudíž relativně ovladatelnější a *známější*.“ (Dennett 1996, 131, kurzíva K.H.)

Vyjdou-li z tohoto postřehu, mohu chápat vnitřní prostředí jedince jako vše, co je pro něj důvěrně známé a s čím může relativně snadno disponovat, zkrátka vše, co s jistou symbolickou účinností pokládá za *vlastní*. Do vnějšího prostředí pak spadá vše, co si ponechává podstatnou autonomii a pokusům jedince o manipulaci klade relativně větší odpor, tedy vše, co se mu jeví (v nehodnotícím slova smyslu) jako spíše *cizorodé*. Pod to lze zahrnout mnoho různých substancí, z nichž se budu nadále zabývat pouze těmi, jejichž interakce s vnitřním prostředím může mít potenciálně kladný i záporný efekt. Nazývat je budu prostě *účinnými substancemi*.

Tyto účinné cizorodé substance dále rozdělím na *primárně léčivé* a *primárně patogenní* a to podle principu jejich účinku na vnitřní prostředí jedince. Mé rozlišení volně vychází ze dvou léčebných zásad – *contraria contrariis currentur* (opačné léčí opačné) a *similia similibus currentur* (podobné léčí podobné). Podle první z nich se používají léky, které mají opačné, resp. odlišné účinky než ty způsobené nemocí, druhá z nich prosazuje aplikaci těch, které mají účinky podobné. V 19. století začali na tomto základě proponenti alternativních směrů medicíny rozlišovat léčbu *allopatickou*, kterou odsuzovali, a *homeopatickou*, kterou prosazovali jako alternativu (Whorton 2006, 4). V rámci mého modelu značí *allopatický princip* léčbu namířenou substanciálně či principiálně proti patogennímu účinku, zatímco léčba založená na *homeopatickém principu* usiluje zamezit škodlivému účinku alternativní (ale někdy také přímou) formou introdukce patogenního.

⁸ Exaktní formulace by zněla např. takto: $\mathbf{P} \in \text{ZKS}$ když $\forall x : (\exists y : p(\mathbf{P}) = 1)$, kde \mathbf{P} = pravidlo, ZKS = základní hladina shody, $\forall x$ = zkoumaná populace, $\exists y$ = alespoň jeden případ, $p(\mathbf{P})$ = pravdivost, resp. uplatnitelnost pravidla.

Obě výše uvedená rozlišení lze umístit do tabulky, kde v každém kvadrantu nalezneme jednu kombinaci hodnot, reprezentující dvojici vztahů, okolo nichž může být stavěno pojetí zdraví, nemoci a léčby. Kombinace v prvním kvadrantu tak např. vyjadřuje, že jedinec uznává, že cizorodé prvky vnějšího prostředí mohou být prospěšné pro vnitřní prostředí a že opačné může léčit opačné.

Tabulka 2.2.1.

	Vnitřní-vnější +	Vnitřní-vnější -
Allopatický princip	1 (+)	2 (+)
Homeopatický princip	4 (+)	3 (+)

Tato tabulka, jak je vidno, nevyjadřuje žádnou diferenci, pouze upřesňuje a formalizuje, co *alespoň někdy* uznávají obě skupiny aktérů. Na základní hladinu shody lze tak vynést dva, resp. tři *principy dvojznačnosti*:

První princip (kvadranty 1 a 2) říká, že to, co pochází z vnějšího prostředí a je svým účinkem namířeno proti patogennímu účinku, může být pro vnitřní prostředí prospěšné i škodlivé. Pro zjednodušení jej nazývám *princip dvojznačnosti léku*⁹. Jako skutečný truismus vyniká v případech, kdy se dávkování a způsob aplikace výrazně liší od normy (např. předávkování léky či vnitřní užívání přípravků, které jsou určeny k nanášení na kůži). Méně intuitivní je *princip dvojznačnosti patogenního* (kvadranty 3 a 4), který říká totéž o látkách obvykle považovaných za patogenní či toxické. Zvláštním případem tohoto principu je *princip dvojznačnosti nemoci*, kde je na místě patogenního mikrobiální původce choroby.

Z výše uvedeného vyplývá mj., že očkování je principiálně homeopatickou metodou. Takový závěr je logický v intencích mého analytického modelu, s ohledem na historické konotace pojmu je ale problematický. Homeopatie obvykle označuje specifický druh léčby, který vznikl v 19. století a vedle principu léčby podobného podobným vychází z některých dalších zásad, jako jsou princip infinitezimálního zředění účinné substance či princip dynamizace substance protřepáváním jejího roztoku

(Heřt 2010, 57-8). Dnes představuje rozvinutý a často ze státního rozpočtu financovaný medicínský průmysl.

Distanci mezi obecným a konvenčním významem výmluvně dokládá názorová výměna mezi matematikem a filosofem Petrem Vopěnkou a imunologem Václavem Hořejším. Zatímco Vopěnka se přidržel obecného významu, když označil ve svém článku Pasteurovo očkování proti vzteklině za „čin z obecného hlediska homeopatický“ (Vopěnka 2004/10, 589-593) Hořejší na základě asociace s homeopatickou praxí odsoudil tento Vopěnkův výrok jako hrubě demagogický. K tomu dodal, že „(p)ři dnešním stavu poznání je vůbec jakékoli dělení léčebných metod na ‚alopatické‘ a ‚homeopatické‘ zcela nesmyslné“ (Hořejší 2004/11, 606). Z pohledu vědecké medicíny skutečně nemají tak vágní kategorie jako „podobné“ a „opačné“ velký smysl, z pohledu mé vlastní analýzy ale představuje zvláště homeopatický princip užitečný způsob, jak uchopit podobnost i odlišnost obou zkoumaných pojetí zdraví a nemoci.

2.2.3. Standardizace výpovědí

Formulace principů dvojznačnosti má dvojí původ – na jedné straně je výsledkem jednoduché logické úvahy a současného předpokladu, že jsou jí všichni aktéři schopni a v nějaké míře ji uplatňují, na druhé straně přímo vychází z výpovědí respondentů. Těmto výpovědím ovšem schází míra standardizace typická pro odborný medicínský diskurs, je tedy třeba obhájit míru standardizace, kterou jim přisuzují v rámci analýzy. K tomu využívám několika teoretických argumentů týkajících se nativní epistemologie respondentů a obecné teorie jednání.

Mým základním východiskem je předpoklad, že cílem jednotlivých argumentů proti očkování je obecně spíše *podržení pravdy* (Schopenhauer 1994, 11) v promluvě než důkaz pravdivosti. Jakákoli korespondenční teorie pravdy zde postrádá smysl – lidé nejenže nemusí *vědět*, zda mají pravdu, pokud ji *pro sebe* podrželi (jsou tedy ochotni ji za určitých okolností, např. v rozhovoru s tazatelem hájit a prezentovat jako součást vlastního světónázoru), nemusí ani vědět, *kde* se jejich pravda vzala, např. *kdy* má původ v logicky uspořádaném systému empiricky konsolidovaného vědění a *kdy* je výsledkem jeho nepochopení, desinterpretace či účelového zneužití, popř. je argumentem zcela jiného druhu.

⁹ V angličtině skýtá užití tohoto pojmu přirozenou výhodu, vzhledem k tomu, že výraz pro lék (*drug*) značí v běžném jazyce jak lék, tak i jed či drogu.

Kritérium pravdivosti, kterého se drží konkrétní výpovědi, tedy nutně neodpovídá kritériu, které bychom očekávali na základě jejich manifestních znaků. Výpovědi nečerpají vlastní váhu pouze z explicitního obsahu a příslušnosti k určitému okruhu argumentů, ale také z celkového *praktického smyslu* (Bourdieu 1998, 32), který je odpovědí na specifickou situaci jedince. Představují tak vždy pouze aktuální reprezentaci daného jevu, přičemž nelze vyloučit, že v jiných výpovědích a v jiných situacích k němu budou odkazovat jiným způsobem – jsou nejen partikulárními výklady skutečnosti, ale také performativními akty, stvrzujícími určité mimojazykové, situační okolnosti¹⁰.

V rámci komplexní situace, jakou je nutnost rozhodnutí o (ne)očkování vlastního potomka, je nestálost reprezentativnosti výpovědí poněkud omezena *nákladností, osobní důležitostí a nezvratností* rozhodnutí o neočkování. Nároky na zhodnocení problému očkování v celé jeho šíři zdaleka neodpovídají možnostem rodičů-laiků, jež jsou omezeny absencí odborné kvalifikace, hluboce osobní angažovaností a relativně krátkým časovým úsekem, na kterém musí dospět k definitivnímu rozhodnutí o (ne)očkování. To je nepochybně správným postřehem intelektualistů. Pravda, kterou musí rodič podržet, aby stvrdil platnost vlastního rozhodnutí, musí být ale přes všechny nevýhody výchozí situace maximálně konzistentní a přesvědčivá a to z hlediska intelektuálního i emocionálního. Akt rozhodnutí je výsledkem rozličných *symbolických manipulací*, kdy jsou určité symbolické obsahy „zpochybňovány, verbálně interpretovány a mnohými dalšími způsoby *zřetelně* spojovány s hodnotami, představami a ideály, které zastupují“ (Holý, 2001, 15, kurzíva K.H.). Jindy rozptýlený diskurs zde lze sledovat ve zhuštěné (ač specificky transformované) podobě, odrážející diskrétní sázku¹¹ na určitý výklad světa, v jehož prospěch se hroutí pravděpodobnostní rozdělení eventualit¹². Názory na určité oblasti života, které mohou být za jiných okolností mnohem rozptýlenější a méně vyhraněné, tak nabývají v rámci rozhodnutí o neočkování jednoznačnějších kontur.

Ke konzistenci praktického smyslu, který odpovídá situaci nutnosti rozhodnutí o zdraví dítěte, přispívá i fakt, že není spojeno s jediným časovým úsekem. Pokud jde o

¹⁰ K tomuto pojetí performativity viz Austin 2000, 21-8.

¹¹ Srv. Kabeleho (2008, 94) pojetí heuristických voleb jako nezvratných sázek na nadějně scénáře.

¹² Další metaforu, inspirovanou vlnově-částicovým dualismem kvantové mechaniky, nabízí Fay, který popisuje osobnost jako „pole pravděpodobnosti, které ohraničuje sféru možných reakcí a které se ‘zhroutlí’ v samostatný, nespojitý pocit a jednání pouze z popudu okolností“ (Fay 2002, 52)

využitelné poznatky či způsoby argumentace, legitimizace rozhodnutí se může utvářet dlouho předtím, než se rozhodnutí objeví v životě jedince, a především pokračovat i po něm v procesu posteriorního líčení dění, který retrospektivně ukazuje aktérům jejich minulé jednání a současně prospektivně vymezuje jeho další manévrovací prostor (Kabele 2008, 94).

Zůstává problém ořezání variability individuálních situací a celků výpovědí (postojů) jednotlivých respondentů, který však považuji za méně závažný a to především ze tří důvodů. Za prvé jsou pro mě společné rysy situace respondentů (tedy zejm. nákladnost, osobní důležitost a nezvratnost rozhodnutí o neočkování) a společné znaky jejich výpovědí (odborná, institucionální a občanskoprávní kritika a fundamentální představy o léčbě) z hlediska zvoleného tématu jednoduše signifikantnější než specifika individuálních situací a postojů. Za druhé je analyzovaný vzorek příliš malý, než aby bylo možné činit o něm obecné závěry jako o agregátu jedinců. Za třetí přisuzuji samotné kategorii autora výpovědi z hlediska validity závěrů spíše okrajový význam. Tam, kde je daná výpověď ojedinělá či naopak velmi častá, to výslovně uvádím, převážně se ale soustředím na teoretickou nasycenost celku výpovědí.

3. Analýza

Jelikož s sebou rozhodnutí o očkování nese zhuštění rozptýlených eventualit diskursu do sázky na jednoznačnější verzi skutečnosti, korespondence jednotlivých výpovědí rodičů s principy uznanými na základní hladině shody nikdy nebude úplná – principy dvojznačnosti nejsou v případě některých substancí a v rámci některých výpovědí uznávány. Cílem následující analýzy je sledovat, v čem konkrétně spočívá nepoměr mezi uznáním obecného principu a partikulárním (zdůvodněným, ale také performativním) podržením pravdy v promluvě a na základě jakých kritérií je princip (explicitně či implicitně) vylučován z pole eventualit, reformulován či specifikován. Na základě toho bych měl získat představu o *elementární klasifikaci účinných substancí* a kritériích, na základě nichž vzniká.

3.1 Klasifikace substancí na základě odborné kritiky

Nejprve rozdělím jednotlivé účinné substance podle principu jejich fungování (allopatického nebo homeopatického) a podle jejich přípustnosti pro respondenty. Zahrnuty jsou ty substance, jejichž prospěšnost alespoň jeden z rodičů explicitně

připustil či naopak odmítl (viz tabulka 4.4.1). S ohledem na strukturu výkladu zde některé ze zahrnutých substancí záměrně neuvádím, kompletní výčet lze najít v části 4.7.

Tabulka 3.1.: Přípustnost jednotlivých substancí pro odmítající rodiče

Laické pole	Vnitřní-vnější +	Vnitřní-vnější -
Allopatický princip	- antibiotika - analgetika - další nespecifikované léky	- léky obecně
Homeopatický princip	- vakcína proti tetanu - vakcína proti přenosné dětské obrně	- tetanus - přenosná dětská obrna - všechny vakcíny

Většina respondentů v nějaké míře přiznává odborné medicínské léčbě její místo. Mají uznání zejm. pro obory specifické svým výrazně mechanickým a pouze okrajově chemickým principem léčby, tj. pro chirurgii, stomatologii, akutní úrazovou léčbu apod. Pokud jde o potenciálně prospěšné substance, několik respondentů připustilo občasné užívání syntetických léků, např. antibiotik v případě infekčního onemocnění nebo analgetik v případě bolesti hlavy. U naprosté většiny se ale setkáme s explicitní snahou o minimalizaci tohoto druhu léčby.

Ani očkování není vždy z principu považováno za nepotřebné či nesmyslné. Jeho historický přínos považují někteří respondenti za nesporný nebo alespoň pravděpodobný. Na druhé straně se lze setkat i s revizionistickými názory na příčiny historického úbytku infekčních nemocí, připomínajícími vlivnou hypotézu Thomase McKeowna (1976)¹³. Ta není explicitně zmiňována, někteří respondenti ale v této souvislosti uvádí knihu G. Buchwalda *Očkování – obchod se strachem* (2003), která na McKeowna skutečně odkazuje, lze tedy i v tomto případě potvrdit přetrvávající vliv jeho díla.

¹³ McKeown zpochybnil historický přínos očkování a na příkladu Anglie a Walesu v 19. století dokazoval, že dramatické zlepšení zdravotního populace, včetně snížení incidence infekčních chorob, bylo způsobeno převážně zlepšením výživy, hygieny a životního stylu (McKeown 1976). Tuto hypotézu se později pokoušel ověřit také na případech soudobých populací rozvojových zemí (McKeown 1979)

Hodnocení současné situace už je všeobecně přísnější. Někteří rodiče uvažují o očkování proti tetanu, kde se jim možnost nákazy s ohledem na zvláštní povahu nákazy¹⁴ zdá být nejpravděpodobnější. Jeden z rodičů vypověděl, že za nebezpečné považuje rovněž onemocnění přenosnou dětskou obrnou a že očkování proti ní považuje za užitečné. U většiny chorob, proti kterým se v současnosti očkuje, jsou ale rizika nakažení a následných vážných následků všeobecně pokládána za minimální (několikrát zazněl argument, že se „očkuje proti nemocem, které se u nás nevyskytují“) nebo alespoň nižší než rizika výskytu nežádoucích účinků po podání vakcín. Následky onemocnění jsou zpravidla pokládány za únosné („Já jsem četla knížky od doktorů, který jako říkají, že prostě, to jsem vůbec nevěděla, obrna v devadesátiosmi procentech proběhne jako chřipka.“), zatímco podání vakcíny je spojováno s vážnými, často doživotními následky. Toto riziko je o to vyšší, že vakcíny obsahují vedle imunogenní složky další přídatné látky, zejm. tzv. adjuvancia, která mohou mít podle některých autorů rakovinotvorný či encefalopatický účinek. Informace o nežádoucích účincích vakcín byly především zprostředkované, pouze dva z rodičů měli během života zkušenost s negativní reakcí vlastních dětí na očkování.

Vedle rizik očkování je kritizována také nedostatečnost jejich účinku. Několik rodičů poukázalo na to, že sami odborníci připouštějí, že ochrana, kterou poskytují vakcíny, je časově omezená, přitom se v dospělosti přeočkovává (tedy obnovuje ochrana) pouze u několika chorob. S ohledem na to poukazují na nemožnost fungování kolektivní imunity populace a poukazují na případy domněle proočkovaných populace, v nichž propukly epidemie. Radikálnější variantou je zpochybnění vůbec nějakého účinku vakcín. Jak např. uvádí jedna respondentka, „není jasný, že pokud má (dítě) vysokou hladinu (protilátek), že se bude dobře bránit“.

Tuto kritiku často provází poukaz na nedostatečnost současných odborných poznatků. „Neví se“ dost o fungování imunitního systému či o skutečnému rozsahu nežádoucích účinků vakcín. Respondentka, která vystudovala statistiku, dala najevo hlubokou skepsi k celé současné praxi hypoteticko-deduktivních postupů ve vědeckém výzkumu – data jsou podle ní ex post přizpůsobována hypotézám tak, aby nebylo možné je nepotvrdit. Vyjádřila také pochybnosti o kompetenci lékařů s daty pracovat či o reprezentativitě vzorků, na kterých jsou studie o vakcínách prováděny. Není v nich podle ní zastoupena podstatná část dětí s komplikacemi po očkování – jejich rodiče

¹⁴ Původce nákazy, *Clostridium tetani*, se běžně vyskytuje ve stolici zvířat i člověka a odtud se dostává i

komplikace buď vakcíně vůbec nepřisoudily, nebo je lékař nenahlásil, rizika jsou tak vzhledem k jejich *podhlášenosti* vyhodnocována jako falešně nízká.

Lze vidět, že v uvedených argumentech se uplatňuje racionální kalkulace, kterou předpokládá např. model vězňova dilematu – vyhodnocení škodlivosti substance je spojeno s vyhodnocením nejnižší pravděpodobnosti poškození. Preference neoficiálních, k očkování kritických odborných výkladů ale vedle mnoha partikulárních znaků škodlivosti substancí prozrazuje také dva velmi obecné znaky, odkazující k jejich původu. První z nich vymezuje jako škodlivé ty substance, které vznikly nespontánní chemickou syntézou jiných látek, druhý odkazuje k jejich původu v laboratořích oficiálních vědeckých institucí.

3.2 Klasifikace substancí na základě institucionální kritiky

Nastíněná nedokonalost expertízy, kterou reflektují respondenti, je na jedné straně implicitně tolerována přijetím rozhodování o (ne)očkování jako hry s nenulovým součtem, vyžadující volbu „nejmenšího zla“, na druhé straně slouží jako doklad falešného nároku na vševědoucnost, který podle respondentů vznáší věda. Odhalení pravé tváře vědy je významným motivem u naprosté většiny respondentů. Zpravidla má vztah k osobním historiím jejich vztahu k očkování, který se od bezvýhradné důvěry v očkování a celou vědeckou medicínu posunul k silně kritickému pohledu. Někdejší nevědomost je spojována s vlastním pasivním postojem a nekritickým delegováním zodpovědnosti za vlastní zdraví na odborníky. S tímto postojem se dodnes setkávají u rodičů, kteří jsou „líní“ sami se zajímat o výhody a rizika léčby, ale také u lékařů, kteří mají podle zkušeností respondentů nezdědka jen mlhavou představu o tom, co sami předepisují a doporučují. Do kontrastu s nechtí zajímat se o zdraví svých dětí, resp. pacientů, je stavěn vlastní aktivní, poučený přístup, spočívající v samostatném „uchopování věcí“ a přemýšlení „za“ to, co se na první pohled zdá být nesporné. Prosazování tohoto přístupu je typicky spojováno s nutností zrušit povinnost očkování.

Nekritické přijímání očkování je tedy podle respondentů do velké míry dáno individuálním nezájmem rodičů či lékařů, nemenší díl viny ale přikládají současnému institucionálnímu uspořádání vědecké medicíny a způsobu léčby, který reprezentuje. Tento negativní vliv dalece přesahuje již zmíněné individuální nekompetence lékařů, které lze vykládat jako odchylku praxe od ideálu odborného vědění. Např. automatická preskripce léků bez zvážení všech možných následků podle mnoha respondentů není

pouze výsledkem neznalosti nebo pohodlnosti lékaře, ale systémovým nedostatkem, na němž se podílí mnoho faktorů.

Lékaři často nemají čas zabývat se podrobně individuální situací pacienta. Jak uvádí respondentka, „v ordinaci není čas na to, aby se vedla diskuze“. I tehdy, kdy čas je, pak často schází chuť – lékaři nejsou ochotní podávat pacientům detailní informace o léčbě a chápat je jako rovnocenné partnery v diskusi. Když jsou konfrontováni s argumentem, který neodpovídá jejich individuální expertize, dogmaticky jej předem vylučují z diskuse. Tyto rysy jsou příznačné pro *paternalistický* přístup k léčbě, jenž přílišnou informovanost pacientů, kteří bez patřičné kvalifikace nedokáží sami posoudit vhodnost léčby, považuje spíše za překážku jejímu zdárnému průběhu (Křížová 2006, 33). Jako další problém je spatřována nízká dostupnost informací pro samotné lékaře – farmaceutické společnosti si podle respondentů uchovávají výrobní tajemství svých produktů, lékaři tak nakonec zodpovědně informovat pacienty ani nemohou. Všechny tyto argumenty se nějakým způsobem dotýkají problému *netransparence* vědecké medicíny, který je pro české zdravotnictví zvláště příznačný. Jednoznačně globální dosah má oproti tomu kritika zjištěných zájmů, vztahovaná zpravidla na neurčitě definovaný celek farmaceutického průmyslu. Odhalení, že výroba a distribuce vakcín je „komerční záležitost“ vrhá stín na platnost závěrů odborných studií i důvěryhodnost odborných doporučení.

Nedůvěra k oficiálním institucím vědecké medicíny má dalekosáhlý dopad na hodnocení léčivých substancí, které tyto instituce vyrábí a distribuují. Zjištěný zájem na jejich výrobě, nejistota ohledně jejich složení a nedostatečné podchycení individuálních indikací, to vše utvrzuje respondenty v přesvědčení o nepřípustnosti jejich aplikace.

3.3 Klasifikace substancí a obecné pojetí zdraví a nemoci

Odborná a institucionální kritika vědecké medicíny tvoří relativně konzistentní celek, který by snad sám o sobě mohl sloužit jako dostatečný důvod pro odmítání vakcín i mnoha dalších léčiv. U naprosté většiny respondentů je ale odmítnutí nežádoucí léčby a příslušných substancí významně propojeno s neméně přesvědčivou představou o tom, co je prospěšné. Než přikročím k podrobnějšímu výkladu této představy, připomenu kritéria prospěšnosti substancí, která vyplynula z dosavadní analýzy. Jsou převážně negativní a lze je shrnout následovně: prospěšné jsou substance přírodního,

nesyntetického původu, nevyráběné a nedistribuované farmaceutickým průmyslem a nevnučené státem a odbornými institucemi jako povinné.

Tato kritéria mají mnoho společného - jejich pozitivní obsah je vyjádřen a rozvinut v mnohazměrném kritériu *přirozenosti*, reprezentující klíčové fundamentální představy respondentů o zdraví a nemoci. Ty nás zavádějí zpět k základnímu rozvržení analytického prostoru a nutí nás blíže prozkoumat jeho základní stavební kameny – rozdělení na vnitřní a vnější prostředí a dvojici principů léčby, allopatický a homeopatický.

3.3.1. Celostní a stratifikované pojetí vnitřního a vnějšího prostředí

Celostní pojetí vnitřního a vnějšího prostředí ve vztahu ke zdraví a nemoci zahrnuje vedle fyzikálních parametrů hmoty a jejího chemického a biologického složení také další, kvantitativně neměřitelné atributy. Ty se vztahují k esoterickým konceptualizacím zejm. pojmů energie¹⁵ a informace, různým spirituálním silám (zpravidla neosobním, jako je příroda či vesmír), ale také ke každodennímu životu jedinců, jejich osobním vztahům a rozličným institucionálním kontextům, zejm. kontextu profesionalizované medicínské praxe a farmaceutického průmyslu. Všechny tyto sféry existence se navzájem ovlivňují a činí tak interakce vnitřního a vnějšího prostředí komplexními a nevyzpytatelnými. Rovnováha, ve které se nacházejí, je tudíž velmi křehká a může být výrazně narušena sebemenším vychýlením téměř jakéhokoli původu. Lze ji udržovat především životem v souladu s přirozeností, který spočívá vedle mnoha individuálních zásad správného života hlavně ve vyhýbání se všem (dle výše uvedených kritérií) škodlivým cizorodým substancím. Vzhledem k množství substancí, které pod ně spadá, lze tuto zásadu formulovat také jako minimalizaci veškerých zásahů do vnitřního prostředí. Daří-li se žít podle těchto pravidel, hranice mezi vnitřním a vnějším prostředím se může do velké míry setřít. Cizorodé se staví bok po boku vlastnímu a společně koexistují v rámci téhož kosmického řádu.

S celostním pojetím vnitřního a vnějšího prostředí kontrastuje pojetí *stratifikované*. Fyzikální síly, chemické látky a biologické entity zde zůstávají jasně odděleny od psychických jevů, institucionálních kontextů či spirituálních sil¹⁶. Překročení těchto hranic je uznáváno pouze v konkrétních prokazatelných případech, jako je psychosomatický účinek stresu či deprese, i tehdy však mohou být psychické jevy

¹⁵ Energii v širokém slova smyslu, nekonvenujícím s konvenčním chápáním tohoto pojmu ve fyzice.

¹⁶ Stratifikované pojetí nevyklučuje např. náboženskou víru.

nakonec redukovány na biologické pochody v těle. Rovněž hranice mezi vnitřním a vnějším prostředím (skutečně v tomto případě ztotožněná s povrchem těla) je překročitelná jen za jasně daných podmínek, jako jsou zachování látkové a energetické rovnováhy či zamezení prokazatelně škodlivým účinkům cizorodých substancí.

3.3.2. Různé aplikace homeopatického principu

Zatímco vědecké medicíně je zcela vlastní stratifikované pojetí vnitřního a vnějšího prostředí, pro rodiče odmítající očkování je typická kombinace obou pojetí. Pokud jde o hodnocení substancí, lze se se stratifikovaným pojetím setkat v případě selektivního hodnocení léků a vakcín na základě odborné kritiky. Převážně se ale uplatňuje celostní pojetí a to v případě allopatického i homeopatického principu (shrnutí a porovnání s hodnocením ze strany vědecké medicíny viz tabulka 4.7.1). Já se budu nadále soustředit na aplikace homeopatického principu.

Tabulka 3.3.1.: Přípustnost jednotlivých substancí pro odmítající rodiče

Laické pole	Vnitřní-vnější +	Vnitřní-vnější -
Allopatický princip	- antibiotika - analgetika - další nespecifikované léky	- léky obecně
Homeopatický princip	- spalničky - zarděnky - dáivý kašel - přenosná dětská obrna - vakcína proti tetanu - vakcína proti d. obrně - homeopatika	- tetanus - přenosná dětská obrna - všechny vakcíny (zejm. vakcína proti TBC a trojvakcína MMR)

Tabulka 3.3.2.: Přípustnost jednotlivých substancí pro vědeckou medicínu v ČR

Odborné pole	Vnitřní-vnější +	Vnitřní-vnější -
--------------	------------------	------------------

Allopatický princip	- klinicky schválené léky	(nějaké obskurity)
Homeopatický princip	- vakcíny - záření - toxické látky	- homeopatika - vakcína proti TBC - neeradikované prototypické infekční choroby

Žádoucí introdukce patogenního či toxického do vnitřního prostředí za účelem léčby by měla podle stratifikovaného pojetí být především kontrovaná, přesně zacílená a optimální z hlediska poměru benefitů a rizik, to vše v souladu s odbornými poznatky a standardy. Tomu odpovídají dva distinktivní typy léčby – preventivní očkování a hormeze. Očkování představuje případ aplikace principu dvojznačnosti nemoci, který byl již detailně zdokumentován v předchozích částech práce. Hormetická léčba je pak založena na obecném předpokladu, že „nízké dávky toxických látek či záření nejenže organismus nepoškozují, ale dokonce zlepšují jeho fyziologické funkce“ (Zelenka 2011).

Pro celostní pojetí je hlavním kritériem prospěšnosti substance její *přirozenost*. Aplikace principu dvojznačnosti nemoci je v tomto případě prostá – spočívá v cíleném nezasahování do imunitního systému. V souladu se setřením hranice mezi vnitřním a vnějším prostředím se jedinou žádoucí stimulací imunitní odpovědi stává introdukce mikrobiálního patogenu přirozenou, spontánní cestou a následné onemocnění příslušnou infekční chorobou. I zde se uplatňují rozvahy konkrétních rizik jednotlivých nemocí, individuálně se ale velmi liší, což je zvláště patrné na rozdílném hodnocení nebezpečnosti přenosné dětské obrny. Zásadní význam má ovšem obecný poznatek o autoregulačních schopnostech imunitního systému, mocnější než jakýkoli odborný zásah.

Ponechání imunitního systému jeho přirozeným podnětům není zcela cizí ani stratifikovanému pojetí - jednak uznává, že většina mikroorganismů, se kterými lidské tělo přijde do styku, je pro něj užitečná, jednak připouští, že přirozená imunizace neoslabeným mikrobiálním patogenem zaručuje na rozdíl od vakcín celoživotní imunitu, pouze považuje rizika onemocnění za příliš vysoká.

Druhým distinktivním případem celostní aplikace homeopatického principu je homeopatická léčba v úzkém slova smyslu. Podstatnými atributy homeopatických léků jsou pro respondenty přirozený původ, neinvazivnost účinku a jejich celostní působení.

Homeopatika jsou podle Leckridge ze 70% rostlinného původu, z 20% minerálního původu a z 10% živočišného původu (Leckridge 2006). Neinvazivnost účinku těchto látek je dána zásadou infinitezimálního ředění, jež je vlastně zásadou minimalizace zásahů do těla dovedenou do nejzazších důsledků. Účinná látka musí být podle ní zředěna až do té míry, že neobsahuje žádné molekuly a její přítomnost tedy není nijak ověřitelná. V tomto ohledu představují homeopatika ideální odpověď na strach respondentů z invazivního účinku institucionální léčby – umožňují vyloučit kontakt s jakoukoli cizorodou látkou a současně zachovat zdání léčby, která nakonec nemá vůbec spočívat na fyzikálním či chemickém základě, nýbrž fungovat jako odstranění překážek sebezáchovným schopnostem těla. Snaha nezasahovat je v ostrém kontrastu se zásadou, že je vždy lepší pokusit se o cílenou léčbu než nechat patogenním procesů přirozený průběh – tato *tendence k akci* je někdy považovaná za základ „klinické mentality“ (Křížová 2006, 39)

K významu celostního působení homeopatik se vrátím v další, závěrečné části analýzy, ještě předtím se ale zastavím u skutečnosti, že klasifikace homeopatické léčby jako aplikace homeopatického principu nemá z pohledu explicitních výpovědí respondentů žádné odpodstatnění – k homeopatii se sice přihlásilo 15 z 18 respondentů, nikdo z nich ji však explicitně nespojil s principem léčby podobného podobným. Zčásti je to zřejmě dáno volnou interpretací homeopatického principu, který homeopatie využívá (Heřt 2010), zčásti pak charakteristickým nezájmem respondentů o detaily mechanismu jejího fungování. Tato asociace s homeopatickým principem pro mě každopádně zůstává teoretickým předpokladem, který by měl ověřen v rámci další výzkumné práce.

3.3.3. Individuální dimenze přirozenosti

Celostní chápání léčby se vztahuje nejen k jejím odborným a institucionálním charakteristikám, ale souvisí také s dalšími, více individuálními oblastmi života. Ochota vystavit dítě potenciálnímu nebezpečí nákazy infekční chorobou je podmíněna přesvědčením o schopnosti dítěte tomuto nebezpečí čelit, k čemuž má přispívat komplexní péče zahrnující kvalitní výživu, omezení pobytu v nezdravém prostředí, ale také dostatečná pozornost věnována duševnímu vývoji dítěte. Vyzdvihováno je také kojení jakožto praktika, která umožňuje pozitivně posílit imunitní systém a současně vztah s dítětem (srov. Reich 2009). Kritériem kvality péče se dokonce stává i rozsah,

v jakém rodič přebírá osobní zodpovědnost za léčbu dítěte, včetně množství úsilí věnovanému vyhledávání informací za účelem její optimalizace.

V případě homeopatie je infinitezimální míra, v jaké je „ještě léčbou“, rovněž navázána na život jedince v jeho komplexitě. Namísto látkového účinku se v souvislosti s homeopatiky mluví o předání informace či *dynamis* (životní síly). Existují pokusy vysvětlovat účinek homeopatik pomocí kvantové fyziky, zpravidla je však skutečně spojován s informací v konvenčním slova smyslu. Podobně jako nám samo tělo může prostřednictvím bolesti či onemocnění podávat informaci o vlastním špatném stavu, může nám homeopatická léčba podávat informaci o našem životě ve všech jeho rozměrech. K tomu přispívá také terapeutický rozměr homeopatické péče, jejíž důležitou součástí je vztah mezi pacientem a lékařem, což je lákavé pro jedince, jež odrazuje neosobnost a automatismus vědecké medicíny. Několik respondentů se přihlásilo také k etikoterapii, která má již přímo léčit somatické potíže na základě reflexe pacientů chování a myšlení. Obvyklé byly i sympatie k psychosomatické léčbě, které jako jediné respondenti sdílí i s částí odborné veřejnosti. Ochrana zdraví je každopadně komplexní záležitostí a očkování je nahlíženo jako příliš jednoduchý a příliš pasivní způsob, jak se s ní vypořádat.

Závěr

V této práci jsem porovnával obraz očkování v odborném medicínském diskursu s argumenty proti očkování, které zaznívají ve specifickém diskursu jeho kritiků. Zabýval jsem se především rozdíly v obecném pojetí zdraví a nemoci a v elementární klasifikaci účinných substancí. Ukázalo se, že tyto rozdíly mají významný vliv na vyhodnocování rizik vakcín a důvěryhodnost odborné instituce. Substance, za jejichž bezpečnost mají ručit, jsou vedle svých konkrétních atributů hodnoceny na základě vlastní syntetičnosti, institucionálního původu či nedostatečné provázanosti s životní situací jedince.

Summary

In this thesis I was comparing the image of vaccination in the expert medical discourse and the arguments against vaccination that can be found in a particular discourse of its objectors. I was especially concerned with differences in a general conceptualization of health and disease and an elementary classification of effective substances. It has turned out that these differences play a major role in evaluating the risks of vaccine and the credibility of the expert institutions. The substances, whose safety they are supposed to guarantee, are being classified not only according to their particular design features but also in respect to their general synthetic and institutional origin and their lack of meaningful relationship to the particular situation of an individual.

Použitá literatura

ANDRÉ, Francis E. The future of vaccines, immunisation concepts and practice. *Vaccine*, 2001, 19 (2001), 2206-2209. ISSN 0264-410X.

AUSTIN, John Langshaw. *Jak udělat něco slovy*. Praha: Filosofia, 2000. 176 s. ISBN 80-7007-133-8.

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.

- BERGER, Peter, LUCKMANN, Thomas. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. 214 s. ISBN 80-85959-46-1.
- BLUME, Stuart S. *Lock in, the state and vaccine development: Lessons from the history of the polio vaccines*. *Research Policy*, 2005, 34.2: 159-173.
- BLUME, Stuart. Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social Science & Medicine*, 2006, 62 (2006), 628-642. ISSN 0277-9536.
- BOND, Lyndal, et al. *Vaccine preventable diseases and immunisations: a qualitative study of mothers? Perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers*. *Australian and New Zealand journal of public health*, 1998, 22.4: 441-446.
- BOURDIEU, Pierre. *Teorie jednání*. Praha: Karolinum, 1998. 179 s. ISBN 80-7184-518-3.
- COLLINS, Harry, PINCH, Trevor. *Dr. Golem: how to think about medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 2005. 246 s. ISBN 0226113663.
- DAVIES P., CHAPMAN S., LEASK J. Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood*, 2002, 87, 22-5. ISSN 1468-2044.
- DURBACH N. They might as well brand us: Working class resistance to compulsory vaccination in Victorian England. *The Society for the Social History of Medicine*, 2000, 13, 45-62. ISSN 0951-631X.
- FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010. 244 s. ISBN 978-80-87378-29-8.
- FRIČ, Pavol. *Konspirační teorie. Jak vznikají, jakou mají strukturu a proč jim věříme*. Praha: GFK, 2008.
- GANGAROSA, Eugene J., et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. *The Lancet*, 1998, 351.9099: 356-361.
- GODLEE, Fiona. The fraud behind the MMR scare. *BMJ*, 2011, 342. ISSN 0959-813.
- HACKING, Ian. *Social construction of what?*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press. 1999. 261 s. ISBN 0-674-81200-X.
- HAYEK, Friedrich August. *Právo, zákonodárství, svoboda*, 1991. Praha: Academia. 112 s. ISBN 80-200-0279-0.

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.

HEŘT, Jiří. *Alternativní medicína a léčitelství: kritický pohled*, 2010. Chomutov, 265 s. Dostupné z WWW: http://www.sisyfos.cz/files/Alternativni_medicina_Hert.pdf.

HOLÝ, Ladislav. *Malý český člověk a velký český národ*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 209 s. ISBN 80-85850-97-4.

HOLT, D. *MMR causes autism, proven in Italian court case*. Dostupné z WWW: http://www.naturalnews.com/036255_MMR_autism_court_case.html.

HOŘEJŠÍ, Václav. Ad: Veřejný anonym. *Vesmír*, 2004/11, 83, 606. ISSN 1214-4029.

KABELE, Jiří. Jednání a struktura: Ještě jedna koncepce navíc. In: ŠUBRT, Jiří a Jan BALON. *Teorie jednání: jeden koncept, mnoho koncepcí*. Praha: [s. n.], 2008, 208 s. ISBN 978-80-7308-219-2. s. 81-102.

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.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 142 s. ISBN 80-86429-57-1.

LECKRIDGE, Robert. Homeopathy. In: CUELLAR, Norma G. *Conversations in Complementary and Alternative Medicine*. Ontario: Jones and Bartlett Publishers, 2006. s. 77-87. ISBN 0-7637-3888-3.

LYOTARD, Jean-François. 1993. *O postmodernismu*. Praha: Filosofický ústav AV ČR.

MANNHEIM, Karl a Paul KECSKEMETI. *Essays on the sociology of knowledge*. 1st publ. London: Routledge & Kegan Paul, 1952, 327, 11 s.

MCKEOWN, Thomas. *The modern rise of population*. London: Edward Arnold, 1976. ISBN 0713158670.

MCKEOWN, Thomas et al. *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*. Basil Blackwell Publisher Ltd., Alfred Street, Oxford OX1 4MB, 1979. 207 s. ISBN 0632-11261-8.

MECHANIC, David; SCHLESINGER, Mark. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 1996, 275.21: 1693-1697.

PLOTKIN, S. A.; MORTIMER, E. A. *Vaccines*, 1988. W. B. Saunders, Philadelphia, PA.

POPPER, Karl R. *Otevřená společnost a její nepřátelé II*. Praha: Oikoymenh, 1994. 388 s. ISBN 80-85241-54-4.

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

SALMON, Daniel A., TERET Stephen P., MACINTYRE, Raina C. SALISBURY, David, BURGESS, Margaret A. HALSEY, Neal A. Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: past, present and future. *Lancet*, 2006, 367, 436-42. ISSN 0140-6736.

SCHOPENHAUER, Arthur. *Eristická dialektika čili Umění dostat v každé debatě za pravdu*. 2., upr. vyd. Brno: "Zvláštní vydání", 1994, 83 s. ISBN 80-85436-26-4.

STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-85834-60-x.

VON NEUMANN, John; MORGENSTERN, Oskar. *Theory of games and economic behavior (commemorative edition)*. Princeton university press, 2007.

VOPĚNKA, Petr. Veřejný anonym. *Vesmír*, 2004/10, 83, s. 589-592. ISSN 1214-4029.

WHORTON, James C. History of Complementary and Alternative Medicine. In: CUELLAR, Norma G. *Conversations in Complementary and Alternative Medicine*. Ontario: Jones and Bartlett Publishers, 2006. s. 1-9. ISBN 0-7637-3888-3.

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.

ZELENKA, Jaroslav. Věda versus tradiční medicína. *Vesmír*, 2011/6, 90, s. 360-361.
ISSN 1214-4029.