

Diplomová práce

2014

Kristýna Fedelešová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Kampaň na očkování proti rakovině děložního
čípku: praktiky biomoci a navozování strachu
v praxi**

Kristýna Fedelešová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**Kampaň na očkování proti rakovině děložního
čípku: praktiky biomoci a navozování strachu
v praxi**

Kristýna Fedelešová

Vedoucí práce:

PhDr. Michal Růžička, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2014

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za jeho trpělivost, ochotu a cenné připomínky, které mi při vedení mé práce poskytl.

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1. SOCIOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI	3
2.1.1. KULT ZDRAVÍ	7
2.1.2. NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ	8
2.2. (Bio)MOC	10
2.2.1. KONCEPCE MOCI STEVENA LUKESE	14
2.3. RIZIKOVÁ SPOLEČNOST	18
2.4. OČKOVÁNÍ	21
2.4.1. HISTORIE OČKOVÁNÍ	21
2.4.2. OČKOVÁNÍ PROTI HPV	23
2.4.2.1. HPV A RAKOVINA DĚLOŽNÍHO HRDLA	23
2.4.2.2. VAKCÍNY PROTI HPV	24
2.4.3. KAMPAŇ NA OČKOVÁNÍ PROTI HPV V ČESKÉ REPUBLICE	28
3. CÍL PRÁCE	29
4. METODOLOGICKÁ ČÁST	30
4.1. POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY	30
4.1.1. RESPONDENTKY	33
4.2. OBSAHOVÁ ANALÝZA KAMPANĚ	36
5. ANALÝZA DAT	37
5.1. ANALÝZA ROZHOVORŮ	37
5.1.1. PRVOTNÍ SEZNÁMENÍ S VAKCÍNOU	37
5.1.2. DŮVOD K OČKOVÁNÍ	39
5.1.3. ZDROJE DALŠÍCH INFORMACÍ	41
5.1.4. VNÍMÁNÍ KAMPANĚ	44
5.1.5. DOPORUČENÍ OD LÉKAŘE	46
5.1.6. TLAK OKOLÍ NA ROZHODNUTÍ	49
5.1.7. NÁZOR NA OČKOVÁNÍ PROTI HPV	51
5.1.8. DISKUZE	53
5.2. ANALÝZA KAMPANĚ <i>VŠE CO MŮŽU</i>	55
5.2.1. REKLAMNÍ SPOTY	55
5.2.2. ANALÝZA OBRAZOVÝCH MATERIÁLŮ	58
6. ZÁVĚR	61
7. POUŽITÁ LITERATURA	63

8. RESUMÉ	67
9. PŘÍLOHY	68
9.1. OBRÁZEK 1	68
9.2. OBRÁZEK 2	69
9.3. OBRÁZEK 3	70

1. ÚVOD

Rakovina patří mezi největší strašáky naší doby. Dennodenně slyšíme zprávy z našeho okolí o tom, kdo ji má, kdo musí na chemoterapii a kdo jí podlehl. Každý z nás se jí obává, máme strach, že ji budeme mít také anebo že se snad prokáže u někoho nám blízkého. Tyhle obavy nás pak vedou k preventivním opatřením, jako jsou různé lékařské prohlídky, správná životospráva, zdravý pohyb atd. Není proto divu, že došlo k ohromné senzaci a pozitivní reakci veřejnosti, když se na trhu objevila vůbec první vakcína na rakovinu. Takový vynález by totiž mohl znamenat úplné vymýcení rakoviny, stejně jako se to stalo např. u pravých neštovic.

Vědci skutečně vyvinuli očkování, které snižuje pravděpodobnost nákazy infikovanými druhy lidského papilomaviru (HPV), jež mohou zapříčinit vznik rakoviny děložního čípku. Jedná se tedy jen o jeden z mnoha typů rakovinového onemocnění, nicméně právě na toto onemocnění ročně zemře na 250 000 žen na celém světě (Frazer 2010: 361). Je tedy zřejmé, že se jedná o velmi závažnou chorobu, která by však mohla být právě díky vyvinuté vakcíně na ústupu.

Co však kazí tuto ideální představu o očkování proti rakovině děložního čípku, je celá řada faktů, jež jsou před veřejností zamlčovány a jež dokazují, že se zas o tak velkou senzaci nejedná. Tím mám na mysli nestandardně rychlé klinické testování vakcíny, vážné vedlejší účinky, které očkování zapříčinilo či fakt, že vakcína neposkytuje stoprocentní ochranu před rakovinou děložního čípku. Problematická je právě samotná reklamní kampaň, která je vedena za účelem zvýšení prodeje vakcíny proti infekci HPV. V kampani jsou vyzdvihována jen pozitiva vakcíny, vůbec zde nejsou zmíněna zdravotní rizika, které by mohla vakcína způsobit. Navíc je kampaň schválně zacílená na matky dospívajících dívek, kterým je vakcína primárně určena, s cílem vzbudit v matekách pocit zodpovědnosti za zdraví jejich dcer a pocit neodkladnosti tohoto očkování. Domnívám se proto, že v kampani jsou použity skryté

manipulativní praktiky či mechanismy biomoci, které svým působením dokáží ovládat lidské jednání, tedy jednání matek dospívajících dcer. Tato kampaň rovněž odráží problematiku farmaceutického průmyslu. Ten se totiž spíše než na zdraví jedinců orientuje na své vlastní zisky plynoucí z prodeje různých medikamentů, mimo jiné i vakcíny proti infekci HPV.

V tomto výzkumu se zaměřím právě na reklamní kampaň *Vše co můžu*, která propaguje vakcínu Silgard proti infekci HPV. Mým cílem bude v kampani nalézt a analyzovat takové reklamní praktiky a mechanismy, které bychom mohli označit jako (bio)mocenské. To budu zjišťovat dvojitým způsobem: jednak pomocí rozhovorů s matkami, které své dcery nechaly touto vakcínou naočkovat, a jednak skrze obsahovou analýzu reklamních spotů a plakátů kampaně *Vše co můžu*.

Práce je členěna do šesti kapitol, ve kterých postupně představím teoretické vymezení tématu, dále stanovím problém a cíl výzkumu. Poté se budu věnovat metodologii, jež byla ve výzkumu použita, po které bude následovat analýza sebraných dat pocházejících jednak z rozhovorů s matkami, jednak z obsahové analýzy obrazových materiálů kampaně. V závěru práce pak shrnu poznatky, které z obou analýz vyplynuly.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Sociologie zdraví a nemoci

Sociologie zdraví a nemoci se do podoby, jak ji známe dnes, začala formovat ve druhé polovině 20. století. Za tu dobu se ustavily dva rozdílné přístupy, kterými sociologie přistupuje ke zdraví a nemoci. První přístup nahlíží na zdraví a nemoc ze sociologické perspektivy, zaměřuje se tedy na žité zkušenosti pacientů, na sociální distribuci zdraví či nemoci. Tato perspektiva sociologie zdraví a nemoci se dále zabývá institucemi, jejichž úkolem je léčit pacienty a starat se o ně. Cílem této pozice je pochopit vztahy a interakce, které na tomto poli probíhají, přičemž její primární snahou je zlepšit zdraví populace. O tuto oblast se zajímají především poskytovatelé lékařské péče, neboť jim umožňuje lepší pochopení daného problému a navíc nabízí komplexní vnímání zdraví či nemoci. Druhá perspektiva sociologie zdraví a nemoci jde více do hloubky a zabývá se sociálními procesy a jejich implikacemi, které jsou na poli medicíny na první pohled skryty. V odborných textech se přitom můžeme setkat s dvojitým rozdílným názvem pro tuto subdisciplínu - sociologie zdraví a nemoci se také někdy nazývá jako sociologie medicíny. Někteří autoři se však domnívají, že slovo medicína v názvu evokuje příliš silnou asociaci s profesí lékaře na úkor právě zdraví a nemoci, o které se primárně jedná. Právě proto se spíše přiklání k názvu sociologie zdraví a nemoci (Gabe et al. 2004: ix).

Robert Strauss (1957) tyto dva rozdílné pohledy nazval triviálními termíny – jako sociologii v medicíně (*sociology in medicine*) a sociologií medicíny (*sociology of medicine*). Sociologie medicíny se tedy soustředí na takové faktory, jako je organizační struktura, role vztahů, systém hodnot, nejrůznější rituály či funkce, se kterými je medicína spjata, přičemž se takovýmto výzkumem zabývají nezávislé osoby, které nepocházejí z medicínského prostředí. Sociologie v medicíně, jak již bylo zmíněno výše, klade větší důraz na interakce probíhající v rámci

medicíny a zabývá se sociálními podmínkami vzniku onemocnění. Pro sociologii v medicíně se také užívá název lékařská sociologie či sociologie lékařství (Strauss 1957: 203). Ačkoliv Robert Strauss (1957) přišel s tímto rozdělením sociologie zdraví a nemoci poměrně v dávné době, toto rozdělení se stále používá i v současné odborné literatuře.

V 70. letech 20. století byla sociologie medicíny kontroverzní a téměř neznámou subdisciplínou sociologie. Sociologové, kteří se jí tehdy věnovali, pracovali nejčastěji na projektech týkajících se veřejného zdraví nebo sociálních aspektů medicíny. Postupem času se však ze sociologie medicíny vytvořila subdisciplína, v rámci které spolupracuje nejrozsáhlejší skupina odborníků pocházejících jak z britské, tak i ze severoamerické větve sociologie a daří se jí pronikat i do dalších částí světa (Gabe et al. 2004: x – xi). Je tedy zřejmé, že se sociologie medicíny stala nedílnou a právoplatnou součástí společenskovedního oboru.

V současnosti můžeme medicínskou péči považovat nejen za hlavního „nosiče“ kultury, jenž si zakládá především na odbornosti a vědeckosti profesionálů, ale zároveň se lékařská péče zapříčinila o to, že zdraví i nemoc se staly daleko významnějšími součástmi každodenního života. Není proto divu, že díky zdravotním rizikům, která jsou spojená s potravinami, s životním prostředím, s (ne)legálními drogami, s geneticky předávanými chorobami či s tolik rozšířeným každodenním stresem, navštěvuje velká část populace v pravidelných intervalech nejrůznější lékařská zařízení. Dokonce došlo k tomu, že pozdně moderní společnosti jsou tak silně zasaženy všudypřítomným tématem zdraví a především nemoci, že už si nikdo ani nedovede představit život bez přítomnosti nemocí či lékařské péče (Bury et al. 2004: 13 – 14). Tento stav můžeme pozorovat i v České republice, kde skoro každý jedinec trpí nějakou chronickou nemocí (alergie, hypertenze, astma, oční vady,...) a nevyhne se tak pravidelným návštěvám lékaře.

Medicína je institucí, která hraje bezpochyby velmi důležitou roli v každodenním životě většiny z nás. Avšak svým neustálým zasahováním do našich životů nepřináší jen pozitiva. Poměrně kritický pohled na medicínu a na její moc nad celou společností přináší Ivan Illich, který v úvodu své knihy *Limity medicíny* říká, že: „Medicínský establishment se stal významným nebezpečím pro zdraví.“ (Illich 2012: 27). Illich ve své studii o vztahu medicíny a medicínských profesionálů ke zbytku společnosti pracuje s termínem iatrogenese, který v běžném slova smyslu znamená poškození pacienta zapříčiněné lékařem. Avšak v kontextu své knihy dává Illich tomuto pojmu nový rozměr – iatrogenezí nazývá novou chorobu plynoucí z medicínského pokroku, která má za následek zneschopňující dopad profesionálního dohledu nad medicínou. Iatrogenese v tomto smyslu tedy znamená nejen medicínskou nadvládu, která je uplatňovaná v moderní společnosti, ale především pak poškození a újmy, jež má medicína svým přičiněním na svědomí (Illich 2012: 27).

Illich dělí iatrogenezi na tři úrovně. První je *klinická iatrogenese*, která zahrnuje škody způsobené lékařem při léčení či vyšetření pacienta, zároveň se sem řadí i újmy zapříčiněné snahou lékaře zachránit se před možným procesem a odsouzením za zanedbanou péči. Druhou úrovní je *sociální iatrogenese*. V této úrovni lékařská praxe podporuje nemoc a také se snaží povzbudit lidi k tomu, aby se stali konzumenty léčebné a preventivní medicíny. To se projevuje rozmanitými příznaky přehnané sociální medicinalizace, jejímž následkem je vyvlastnění zdraví jedince. K této iatrogenezi dochází tehdy, když zdravotní politika posiluje organizaci průmyslového podnikání. Třetí úroveň je *kulturní iatrogenese*, ve které mají medicínské profese tak silný vliv popírající zdraví, až dochází k tomu, že se tak ničí potenciál lidí vypořádávat se se svou vlastní slabostí pomocí svého osobního a autonomního způsobu. *Kulturní iatrogenese* tedy spočívá především v paralyzování zdravých lidských reakcí na utrpení, handicap či smrt. Na této úrovni je pacient vnímán jen jako pouhá součástka lidstva (Illich 2012: 42).

Toto kritické pojetí medicíny, které Illich (2012) představil poprvé ve své práci již v roce 1974, především poukazuje na to, že celý medicínský systém není v pořádku a tím, že se stále schovává za rádoby lidumilná hesla, která hlásají o vznešených cílech, odvádí pozornost od skutečnosti, že zisky plynoucí z medicínské činnosti končí ve farmaceutickém průmyslu, nikoliv v rukách obyčejných lidí.

Podstatné je zmínit, že se instituce medicíny od doby, kdy ji zkoumal a popisoval Illich (2012), proměnila. Došlo totiž k zásadní proměně samotných pacientů: z pacientů, kteří byli plně závislí na lékařské péči a rady lékařů brali jako jediné správné, se stali konzumenti, kteří si jsou schopni nalézt řadu informací na internetu, a proto se nebojí debatovat se svými lékaři a hodnotit jejich práci (Rose 2007: 10 – 11). Díky dosažitelnosti mnoha odborných informací, které si pacient může v pohodlí domova nalézt na internetu, tedy došlo k tomu, že pacienti získali na sebedůvěře a již se nebojí vyslovit svůj názor na daný problém. Z podřízených pacientů se tak stali sebevědomí konzumenti, kteří se nestydí nesouhlasit s lékařem a v případě, kdy se se svým ošetřujícím doktorem neshodnou, si naleznou jiného odborníka.

V případě medicíny jako instituce však došlo také k tomu, že se její pravomoc rozšířila nad rámec běžných úrazů či onemocnění. Ve druhé polovině dvacátého století již moderní medicína začíná upírat svoji pozornost na chronické nemoci a na smrt jako takovou. Rovněž se začíná zabývat možným řízením lidské reprodukce a důraz klade také na vyhodnocování a posuzování všemožných rizik. Zároveň se lékaři snaží o podporu a optimalizaci zdraví jedinců (Rose 2007: 10). Tyto zásadní změny vedly i ke změně subjektivního vnímání zdraví, neboť zdraví se pro většinu západní společnosti stalo tím nejdůležitějším, co má, a proto se o ně musí náležitě starat.

Právě touha o vlastní zdraví, resp. zdraví potomků, a podstupování nejružnějších preventivních opatření, která mohou vést k jeho upevnění či

ochraně před nemocemi, přímo souvisí s tématem této práce. Neboť právě tato touha o jakési pojištění zdraví a zabránění jeho ohrožení může mít lví podíl na rozhodnutí matky, zda nechat či nenechat naočkovat svoji dceru vakcínou proti HPV.

2.1.1. Kult zdraví

Západní společnost je poslední dobou čím dál více posedlá svým zdravím. Kult zdraví a prevence před nemocemi jsou stěžejními tématy naší existence a mohou tak dokonale ovládat naše životy. Navíc se zdraví stalo novou komoditou a zároveň spoluutváří i velmi výnosný průmysl, který ke svému působení využívá nejrůznější preventivní programy či kampaně na podporu nových léčiv. Zdraví má v dnešní době pro jedince nový význam – totiž zdraví se stalo morální povinností civilizovaného jedince (Parusniková 2000: 131 – 132). Z toho tedy vyplývá, že ten, kdo je nemocný, je nemorální a automaticky se předpokládá, že si za svou nemoc může sám, protože pro své zdraví neudělal vše, co mohl. Jonathan Metzl (2010) v této souvislosti hovoří o tom, že zdraví se stalo nejenom toužebným a kýženým stavem, ale zároveň i stavem předepsaným a očekávaným (Metzl 2010: 2). Právě udržování zdraví se stalo klíčovým aspektem pro mnoho jedinců i celých rodin, které tak využívají nejrůznějších postupů pro dosažení ideálního stavu zdraví, jako je držení různých diet, pravidelné cvičení či konzumace medikamentů a doplňků stravy (Rose 2007: 10). Touha po zdraví tak pomohla vytvořit velmi výnosný byznys, protože každý touží být zdravý, a proto neváhá do sebe investovat značné částky, buď přímo za medikamenty anebo za permanentky do fitness klubů, ozdravné pobyty aj.

Když aplikujeme toto vnímání zdraví na možnost očkování, zde konkrétně na očkování proti virům HPV způsobujících rakovinu děložního čípku, můžeme v kampani na podporu této vakcíny pozorovat jakýsi morální podtón, který vnucuje matkám a ženám toto očkování, protože je

to prostě to nejlepší, co mohou pro zdraví své nebo zdraví své dcery udělat. V momentě, kdy matka odmítne očkovat svoji dceru, vystavuje se tak riziku odsouzení okolí, protože nevyužívá všechny prostředky pro ochranu zdraví své dcery.

2.1.2. Nerovnosti ve zdraví

Jak již bylo zmíněno výše, v naší společnosti je kladen čím dál tím větší důraz na zdravý životní styl, na prevenci vůči chorobám a na pravidelné návštěvy u lékaře. Jenže ne všechny tyto služby či prostředky hradí zdravotní pojišťovny. Jedná se především o nejrůznější doplňky stravy, nadstandardní úkony u lékaře, placená očkování či zdravá a kvalitní strava. Z této situace tedy vyplývá, že zdraví a prevence proti chorobám jsou poměrně náročnou finanční investicí, kterou si nemůže dovolit každý. Jedná se o problematiku nerovností ve zdraví, kdy dochází k tomu, že jedinec, jenž má vyšší příjmy, si může dovolit lepší zdravotní péči, dražší léky a může investovat nemalé částky do prevence vůči nemocím. Kdežto jedinec s nižším příjmem si takový luxus dovolit nemůže. Ve výsledku tedy můžeme říci, že ten, kdo je bohatší, je zdravější než ten, kdo je chudší a tím pádem i více náchylný k onemocněním (Whitehead 1998: 469). Zdraví jedince ovlivňují i další socioekonomické aspekty, jako je např. místo bydliště: tím, že jsou lidé z chudých vrstev často segregováni do okrajových částí měst, kde je horší sociální a materiální infrastruktura, horší občanská vybavenost a dostupnost ke službám, vyšší kriminalita atd., jsou daleko více náchylnější k onemocnění než lidé žijící v centru (Marmot 2001: 156). Můžeme říci, že zdraví je kýženým a očekávaným stavem všech lidí, avšak ne všichni mají stejné podmínky k jeho dosažení.

Stejně, jako se objevují nerovnosti ve zdraví jedinců, objevují se nerovnosti i v otázce očkování (nejen dětí). Proces imunizace, jehož součástí je i očkování, je velmi nákladnou lékařskou procedurou, která má za cíl nejen ochránit jedince před nákazou, ale také propagovat

veřejné zdraví. Vzhledem k tomu, že ne všechna očkování jsou hrazena zdravotními pojišťovnami, dochází na tomto poli k nerovnostem. Je prokázáno, že děti žijící v rodině s nižším příjmem či v rodině s jedním rodičem nebo naopak ve velké početné rodině, jsou méně proočkovány než děti žijící ve výhodnějších podmínkách (Law 2009: 33). To se týká i očkování proti HPV, neboť se jedná o velmi drahou vakcínu (v době, kdy byla uvedena na trh, dosahovala částka za tři dávky vakcíny až k 10tis. korun). Vakcína proti HPV a i další předražené lékařské prostředky tedy stále implikují nerovnosti ve zdraví, čímž nepřímo přetransformávají zdraví na komoditu, kterou si člověk může za peníze koupit a která je tak určena jen těm movitějším.

2.2. (Bio)moc

S konceptem biomoci přišel jako první Michel Foucault. Pro pochopení tohoto pojmu a toho, jak Foucault o biomoci uvažoval, je ale důležité se nejprve seznámit s tím, jak Foucault pohlíží na moc jako takovou. Foucault vnímá moc jako vztah mezi silami, neboli každý takový vztah mezi silami je také vztahem moci (Deleuze 1996: 101). Foucault (1996) zdůrazňuje, že při svém zkoumání si neklade otázku co je to moc, ale spíše klade důraz na to, jak se praktikuje a jakými způsoby jsou lidské bytosti přetvářeny v subjekty, skrze které je pak moc vykonávána (Foucault 1996: 195). Zároveň se zabývá různými formami odporu vůči různorodým typům moci. Právě odpor vůči moci považuje Foucault za „chemický katalyzátor, který dovolí osvětlit mocenské vztahy, lokalizovat jejich pozice, nalézt místa jejich aplikace a použitou metodu“ (Foucault 1996: 199).

Foucault (1996) určuje tři mody objektivace, jejichž následkem se lidé mění v subjekty: Prvním módem jsou nejrůznější způsoby zkoumání, které se snaží o dosažení vědeckého statusu, např. objektivace promlouvajícího subjektu v pravidlech gramatiky, filologie či lingvistiky. Dále sem patří objektivace pracujícího subjektu v ekonomických analýzách či objektivace faktu života v historii či biologii (Foucault 1996: 195). Za druhý způsob objektivace považuje Foucault tzv. praktiky dělení, kdy je subjekt rozdělen uvnitř sebe sama, nebo je oddělen od ostatních. V momentě, kdy je subjekt oddělen od ostatních, stává se objektem, typickým příkladem je šílenec a zdravý člověk (Foucault 1996: 195 – 196). Posledním módem objektivace je ten, kdy se člověk sám mění v subjekt. Zde Foucault uvádí příklad z oblasti sexuality, tedy jak se člověk učí chápat sama sebe jako subjekt sexuality (Foucault 1996: 196).

Význam slova subjekt můžeme tedy chápat ze dvou perspektiv – jako podřízenost člověka (subjektu) někomu jinému, která je prováděna formou kontroly a závislosti, nebo jako svázání člověka (subjektu) s jeho

vlastní identitou prostřednictvím jeho svědomí či sebepoznání. Oba dva významy jsou přitom formou moci, jež dobývá a podrobuje si subjekt. Jedná se o formu moci, která je uplatňována v každodenním životě člověka, kategorizuje ho, určuje ho pomocí jeho vlastní individuálnosti, pojí ho s jeho vlastní identitou a zároveň mu nutí zákon pravdy, který on sám musí identifikovat a který v něm musí především ostatní rozpoznat. Právě tato forma moci vytváří z člověka subjekt (Foucault 1996: 202). Můžeme říci, že existují tři typy bojů proti této formě moci. Jedná se o boj proti formám dominance, proti formám vykořisťování a proti formám subjektivity a podřízenosti. Všechny tyto typy bojů můžeme nalézt v naší historii. Zatímco ve feudálních společnostech převládaly boje proti formám dominance, v 19. století se na přední místo dostaly boje proti vykořisťování. V dnešní době se do popředí dostávají boje proti formám podřízenosti, i když boje proti formám dominance či boje proti formám vykořisťování tak úplně nevymizely (Foucault 1996: 202 – 203). Právě boje proti formám podřízenosti jsou přitom na denním pořádku – tyto boje totiž vede jedinec pokaždé, když se chce vymezit ze svého okolí. Pro příklad takového boje můžeme použít módní diktát, kdy jedinec, který nedbá na předepsanou módu a obléká se podle svého vlastního vkusu, vlastně svádí boj proti podřízenosti. Stejně tak tomu může být u nějakého příslušníka subkultury, který se stylem svého oblékání vymezuje vůči ostatní většinové kultuře a tím pádem tak svádí boj proti podřízenosti.

Foucault (1996) se domnívá, že důvodem pro to, že v naší společnosti převažuje právě tento typ boje, tkví v nepřetržitém vývoji nové politické formy, který probíhá již od 16. století. Touto novou politickou formou se míní stát. I když se na první pohled může zdát, že stát, resp. politická moc ignoruje jedince a zabývá se jen zájmy dané pospolitosti, jedná se o individualizující a rovněž i totalizující formu moci. Právě v kombinaci těchto dvou forem moci spočívá síla státu a jeho legitimacy. Individualizující forma moci je přitom pozůstatek toho, že moderní západní stát zapojil do nového politického útvaru starou mocenskou

techniku, která je spojena s křesťanskými institucemi. Jedná se o tzv. pastýřskou moc, která se orientuje na spásu, je altruistická, individualizující a je propojena s produkcí pravdy. Je zřejmé, že musíme rozlišovat mezi dvěma hledisky pastýřské moci – tím, které se pojí s církevní institucionalizací, která však ztrácí na své vitalitě již od 18. století, a pak tím, které se rozšířilo mimo církevní instituce a vmísilo se do moderního státu, ve kterém utvořilo novou formu pastýřské moci. Ta se od té původní v mnohém změnila: první a zásadní změna se týká samotného cíle pastýřské moci, kterým již nebyly náboženské záměry (péče o spásu člověka po smrti), spíše se pastýřská moc začala soustředit na zajištění člověka a na zkvalitnění jeho světského života. Péči o posmrtný život tedy vystřídala péče o pozemské statky. Slovo spása proto získalo v tomto kontextu řadu odlišných významů jako je zdraví, blahobyt, bezpečnost či ochrana. Další změnou, která probíhala současně, je posilování administrativy pastýřské moci. Ta byla někdy vykonávána státní aparátou či veřejnou institucí (policie, nemocnice), ale také často tuto moc vykonávaly soukromé podniky nebo dokonce instituce rodiny, která v té době rovněž vykonávala pastýřské funkce. Poslední důležitou změnou je nazírání vývoje vědění o člověku ze dvou pohledů: jeden pohled, který pohlížel na člověka z hlediska totality a kvantity, se týkal populace; druhý pohled, který se snažil analyzovat, se týkal jednotlivce. Výsledkem těchto změn mimo jiné bylo, že pastýřská moc, která byla dlouhou řadu let spojena jen s náboženskou institucí, se rozprostřela na celou společnost, navíc za podpory velkého množství institucí. Díky této transformaci pastýřské moci tak vznikl nový individualizující postup, kterým můžeme charakterizovat celou plejádu mocí jako je moc rodiny, medicíny, vzdělání apod. (Foucault 1996: 204 - 207). Za takovouto formu individualizující moci můžeme vlastně označit i moc, jež ovládá jedince skrze reklamní kampaň. Ačkoliv není tato moc v kampani na první pohled zřetelná a velká část populaci ji zde ani neodhalí, je v kampani přítomna a pomocí různých nástrojů

a mechanismů dovede donutit jedince k tomu, aby jednal tak, jak kampaň požaduje a přitom si on sám myslel, že tak jedná na svůj vlastní popud, že se jedná o jeho svobodné a osobní rozhodnutí.

Za moderní individualizující formu moci můžeme označit právě biomoc. Jedná se o moc, která poprvé v dějinách klade důraz na život jako takový a ne pouze na to, zda někomu život vzít či ho nechat žít. V minulosti měl suverénní panovník právo zbavit člověka života anebo ho naopak nechat žít. Obecně lze říci, že moc byla především právem vzít, zabavit, a to jak materiální věci, čas, tak nakonec i samotný život, což vyústilo v privilegium zmocnit se života a potlačit jej. Již v klasickém věku však došlo v západních zemích k transformaci, během které přestalo být právo zabavit hlavní formou moci a stalo se jen jednou z jejích součástí. Moc se tedy proměnila – začala produkovat síly, umožnila jim sílit a pomáhala je uspořádat namísto toho, aby je jen blokovala, ohýbala a ničila. Dávné právo zbavit života nebo nechat žít, tak nahradila moc udělit život nebo odmítnout život ve smrti. Objektem moci již není smrt, ale stává se jí život (Foucault 1999: 158 – 161). Jakmile se tedy model suverenity promění v disciplinární model a stává se tak biomocí či biopolitikou populací, přičemž zároveň kontroluje a spravuje život, v ten moment se novým objektem moci stává právě život. Když se moc stane biomocí, odpor vůči této moci se stává mocí života. Můžeme říci, že moc života je vitální mocí, jakousi ideou života, která se nenechá zarazit ostatními formami moci (Deleuze 1996: 130 - 132). Biomoc je tedy druh moderní moci, která se snaží udržovat, řídit a spravovat lidský život ve všech jeho podobách. Usiluje jak o kontrolu jednotlivých těl, tak i o regulaci demografických a biologických procesů, které se týkají celého obyvatelstva. Zároveň už její prvořadou úlohou není jen zabíjet, ale snaží se o pravý opak – o zachování a úplné ovládnutí života (Buraj 2000: 105 – 106). Biomoc se tedy snaží zušlechťovat život a dbá na to, aby měla nad každým lidským tělem plnou kontrolu, příp. jej mohla svými nástroji účinně regulovat a formovat do požadované podoby.

Biomoc se skládá z mechanismů používaných k disciplinaci individuálního i sociálního těla a jejím cílem je kultivace života. Zároveň biomoc integruje život do politické sféry a do oblasti vládnutí (Parusniková 2000: 133). To, jak biomoc funguje v praxi, můžeme pozorovat třeba na příkladu povinného očkování dětí, kdy díky nařízení vlády se děti musí nechat očkovat proti určitým nemocem. Pokud však toto očkování rodiče dítěte odmítnou, vystavují se riziku penalizace či spáchání přestupku (§46 zákona č. 258/2000 Sb.) či odmítnutí přijetí dítěte do předškolních institucí. Skrze naše těla a naše zdraví nás tedy může státní moc ovládat a kontrolovat, a to různými prostředky, jako jsou povinné prohlídky u lékaře či například skrze zákony o mateřské dovolené a další. Jedním z těchto kontrolujících a regulujících prostředků je právě i očkování. Očkování proti virům HPV sice není povinné, nicméně v poslední době se začalo uvažovat o jeho zařazení mezi povinná očkování. I přes to, že jeho podání je zatím dobrovolné, v kampani na jeho podporu se objevují prvky biomoci a skryté individualizující moci. Zároveň kampaň upozorňuje na rizika, která mohou nastat, pokud toto očkování nepodstoupíme. Kampaň na podporu očkování proti HPV přitom přímo útočí právě na matky dospívajících dívek, kterým je tato vakcína primárně určena, vzbuzuje v nich strach a vyvolává v nich pocit, že tím, že svoji dceru nechají naočkovat, udělají dobrou věc pro její zdraví.

2.2.1. Koncepce moci Stevena Lukese

Vzhledem k tomu, že samotná koncepce moci tak, jak ji představuje Foucault (1996), je poměrně problematická a těžce vymežitelná pro pozdější výzkum, rozhodla jsem se pro zařazení ještě jednoho teoretika, který se problematice moci a jejího zkoumání také věnuje. Jedná se o Stevena Lukese, který ve své knize *Power, A Radical View* (2005) přináší, jak již název sám napovídá, radikální pohled na konceptualizaci moci.

Lukes (2005) ve své práci reviduje všechny stěžejní koncepce moci, které byly zatím představeny (Foucaultova koncepce moci, Weberovo pojetí moci aj.) a poukazuje na jejich slabá či silná místa. Zároveň přichází s novým tzv. trojdimenzionálním pojetím moci, pomocí něhož rozděluje a typizuje jednotlivé koncepce moci od ostatních autorů, které poté podrobně analyzuje. Jednodimenzionálním pojetím označuje právě weberovské pojetí moci, které Lukes (2005) označuje jako pluralistický pohled na moc. Dvojdimenzionálním přístupem pak označuje kritický pohled na pluralistické pojetí moci a řadí sem práce autorů Bachracha a Baratz. Trojdimenzionální pojetí se snaží o nejkomplexnější pochopení fenoménu moci, do kterého patří právě i Foucaultova koncepce moci (Lukes 2005: 15). Lukes (2005) tedy ve své práci promýšlí a kriticky hodnotí všechna významná pojetí moci, která se v rámci společenskovedního diskurzu ustavila.

Lukes (2005) ve své analýze jednodimenzionálního pojetí moci ukázal, že pluralisté se předně zaměřují na chování subjektů při rozhodování a na viditelný konflikt, který mezi nimi vzniká při stanovování rolí, kdo koho ovlivní. Máme-li tedy předpoklad, že subjekt A má takovou moc, pomocí které je schopen ovlivnit subjekt B a přinutit jej udělat něco proti své vůli, pluralisté si tuto situaci vyloží jako střet zájmů a jejich pozornost bude upírána na možný konflikt, který by v této situaci mohl nastat. Lukes (2005) ale dodává, že k ovlivnění jednoho subjektu tím druhým nemusí být vždy potřeba konflikt (Lukes 2005: 18 -19). Autor zde tedy naráží na skutečnost, že k tomu, aby jeden subjekt dosáhl svého na úkor toho druhého, není potřeba konfliktní situace, ale že se k prosazení moci jednoho subjektu nad druhým dá použít i dalších cest, o kterých dále hovoří v rámci dvojdimenzionálního přístupu.

Autoři, které Lukes (2005) zařadil do dvojdimenzionálního pojetí moci, Bachrach a Baratz poukazují ve svém pojetí moci na manipulativní aspekt, který může ovlivnit nadřazenost a vliv jednoho subjektu nad druhým, a to bez nutnosti použití konfliktu (Lukes 2005: 21). Toto pojetí

však Lukes (2005) kritizuje, neboť se domnívá, že se oba autoři příliš zaměřují na individuální uplatňování moci a především, že nepřímost takového uplatňování moci je pouze zdánlivá. Dále dodává, že takovéto pojetí moci je v podstatě rozšířením Weberova konceptu (Lukes 2005: 25). V tomto pojetí moci tedy dochází k nepřímému uplatňování moci jednoho subjektu nad druhým, která je uskutečněna manipulativním jednáním. Na první pohled se tedy může zdát, že v takovémto uplatňování moci není přítomen konflikt, opak je ale pravdou. Konflikt je stále přítomen, ačkoliv není na první pohled zřetelný, proto se jedná jen o rozšíření konceptu, který představil Weber.

Trojdimenzionální pojetí moci se už nezabývá přímým uplatňováním moci k tomu, aby podřízený subjekt vykonal něco, po čem touží nadřízený subjekt. Ale toto pojetí moci přináší novou dimenzi: uplatňování moci je zde totiž vykonáváno skrze samotný subjekt, který však koná tak, jak si myslí, že je to přirozené, dobré či vhodné. Je tedy stále ovládán nadřízeným subjektem, nicméně on sám si to neuvědomuje a myslí si, že jedná jen podle toho, co mu přijde správné. Nicméně ani v tomto pojetí, které je typické pro Foucaulta, konflikt zcela nevyvymizel. Jen se stal latentním a stále přítomným ve společnosti (Lukes 2005: 28). Přesným příkladem takového uplatňování moci mohou být reklamní kampaně, které pracují tímto stylem: mají za úkol vnuknout nějaký nápad, myšlenku do myslí jedinců, kteří pak jednájí na první pohled podle svého vlastního rozhodnutí, nicméně jsou ovládáni a masírováni nástroji reklamního průmyslu. Na stejném principu funguje i kampaň *Vše co můžu* na podporu očkování proti HPV. V kampani je představeno „vhodné“ a jediné správné řešení, jak sebe či své děti účinně bránit proti nákaze nebezpečnými viry HPV. Jedinci jsou tak vystaveni dilematu, zda očkování (ne)podstoupit či (ne)nechat naočkovat své děti. Kampaň ale přesně využívá takové nástroje, že ve výsledku skutečně může vzbudit v jedinci pocit o nutnosti tohoto očkování. On sám si přitom nemusí ani

uvědomovat, že za jeho rozhodnutím může stát právě skrytá moc, která je v této kampani přítomna a účinně použita k manipulování myslí jedinců.

Cílem práce Stevena Lukese (2005) bylo představit tři různé dimenze pojetí moci a upozornit na možná úskalí, která jsou v nich přítomna. V praxi se však tyto tři dimenze stále promítají. Nicméně jeho podrobná analýza těchto dimenzí uplatňování moci nabízí vhodný výchozí bod pro každého, kdo se rozhodne zkoumat či analyzovat principy uplatňování moci.

2.3. Riziková společnost

Dle Ulricha Becka (2011) v současné době žijeme v rizikové společnosti. Upozorňování na nejrůznější rizika týkající se terorismu, životního prostředí, nemocí či živelných katastrof aj. na nás dennodenně útočí ze všech stran, nejčastěji však skrze média. S konceptem rizikové společnosti přišel jako první právě Ulrich Beck (2011), který ji vnímá jako nezamýšlený následek procesu industrializace (Beck 2011: 14). Společnost, v níž funguje volný trh a která podporuje deregulaci všech sfér života, se vlastně zříká své odpovědnosti za život lidí. Tím se sice povzbuzuje podnikavost jedinců a jejich plná autonomie, kdy je každý zodpovědný jen sám za sebe, avšak dochází k tomu, že se lidský život stává riskantním (Parusniková 2000: 136). Jedinec je tak každým dnem vystaven všudypřítomným rizikům, se kterými se musí on sám vyrovnat. Státem poskytnutá svoboda a autonomie jedince je tak vlastně dvousečná – sice je jedinec svobodný a může si v podstatě dělat, co chce, ale nemůže se spoléhat na výpomoc od státu.

Jedinec je tak čím dál více nucen se těmto rizikům bránit a pokud možno jim předcházet. Přitom existence rizik a nejrůznějších ohrožení je v podstatě něčím abstraktním, co jedinec nemůže na vlastní oči vidět a vnímá jen jejich existenci jako Damoklův meč visící nad jeho životem. Existence rizik je jedinci zprostředkována pouze skrze argumentaci o jejich výskytu, působení a možném ohrožení. Vždyť celou řadu nových rizik, jako jsou chemické zamoření, škodlivé látky v potravinách, civilizační choroby aj., nemůže jedinec bezprostředně vnímat. Aby tato rizika a ohrožení byl vůbec jedinec schopen postřehnout, musí se spolehnout na perceptivní orgány vědy, kterými jsou teorie, experimenty a měřicí přístroje, jimiž věda tato rizika zviditelní a umožní tak jedinci se s nimi seznámit a především se proti nim bránit. Člověk se tak musí plně spolehnout na to, co mu věda „naservíruje“. V rizicích je také přítomna důležitá složka budoucnosti, protože význam rizik se zčásti zakládá právě

na promítání případů škod způsobených riziky do budoucnosti, přičemž jsou tyto škody předvídatelné už v přítomnosti (Beck 2011: 35 – 43). To lze přímo aplikovat na situaci s očkováním (nejen) proti HPV – medicínští profesionálové představí riziko v podobě karcinomu děložního hrdla, kterým se mohou nakazit dívky a ženy skrze lidské papilomaviry. Toto riziko je předvídatelné pro všechny ženy, jež vedou sexuální život, avšak medicínští profesionálové přicházejí s možným řešením, kterým je vakcína proti virům HPV. Upozorňují tedy na možné poškození do budoucnosti plynoucí z rizika v přítomnosti (možnost nakažení se HPV) a zároveň rovnou nabízejí možné řešení (očkování proti HPV).

Riziko se tedy stalo ústředním kulturním a politickým konceptem, pomocí něhož jsou jednotlivci, sociální skupiny a instituce organizovány, monitorovány a hlavně regulovány. Rizika a hrozby se tak staly všudypřítomnými společníky kultury západního světa. Zároveň jsme svědky toho, že riziko je v současné západní společnosti nejdůležitějším aspektem lidské subjektivity a stále je společností vnímáno jako něco, co člověk může a především musí zvládnout svojí vlastní intervencí. S tím souvisí to, že s problematikou rizik se pojí samostatná volba, zodpovědnost a pocit viny jednotlivce, které ho nutí intervenovat (Lupton 2013: 37). Právě každodenní přítomnost celé řady rizik a možných ohrožení (a stále upozorňování na ně) nutí lidi k tomu, aby včas jednali a využili tak možnosti předejít poškození, ke kterým může dojít, příkladem může být právě podstoupení očkování proti HPV či naočkování vlastních dětí.

Jedinec žijící ve společnosti rizik má tedy plnou moc nad utvářením svého života, avšak jedna oblast jeho života se automaticky předpokládá – tou je zdraví, které se stalo civilizačním imperativem. Lidé věří, že své zdraví mohou kontrolovat a pokud dodržují všechny zásady správné životosprávy, mohou tohoto kýženého stavu dosáhnout. Avšak důsledkem toho, že lidé věří, že mohou své zdraví kontrolovat, je pocit ostudy či selhání v momentě, kdy lidé skutečně onemocní. Stěžejním

cílem tedy je vyhnout se nemoci a následné ostudě, což souvisí s rozmachem politiky prevence. Prevence má přitom jak expertní hledisko, kdy jedinec postupuje řadu preventivních testů a nechává se monitorovat, tak i hledisko aktivního rozvíjení zdravého životního stylu. Jedinec je tedy odkázán k neustálé sebekontrolě a intenzivnímu sebezpozorování, čímž dochází k medikalizaci našeho života. Jenže rizika jsou všudypřítomná a jedinci musí být proto neustále ve střehu a pohotově odhalovat všechna ohrožení, která jim hrozí. Riziková společnost tedy vyvíjí na jedince tlak nejen imperativem zdraví, ale zároveň ho nutí k sebevzdělávání, aby mohl on sám zvážit všechna (zdravotní) rizika, která se ho týkají. Přitom za maskou osobní autonomie jedince se skrývá disciplinární povaha dnešního diskurzu zdraví (Parusniková 2000: 137 – 139). Lidé se tak domnívají, že být zdravý, je jejich osobní svobodnou volbou, kterou oni sami drží pevně ve svých rukách.

2.4. Očkování

Očkování je proces, při němž je do těla zdravého jedince úmyslně podán antigen¹ určitého viru, který má v ideálním případě za následek vytvoření imunity organismu vůči tomuto viru. Protilátky, které si tělo tímto procesem samo vytvoří, jsou pak schopné zabránit skutečné nákaze (Hirte 2008: 10 - 11).

Je zřejmé, že objev očkování proti infekčním nemocem přinesl lidstvu větší užitek než jiné kulturní, sociální či vědecké pokroky v historii lidstva (Artenstein 2010: 1). Americká organizace *Centers for Disease Control and Prevention* (1999) dokonce řadí objev očkování na první místo z deseti nejdůležitějších přínosů pro veřejné zdraví, které se udály během 20. století.

2.4.1. Historie očkování

První zmínky o procesu podobném očkování se objevují už ve staré Číně kolem roku 1000. Tehdy tamní vědci zjistili, že překoná-li člověk nákazu pravými neštovicemi, zůstane pak vůči této nemoci imunní. Proto lékaři infikovali už malé děti pravými neštovicemi doufajíce, že nemoc překonají a jejich tělo si vytvoří protilátky (Hirte 2008: 12). Tato metoda byla jistě velmi riskantní, ale při tehdejší dětské mortalitě bylo i případné riziko smrti následkem nakažení zanedbatelné.

Vznik očkování takového, jaké ho známe dnes, se tradičně datuje k roku 1796, kdy anglický lékař Edward Jenner provedl vůbec první aplikaci vakcíny proti pravým neštovicím. Jenner si totiž všiml, že lidé, kteří se nakazili kravskými neštovicemi, pak byli imunní i vůči neštovicím pravým. Naočkoval tedy osmiletého chlapce, kterému aplikoval vakcínu získanou z vřídka kravských neštovic. Poté, po šesti týdnech od očkování, chlapce úmyslně nakazil pravými neštovicemi, avšak chlapec touto nákazou neonemocněl, čímž si Jenner potvrdil účinnost očkování

¹ Jedná se o látku, která je tělu cizí a vyvolává tvorbu protilátek (Hirte 2008: 384).

(Artenstein 2010: 2, Hirte 2008: 12). Jednalo se o poměrně riskantní pokus, nicméně v té době se nikdo příliš nezajímal o etickou stránku věci či o možné smrtelné následky, jimiž by chlapec utrpěl, kdyby se Jennerova hypotéza nepotvrdila.

V průběhu 19. století se očkování proti pravým neštovicím začalo houfně aplikovat, a to i přes rizika a nežádoucí účinky, které byly s vakcinací spojené (encefalitida, fyzické i psychické poškození). Opravdový zlom nastal až koncem 19. století, kdy Louis Pasteur objevil mikroby způsobující řadu onemocnění a tím přispěl k vývoji očkovacích látek. Pasteur zjistil, že i mrtvé bacily zapříčiní imunizaci těla a přitom je jejich aplikace méně riziková než u očkování živými bacily. Zároveň Pasteur zavedl pro očkování pojem *vakcinace* z latinského *vacca*, což znamená kráva, neboť první očkování pocházelo právě z kravských neštovic (Hirte 2008: 13).

Během 20. století se pak postupně vyvíjely další vakcíny jako reakce na epidemie, které zrovna probíhaly. V padesátých a šedesátých letech se začaly v Evropě a v USA objevovat první velké kampaně na podporu očkování proti dětské obrně, které vedly k dramatickému snížení počtu nakažených touto nemocí. V roce 1967 započala Světová zdravotnická organizace pokus o celosvětové vymýcení pravých neštovic. Spustila se tedy celosvětová agitace o účinnosti vakcinace proti pravým neštovicím a zároveň byl v každé zemi, kde očkování probíhalo, pečlivě dokumentován počet nakažených a počet naočkovaných. V roce 1980 prohlásila Světová zdravotnická organizace pravé neštovice za celosvětově vymýcenou nemoc (Hirte 2008: 13-14).

Je tedy zřejmé, že očkování přineslo lidstvu řadu pozitiv, avšak neměli bychom zapomínat i na jeho stinné stránky (jako jsou nežádoucí účinky či doživotní následky, způsobené například enormním množstvím hliníkových solí v očkovacích látkách), které jsou farmaceutickými koncerny zamlčovány a naopak se vyzdvihují jen pozitivní účinky vakcín.

2.4.2. Očkování proti HPV

Očkování proti papilomavírům patří mezi nepovinná a tedy dobrovolná očkování. Jeho aplikace se doporučuje dívkám i chlapcům před zahájením jejich sexuálního života. V ideálním případě ochrání toto očkování dívky před nákazou rizikovými papilomaviry, které by u nich mohly způsobit mimo jiné rakovinu děložního hrdla. U chlapců zase způsobí, že se nenakazí papilomaviry, které by mohly zapříčinit nákazu genitálními bradavicemi či způsobit rakovinu konečníku (Hirte 2008: 281 – 283). Abychom se mohli podrobněji věnovat vakcínám proti papilomavírům a tomu, jak působí, musíme se nejprve důkladněji seznámit s problematikou těchto lidských virů a s tím, jak jejich přenos souvisí s rakovinou děložního hrdla. V následující kapitole se proto budu podrobněji věnovat typům lidských papilomavírů, především pak těm, které způsobují rakovinu děložního hrdla.

2.4.2.1. HPV a rakovina děložního hrdla

Je prokázáno, že rakovina děložního hrdla (neboli čípku) je jako jedna z mála rakovin způsobena virem, konkrétně lidskými papilomaviry (HPV), které se přenáší sexuálním stykem. V současné době patří rakovina děložního hrdla mezi nejčastější karcinogenní onemocnění, kterými ženy trpí. Ročně jí na celém světě podlehne přes 250 000 žen (Frazer 2010: 361). Jedná se tedy o velmi závažnou nemoc, není proto divu, že se celá řada odborníků zaměřila na výzkum této nemoci a soustředila svoji pozornost na vývoj nějaké účinné léčby.

Existuje více než 200 typů lidských papilomavírů, které mohou způsobit jak benigní (nezhoubné), tak i maligní (zhoubné) kožní či slizniční léze. Papilomaviry způsobující benigní léze můžeme považovat za méně rizikové, kdy mezi nejčastější choroby, které způsobují, patří genitální bradavice. Za vysoce rizikové jsou pak považovány papilomaviry způsobující zhoubné léze, které mohou způsobit zmíněnou rakovinu děložního hrdla (Borruto 2012: 7). Odborníci se shodují, že mezi lidskými

papilomaviry existuje celkem 19 typů vysoce rizikových HPV, které jsou schopny způsobit změny na děložním čípku a následně mohou vést až k propuknutí rakoviny děložního hrdla. V současnosti patří choroby způsobené lidskými papilomaviry (genitální bradavice, rakovina děložního hrdla aj.) k nejčastějším sexuálně přenosným nemocem na světě (Hirte 2008: 281).

Mezi rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost nákazy HPV, patří bezesporu vysoký počet sexuálních partnerů, brzké zahájení pohlavního života, nízký věk při prvním porodu a v neposlední řadě také vliv hormonů. Vzhledem k tomu, že rizikovými papilomaviry se žena může nakazit při nechráněném pohlavním či orálním styku, nabízí se tak celkem prostá forma ochrany a předejetí možnosti této nákazy – tou je používání bariérové antikoncepční ochrany, jakou je kondom. Při jeho použití totiž významně klesá riziko přenesení papilomavirů (Borruto 2012: 13, Hirte 2008: 282). Vedle vyvarování se všech rizikových faktorů existuje však ještě jedna možnost, jak se před nákazou papilomaviry bránit, tou je očkování proti HPV, které blíže představím v následující kapitole.

2.4.2.2. Vakcíny proti HPV

Od roku 2006 je na evropském trhu k dispozici první vakcína proti určitým typům HPV s názvem Gardasil (název používaný v USA) nebo také Silgard (název pro evropský trh). Vývoj této vakcíny prováděla firma Merck & Co. Silgard je určen pro dívky a ženy ve věku od 9 do 26 let a také pro chlapce staré 9 až 15 roků. Vakcína obsahuje antigeny ze čtyř typů lidského papilomaviru, a to typ 6, 11, 16 a 18. Zatímco HPV typy 6 a 11 jsou zodpovědné až za 90 procent nákazy genitálními bradavicemi, typy 16 a 18 ze 70 procent způsobují propuknutí rakoviny děložního hrdla. Mimo tyto antigeny HPV jsou ve vakcíně přítomny ještě další doplňkové látky, jako je hliník (225 µg), chlorid sodný aj. (Hirte 2008: 283).

V roce 2007 byla schválena další vakcína jménem Cervarix od firmy GlaxoSmithKline (GSK). Cervarix je určen pro dívky starší 10 let a chrání jen proti HPV typům 16 a 18, mimo to i Cervarix obsahuje další přídavné látky stejně tak jako Silgard jen v rozdílném množství, např. hliníku obsahuje dvakrát víc než Silgard (500 µg), což není zanedbatelné množství. Obě dvě vakcíny Silgard i Cervarix nabízejí jako vůbec první očkování ochranu před rakovinovým onemocněním, proto není divu, že vyvolávají jak u odborné lékařské veřejnosti, tak i u laické veřejnosti (především pak u matek dospívajících dívek) obrovský zájem. Ani jedna z vakcín tedy nemůže být nikdy stoprocentně účinná, protože chrání jen proti dvěma typům HPV způsobujících karcinom děložního hrdla. Jenže existuje dalších 17 kmenů HPV, které mohou být také nebezpečné a rovněž mohou zapříčinit rakovinu děložního čípku. Navíc se celá řada imunologů shoduje na tom, že po vakcinaci Silgardem nebo Cervarixem, kdy dojde k potlačení HPV 16 a 18, se mohou ostatní nebezpečné kmeny HPV chovat daleko agresivněji, než kdyby k žádnému očkování nedošlo (Strunecká, Patočka 2011: 147-156).

Jak již bylo zmíněno, očkování proti HPV je v současné době dobrovolné, je tedy na svobodné vůli rodičů, resp. samotné dívky, zda si vakcínu koupit či nikoliv. V České republice se cena za jednu dávku vakcíny Silgard pohybuje kolem 3500,-Kč, přičemž dávky pro úspěšné naočkování musí být tři. Cena za dávku vakcíny Cervarix je 1852,-Kč a rovněž musí být podána třikrát (Očkování – internetové informační centrum 2013). V současné době hradí zdravotní pojišťovny od 1000,-Kč až do plné výše ceny za očkování, ale musí být proto splněny specifické podmínky, především pak věk očkované dívky (13 – 18 let) (Cervarix 2013).

Avšak, co je u vakcíny Silgard a její alternativy Cervarixu velmi závažné a nestandardní, je proces jejich schválení a uvedení na trh, který vyvolává podezření o vazbě mezi výrobcí očkovacích látek a schvalovacími úřady. Schválení a uvedení na trh vakcíny Silgard v roce

2006 bylo velmi nestandardní, protože výrobce, firma Merck & Co., nemusel doložit žádnou klinickou studii o jejím užitku. K pacientům a pacientkám se tedy dostala vakcína, u níž nebylo provedeno řádné klinické testování o možných vedlejších účincích či dokonce doživotních následcích. O podporu prodeje a distribuce vakcíny Silgard se navíc postarala i Evropská společnost proti rakovině děložního čípku (ECCA), která vakcínu oficiálně doporučila v lednu 2007 v rámci Evropského týdne prevence proti rakovině děložního hrdla. Přitom ECCA je z velké části financována farmaceutickými giganty Sanofi Pasteur MSD (evropský distributor Silgardu, který spadá pod firmu Merck & Co.), Roche a GSK (výrobce Cervarixu). Zároveň od té doby probíhá v celé řadě evropských zemí masivní kampaň na podporu Silgardu či Cervarixu, která účinně „masíruje“ jak lékaře, tak především matky dospívajících dcer, kterých se tato vakcína nejvíce týká (Hirte 2008: 283 - 285). Je tedy otázkou, do jaké míry jde farmaceutickým koncernům o prevenci proti rakovině děložního hrdla a o možnou záchranu života, a do jaké míry je to jen čistý byznys, kde jde především o peníze.

Velmi zarážející je samotné testování Silgardu i Cervarixu, které sice proběhlo, ale to až v době, kdy už byly obě vakcíny schváleny, uvedeny na trh a doporučeny polovině dospívající populace. Testování Silgardu a Cervarixu probíhalo v Nepálu a v Indii v letech 2008 až 2010 (přitom vakcíny jsou na trhu k dispozici již od roku 2006, resp. 2007).

V Nepálu proběhla roku 2008 studie zaměřená na vakcínu Silgard, kdy tamní výzkumníci obdrželi od firmy Merck & Co. 3300 dávek Silgardu. Naočkováno bylo celkem 1096 dívek ve věku od 12 do 16 let. V této studii nejsou uvedeny téměř žádné vedlejší účinky, až na mírnou bolest a zarudnutí v místě vpichu, což se objevilo jen u 8% testovaných dívek. Závěry studie poukazují na dobrou snášenlivost vakcíny a vyzdvihují její přínos v boji proti rakovině děložního hrdla (Singh et al. 2010: 615-616).

Zato studie provedená v indických státech Andrapradéš a Gudžarát tak lehký průběh neměla. Uskutečnila se v roce 2009 a financovaly ji obě firmy – Merck & Co. i GSK. Opět se testovala vakcína Silgard a tentokrát i vakcína Cervarix. Tyto očkovací látky byly podány celkem 24 777 dívkám ve věku od 10 do 14 let. Jednalo se o dívky, které pocházely z chudých poměrů a patřily ke znevýhodněným komunitám. Následkem očkování vakcínou proti HPV zemřely v Indii čtyři dívky a dalších 120 z nich trpělo vážnými vedlejšími účinky jako je bolest hlavy, nevolnost, epilepsie či předčasný přechod. Úmrtí dívek nebylo řádně vyšetřováno, jako důvod jejich smrti se uvedla buďto sebevražda, utonutí nebo podlehnutí nějaké vážné nemoci. Přitom standardní postup klinické studie přímo vyžaduje podrobný záznam a především vyšetřování takovýchto neočekávaných reakcí a komplikací. K tomu však nikdy nedošlo (Sarojini et al. 2010: 27-29). V roce 2010, tedy celý rok po zahájení testování vakcín, se indická vláda rozhodla na popud Indického výboru pro lékařský výzkum zastavit tuto studii a vydala i zákaz v jejím budoucím pokračování (Political News 2010).

O těchto klinických testech se pochopitelně v rámci kampaně na podporu vakcín Silgard a Cervarix vůbec nemluví a ani samotní lékaři o nich mnohdy buďto nevědí, anebo na ně vůbec neupozorňují. Zde tedy vidíme přesný příklad fungování farmaceutického průmyslu, který operuje s lidským zdravím jako komoditou, kterou si můžeme za peníze koupit. Klinické testování je totiž podstatou farmaceutického průmyslu. Farmaceutické firmy hradí klinické experimenty, které jsou stejně jako v tomto případě často prováděny v rozvojových zemích, na jejichž základě potom tyto firmy získávají výhradní povolení k prodeji od FDA (Úřad pro kontrolu potravin a léčiv) (Dumit 2012: 5). Farmaceutické koncerny tedy často provádějí klinické experimenty v těch nejchudších částech světa jako např. v Indii, kde navíc výzkumníci těží z rozšířené ngramotnosti tamní populace, která tak podepíše informovaný souhlas pro testování, aniž by rozuměla významu dokumentu (tyto důležité

dokumenty jsou často v angličtině, které pochopitelně většina tamních obyvatel nerozumí). Nejen, že je testování v těchto rozvojových zemích daleko levnější a pro výzkumníky snazší, ale kdyby se testování nezdařilo, nepřivolá to takovou pozornost okolí, jako kdyby testy probíhaly třeba v USA.

2.4.3. Kampaň na očkování proti HPV v České republice

Nedlouho po tom, co byla vakcína Silgard uvedena na český trh, byla spuštěna kampaň s názvem *Vše co můžu*, která měla za cíl zvýšit její prodej. Tato reklamní kampaň byla sponzorována firmou Merck & Co., které vakcína patří. Spoty kampaně se dostaly do televizního vysílání, na internet a rovněž byly k vidění i v čekárnách gynekologických ordinací, kde běží dodnes. Avšak kampaň *Vše co můžu* přímo útočí na matky dospívajících dcer, kterým radí, aby pro své dcery udělaly vše, co mohou a nechaly je naočkovat. Je samozřejmé, že kampaň vyzdvihuje jen pozitiva dané vakcíny a nezmiňuje se ani o vedlejších účincích, ani o tom, že není nikdy stoprocentní. Pro své tvrzení navíc využívá příkladu „správných“ matek, které nechaly své dcery naočkovat, ty v kampani vystupují a radí dalším matkám, aby to pro svou dceru udělaly také.

V současnosti se reklamní spoty kampaně objevují jen ve specializovaném vysílání, které běží v čekárnách gynekologických ordinací. Kampaň *Vše co můžu* má také velmi dobře propracované webové stránky (www.vsecomuzu.cz), kde si návštěvník může nejenom přehrát reklamní spoty na vakcíny, ale také zde nalezne všechny potřebné informace o vakcínách, o rakovině děložního hrdla i o virech, které ji mohou způsobit. Vedle odborných informací, jsou na stránkách k dispozici i osobní příběhy žen, které se buďto nechaly očkovat či naočkovaly svou dceru. Na stránkách se však objevují jen pozitivní informace o vakcínách, nikde se čtenář nedoče o možných závažných rizicích či podezřele rychlém schválení a uvedení na trh těchto vakcín, jak je podrobně popsáno výše.

3. CÍL PRÁCE

Výzkumný problém, na který se v této práci zaměřuji, souvisí s problematikou skryté moci či biomoci, která skrze působení reklamní kampaně může ovlivňovat jednání jedinců, aniž by si to oni sami uvědomovali. Konkrétně se jedná o kampaň na očkování proti HPV, v rámci které bylo mým cílem odhalit mechanismy biomoci a mocenských technik, jež jsou v kampani užity pro posílení prodeje těchto vakcín. Právě upozorňování na rizika a vhodně zvolené heslo kampaně *Vše co můžu*, které evokuje nutnost a nevyhnutelnost naočkování sama sebe či potomka, může ve výsledku vést k tomu, že příjemce takového sdělení si opravdu danou vakcínu koupí a to jen z toho důvodu, že se prostě cítí být ohrožen tíhou burcujícího sdělení kampaně.

Hlavním cílem této práce tedy bude identifikovat, jakým způsobem kampaň využívá (bio)mocenské mechanismy a upozorňování na rizika, a zda tyto mechanismy mohou skutečně ovlivnit příjemce sdělení v jejich jednání. To bude zjišťováno jednak pomocí polostrukturovaných rozhovorů s matkami (dospívajícími) dívkami, které nechaly své dcery touto vakcínou naočkovat, a jednak skrze obsahovou analýzu obrazového materiálu kampaně na podporu očkování proti HPV virům.

4. METODOLOGICKÁ ČÁST

Provedený výzkum byl výzkum kvalitativní a byly při něm použity dvě metody sběru dat: (1) polostrukturované rozhovory s dvaceti respondentkami; (2) obsahová analýza obrazových materiálů kampaně *Vše co můžu*.

4.1. Polostrukturované rozhovory

Polostrukturované rozhovory probíhaly od října 2013 do ledna 2014 a byly provedeny s dvaceti respondentkami. Jedná se o metodu, která je v kvalitativních výzkumech hojně využívána, stejně jako je dotazníkové šetření typické pro kvantitativní výzkumy, je právě metoda rozhovoru typická pro kvalitativní výzkumy.

Metoda rozhovorů se v rámci kvalitativního výzkumu nevyužívá jen jako cesta k získání odpovědí na otázky tazatele, ale spíše je zaměřená na pochopení žité zkušenosti respondenta a na to, jak on sám této zkušenosti rozumí či jaký jí dává význam. Rozhovory nám tedy mohou zprostředkovat přístup ke kontextu lidského chování a tím vlastně poskytují cestu, jak můžeme toto chování pochopit (Seidman 2006: 9-10).

Existuje mnoho typů rozhovorů, které se využívají v rámci kvalitativního výzkumu k získání dat. Hendl (2008) rozlišuje celkem pět typů rozhovorů: strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, rozhovor pomocí návodu (neboli polostrukturovaný či částečně řízený), neformální rozhovor, narativní rozhovor či fenomenologický rozhovor. Rozhovor pomocí návodu přitom Hendl (2008) chápe jako takové interview, které je výzkumníkem řízeno pomocí předem připraveného návodu, jenž obsahuje základní témata a otázky, kterým se chce výzkumník věnovat (Hendl 2008: 173-180). Právě metoda rozhovoru pomocí návodu neboli polostrukturovaného rozhovoru byla použita v tomto výzkumu, a to především z toho důvodu, že se jedná o metodu, která je výhodná předem připraveným schématem okruhů otázek, na které se výzkumník

ptá, takže zajišťuje, že se interview bude týkat jen zvolených okruhů a respondent „neuteče“ od kýženeho tématu. Polostrukturované rozhovory totiž kombinují flexibilitu nestrukturovaných rozhovorů se směrovností a agendou výzkumného instrumentu, což vede k získání kvalitativních a fokusovaných dat. Otázky pokládáné výzkumníkem jsou tedy předem připravené a řídí se podle stanoveného scénáře, který je pro všechny dotazované stejný. Odpovědi respondentů jsou však volné a otevřené, výzkumník tak může podle potřeby na tyto odpovědi reagovat či se je snažit více rozvinout (Schensul et al. 1999: 149). Scénář rozhovorů byl tedy povětšinou stejný, až na drobné nuance, které vplynuly ze situace. Nejčastěji se jednalo o situace, kdy se respondentky přede mnou styděly a nebylo jim příjemné hovořit o osobních věcech, jako je zdraví jejich dcery či jejich vlastní životní situace. V takových případech jsem se snažila navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru a když to bylo nutné, na chvíli jsem i odbočila od tématu a s respondentkou jsem si povídala o běžných věcech (práce, koníčky aj.). To proto, abych ji uklidnila a získala její důvěru a ochotu svěřit se mi se svými pocity.

Zde jsou uvedeny otázky, které byly v rozhovorech pokládány:

- Kdy jste se poprvé dozvěděla o možnosti očkovat svou dceru proti virům lidského papilomaviru, který způsobuje rakovinu děložního čípku?
- Proč jste se rozhodla pro očkování Vaší dcery?
- Brala jste možnost očkovat Vaše dcery jako rodičovskou povinnost? Jako něco, co musíte udělat?
- Cítíte zodpovědnost za zdraví Vašich dětí?
- Podílel se na hrazení tohoto očkování i Váš partner?
- Zjišťovala jste si nějaké další informace o vakcíně proti rakovině děložního čípku, popř. kde?

- Když si vzpomenete na kampaň, která byla vedena na podporu toho očkování (Pro svou dceru udělám vše, co můžu), tak jaké pocity ve Vás vyvolávala?
- Co si myslíte o tom, když Vám lékař něco doporučí?
- Když jste se rozhodovala, zda nechat svou dceru očkovat, vnímala jste nějaký tlak okolí na Vaše rozhodnutí?
- Změnil se postupem času Váš názor na toto očkování?

Výzkumný vzorek se skládal z dvaceti respondentek, přičemž kritérium pro jejich výběr byl především fakt, že jsou matkami dcer, které nechaly naočkovat vakcínou proti rakovině děložního čípku. Respondentky pro svůj výzkum jsem získala pomocí kontaktů mé matky, která s většinou respondentek (třináct z nich) pracuje ve stejné firmě a osobně se s nimi zná. Pomocí emailových adres, které mi moje matka poskytla, byly respondentky kontaktovány nejprve prostřednictvím informačního emailu, kde byly představeny základní informace o výzkumu a o účelu rozhovoru, který by případně poskytly. Zároveň byly v tomto emailu požádány o poskytnutí rozhovoru. Kontakty na zbývajících sedm účastnic výzkumu, které nepracují ve stejné společnosti jako moje matka, jsem získala pomocí metody sněhové koule, kdy mi jejich emailové adresy poskytly již oslovené respondentky, jednalo se tedy o jejich známé či kamarádky. Díky tomu, že mě většina respondentek skrze moji matku osobně znala, byla zaručena velká ochota podílet se na výzkumu. Další výhodou, která plynula ze skutečnosti, že nešlo o úplně neznámé lidi, byla v tom, že se respondentky nestyděly přede mnou otevřeně hovořit o svých názorech, myšlenkách a postojích.

Po navázání prvotního kontaktu skrze emaily jsem si s každou respondentkou domluvila osobní rozhovor. Ten se zpravidla uskutečnil v kavárně, která je nedaleko místa pracoviště většiny dotazovaných. Respondentce jsem jako revanš za její ochotu a za její obětovaný čas tomuto rozhovoru zaplatila útratu v kavárně. Každý rozhovor byl se

souhlasem respondentky nahráván na diktafon a trval přibližně třicet minut až hodinu.

Po uskutečněném rozhovoru byla získaná data přesně přepsána do programu Microsoft Word a následně byla ve stejném programu i analyzována. Každý rozhovor byl uložen pod jménem dané respondentky jako samostatný soubor, následně jsem si různými barvami zvýrazňovala pasáže, které se týkaly stěžejních témat tohoto výzkumu. Takto jsem si zvýraznila výpovědi všech respondentek, přičemž pro stejná témata byla vždy zvolená ta samá barva. Následně jsem si do nového souboru zkopírovala ty pasáže výpovědí, které měly stejnou barvu – týkaly se tedy stejného tématu. Takto upravené a setříděné výpovědi jsem pak podrobně analyzovala. Výsledky této analýzy jsou uvedeny v kapitole 5.1.

4.1.1. Respondentky

Zde jen v krátkosti představím účastnice výzkumu. Všem účastnicím byla pozměněna jména pro zachování jejich anonymity:

- Magda, věk 38 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 16 let. Pro očkování se Magda rozhodla, když bylo dceři 14 let.
- Adéla, věk 41 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 19 let. Pro očkování se Adéla rozhodla před čtyřmi lety.
- Mirka, věk 45 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 24 let. Pro očkování se Mirka rozhodla před pěti lety.
- Hanka, věk 45 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 25 let. Pro očkování se Hanka rozhodla, když bylo dceři 17 let.
- Iveta, věk 52 let, středoškolské vzdělání, dcery ve věku 23 a 29 let. Obě dcery nechala naočkovat před osmi lety.
- Bára, věk 39 let, středoškolské vzdělání, dcery ve věku 18 a 23 let. Obě dcery naočkovány, když jim bylo 15 let.

- Alice, věk 43 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 25 let. Dcera byla naočkována před sedmi lety.
- Markéta, věk 36 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 15 let, naočkována před dvěma lety.
- Ivana, věk 51 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 29 let. Byla naočkována před šesti lety.
- Dominika, věk 33 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 11 let. Dcera byla naočkována minulý rok.
- Sabina, věk 46 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 23 let. Sabina nechala dceru naočkovat před osmi lety.
- Tereza, věk 28 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 11 let. Naočkována byla před dvěma lety.
- Denisa, věk 41 let, vysokoškolské vzdělání, dcery ve věku 17 a 21 let. Obě byly naočkovány před čtyřmi lety, mladší ve svých 13 letech a starší v 17 letech.
- Lenka, věk 49 let, středoškolské vzdělání, dcery ve věku 21 a 24 let. Obě dvě naočkovány před osmi lety.
- Zdeňka, věk 35 let, vysokoškolské vzdělání, dcera ve věku 13 let. Dcera byla naočkována v loňském roce.
- Eva, věk 47 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 20 let. Eva nechala dceru naočkovat před šesti lety.
- Šárka, věk 38 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 16 let. Dcera byla naočkována před třemi lety.
- Jiřina, věk 35 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 14 let. Byla naočkována v loňském roce.

- Alena, věk 53 let, vysokoškolské vzdělání, dcery ve věku 26 a 28 let. Obě dvě dcery naočkovány současně před osmi lety.
- Karolína, věk 36 let, středoškolské vzdělání, dcera ve věku 16 let. Karolína nechala dceru naočkovat před třemi lety.

Dále bych chtěla podotknout, že všechny mé respondentky pocházejí z přibližně stejné sociální vrstvy. Jedná se o bílé ženy ze střední vrstvy, které mají zaměstnání, většina z nich (krom dvou) má partnera a jsou finančně zajištěné. Vědoma si této skutečnosti, chtěla jsem pro svůj výzkum nalézt i ženy z odlišné sociální vrstvy či odlišné barvy pleti. Nicméně to se mi nepodařilo – ve svém okolí ani v okolí mých respondentek jsem nenašla žádnou odlišnou ženu – matku, která by nechala naočkovat svoji dceru vakcínou proti HPV. To jen dokazuje, že i v dnešní době stále přetrvávají nerovnosti ve zdraví a ve zdravotní péči, kterou si jedinec může dovolit.

4.2. Obsahová analýza kampaně

Kvalitativní obsahová analýza je metoda výzkumu, která se používá k analyzování obsahu nejrůznějších formátů. Pomocí této metody můžeme analyzovat např. knihy, noviny, televizní vysílání či internetové stránky. Hlavním cílem takovéto analýzy je porozumění zprávě, tedy hlavnímu poselství či sdělení, které dané médium svému publiku přináší. Přičemž výzkumy, ve kterých se uplatňuje obsahová analýza, se zaměřují buďto na vliv mediálního sdělení na publikum, anebo se výzkumníci snaží pouze popsat sdělení obsažené v médiu či ho porovnat s ostatními mediálními sděleními (Manganello, Fishbein 2009: 3). V tomto případě bude metoda kvalitativní obsahové analýzy využita právě pro účel deskripce sdělení, které obsahuje reklamní kampaň na podporu vakcíny Silgard *Vše co můžu*. Konkrétně jsem analyzovala reklamní spoty této kampaně a dodatečný obrazový materiál (plakáty, billboardy). Při této analýze jsem se zaměřila na témata a hesla, která se v rámci kampaně nejčastěji objevují. Zajímala jsem se také o upozorňování na rizika, uvádění pozitivních či negativních příkladů ze života a o formy zastrašování, které jsou v kampani přítomny. Výsledky obsahové analýzy jsou blíže popsány v kapitole 5.2.

5. ANALÝZA DAT

V této kapitole budou představeny výsledky plynoucí jednak z analýzy polostrukturovaných rozhovorů a jednak výsledky z obsahové analýzy kampaně *Vše co můžu*.

5.1. Analýza rozhovorů

V analýze polostrukturovaných rozhovorů jsem se soustředila na sedm hlavních témat, o kterých jsem se všemi respondentkami hovořila. Jedná se o témata, která vyplynula z mých otázek, jež jsem kladla respondentkám a na základě kterých se pak respondentky o těchto tématech samy rozmluvily. Každému z těchto témat je věnována samostatná podkapitola.

5.1.1. Prvotní seznámení s vakcínou

Téma týkající se prvního seznámení s vakcínou proti rakovině děložního čípku je pro mou práci velmi důležité. To z toho důvodu, že jsem se snažila zjistit, jakým způsobem se respondentka prvně dozvěděla o možnosti nechat naočkovat svoji dceru touto vakcínou. Mým cílem bylo zjistit, zda v samotném procesu seznamování se s možností vakcinace sehrála i svou roli reklamní kampaň, která byla vedena na podporu tohoto očkování.

Analýza však ukázala, že respondentky se o možnosti naočkovat své dcery dozvěděly také prostřednictvím dětských lékařů jejich dcer:

„O této vakcíně jsem se prvně dozvěděla od dětské lékařky mé dcery a to bylo v roce 2009. Pak jsem taky vnímala tu kampaň, ale to už jsem věděla, o co jde od tý doktorky.“ (Adéla, 41 let)

Obdobnou zkušenost s dětskou lékařkou svých dcer popisovala i Bára:

„Tak vlastně já jsem nechala naočkovat dcery v patnácti letech, čili to je nějakých osm let zpátky, takže před osmi lety. A tenkrát mi o tom řekla jejich doktorka. Mně to hodně nadchlo, protože jsem si říkala, že je to přeci skvělý, že je můžu ochránit před rakovinou. Navíc já jsem to měla, tu rakovinu jsem fakt chytla, takže jsem je prostě chtěla proti tomu tak nějak pojistit.“ (Bára, 39 let)

V případě Báry svou roli sehrála i její vlastní zkušenost s nákazou viry HPV a následným propuknutím rakoviny, což bude podrobněji rozebráno níže.

Reklamní kampaň na podporu očkování proti infekci HPV byla také jedním z hlavních prostředků, jak se o této možnosti respondentky dozvěděly:

„Já jsem se o tý vakcíně dozvěděla díky tý kampani, to bylo někdy před deseti lety asi. A musím říct, že mě ta kampaň celkem zasáhla, protože mi ukázala návod, jak můžu svoji holčičku ochránit.“ (Hanka, 45 let)

„Já si pamatuju na tu reklamu, jak běžela v televizi a pak to bylo taky všude, v novinách, na plakátech, vlastně to na vás koukalo z každé strany.“ (Mirka, 45 let)

„No, já vím, že jsem seděla v čekárně u svýho gynekologa a tam běžela taková ta smyčka v televizi, jak to pouštěj v čekárnách. No a protože jsem tam seděla nějaký dvě hodiny, tak jsem za tu dobu viděla tu reklamu snad desetkrát, takže jsem se pak na to toho doktora ptala.“ (Karolína, 36 let)

Karolína uvedla, že se s kampaní, resp. s vakcínou setkala díky specializovanému vysílání, které se pouští v čekárnách lékařských ordinací. V jejím případě šlo o čekárnu u gynekologa. Jedná se zpravidla o několikaminutovou smyčku, která se opakuje stále dokola a do pacientů v čekárně je tak „huštěna“ celá řada reklam a doporučení, které jsou zaměřeny na různé farmakologické přípravky. Toto vysílání je přitom financováno právě farmaceutickými společnostmi, které tak mají široké pole působnosti pro reklamy na jejich výrobky. Zde tedy vidíme příklad

z praxe, jak může fungovat farmaceutický průmysl a jaké prostředky ke své činnosti volí. To přímo souvisí s tím, co ve své práci popsala Parusniková (2000), tedy, že zdraví se stalo komoditou a pomáhá tak utvářet výnosný průmysl, na němž participují nejen farmaceutické společnosti (Parusniková 2000: 131).

Toto téma se týkalo seznámení se s možností očkování proti rakovině děložního čípku. V rámci tématu se ukázalo, že zhruba z poloviny byly respondentky informovány o možnosti očkování od dětských lékařů jejich dcer, nicméně druhá polovina respondentek uvedla, že se o vakcínu začala zajímat právě až po zhlédnutí reklamní kampaň. V tomto směru se tedy prokázalo, že kampaň skutečně používá prvky, díky kterým působí na příjemce a ovlivňuje jejich jednání.

5.1.2. Důvod k očkování

V rámci tohoto tématu jsem se snažila postihnout to, co přesně vedlo respondentky k rozhodnutí naočkovat svou dceru. Opět jsem se soustředila na to, jakou možnou roli v procesu rozhodování mohla sehrát reklamní kampaň.

Téměř všechny respondentky ale uvedly, že hlavní důvod, kvůli kterému se rozhodly nechat svoji dceru naočkovat, byla obava o její zdraví. Denisa uvedla jako stěžejní důvod pro očkování právě ochranu zdraví jejich dcer, zároveň však tuto možnost vnímá jako pojistku do budoucna:

*„Pro očkování jsem se rozhodla hlavně z důvodu ochrany jejich zdraví. Chtěla jsem, aby byly zdravé a aby se nemusely bát aspoň tohoto typu rakoviny.“
(Denisa, 41 let)*

Stejný důvod uvedla i Sabina, pro kterou byl rovněž velmi důležitý fakt, že pomocí očkování poskytne své dceři prevenci před propuknutím rakoviny:

*„No určitě jsem ji chtěla poskytnout ochranu před rakovinou, na kterou mimochodem zemřela moje matka. Takže možná i proto jsem se tak rozhodla.“
(Sabina, 46 let)*

Sabina zároveň uvedla i další důvod, který mohl velmi pozitivně ovlivnit její rozhodnutí – její vlastní matka rakovině děložního hrdla podlehl. Tento silný moment v jejím životě a osobní zkušenost s rakovinou tak mohla přímo ovlivnit její další chování.

Osobní zkušenost s tímto typem rakoviny se objevila i u jiné respondentky Bány, o které již byla řeč výše:

„Navíc já jsem to měla, tu rakovinu jsem fakt chytla, takže jsem je prostě chtěla proti tomu tak nějak pojistit.“ (Bára, 39 let)

Je zřejmé, že právě osobní zkušenost s rakovinou, kterou prožily dvě z respondentek, jim pozměnila pohled na celou problematiku. K hrozbě rakoviny, kterou by navíc mohly onemocnět jejich dcery, tak přistupují s daleko větší obavou, než která se projevovala u ostatních respondentek.

Dalším tématem, které se objevovalo při dotazu na to, co přimělo respondentky k rozhodnutí svoji dceru naočkovat, byl vliv jejich okolí, nejvíce pak hovory s jejich kamarádkami:

„No tenkrát jsem se o tom hodně bavila s holkama v práci, furt jsme to probíraly (...) já se pak rozhodla, že ji nechám naočkovat. Protože, kdybych to neudělala a ona to fakt chytla, tak bych si to nikdy neodpustila (...) že jsem měla tu možnost tomu zabránit.“ (Alice, 43 let)

Zároveň zde Alice přiznává i obavu z toho, co by se stalo, kdyby svoji dceru očkovat nenechala a ona by se infekcí HPV nakazila.

Z této analýzy vyplývá, že ženy – matky se cítí být zodpovědné za zdraví svých dcer a považují ochranu jejich zdraví za svoji rodičovskou či mateřskou povinnost. To odráží genderovou dělbu práce, která je

přítomna v tradičních patriarchálních rodinách, kdy žena má na starosti domácnost, výchovu a péči o děti, zatímco mužova role spočívá ve vydělávání peněz a finančním zabezpečení rodiny (West, Zimmerman 1987: 127-128). Ačkoliv v dnešní době už není tento model genderové dělby práce v rodině tak typický a můžeme i říci, že je díky ženské emancipaci již překonán, podle výpovědí mých respondentek je v nich stále zakořeněna představa, že péče o dítě, tedy i o jeho zdraví, je výhradně ženskou úlohou.

Zde se ukázalo, že hlavním důvodem, proč se respondentky rozhodly své dcery naočkovat, byla starost o jejich zdraví a touha po tom, aby dcery byly do budoucna ochráněny proti tomuto typu rakoviny. Zároveň se ukázalo, že všechny respondentky se cítí být zodpovědné za zdraví svých dětí. Ačkoliv se v rámci tohoto tématu nepotvrdil jako důvod pro očkování samotná kampaň, domnívám se, že i v tomto případě sehrála kampaň svou skrytou, manipulativní roli. Neboť právě díky upozornění, které kampaň přinesla, mohly matky pociťovat zvýšený strach o zdraví své dcery, a proto jednaly tak, aby ji co nejvíce ochránily, tedy nechaly ji naočkovat.

5.1.3. Zdroje dalších informací

Zde jsem se zajímala o to, zda si respondentky hledaly další informace jednak o rakovině děložního čípku a jednak o samotném očkování proti HPV, příp. o jeho možných nežádoucích účincích atd. Tyto skutečnosti jsou pro výzkum důležité z toho důvodu, že jsem chtěla zjistit, zda respondentkám stačily informace, které jsou uváděny v kampani *Vše co můžu* anebo zda cítily potřebu si dohledat podrobnější údaje.

Mirka uvedla, že se o vakcínu začala podrobněji zajímat až po zhlédnutí kampaně, a to prostřednictvím informačního a propagačního letáku, který si vzala v ordinaci své gynekologické lékařky:

„No prvně jsem to zaznamenala, když jsem viděla kampaň v televizi. Pak když jsem byla na gyndě, tak tam byl na stolku nějaký informační leták, tak ten jsem si vzala domů, abych si ho mohla v klidu přečíst. No a pak jsem se ptala až mojí gynekoložky, co si o tom myslí a aby mi řekla, jestli do toho jít.“ (Mirka, 45 let)

Zároveň Mirka uvedla, že rozhodnutí, zda očkovat či nikoliv, konzultovala se svojí gynekologickou lékařkou, ke které má důvěru. Stejně jako Mirka i Hanka sháněla informace prostřednictvím informačních letáků, které našla v gynekologické ordinaci svého lékaře:

„Ano, o té nemoci i o těch lidských virech jsem do té doby nic nevěděla. Až když se spustila ta kampaň, tak se o tom začalo víc mluvit. Mě to hodně zajímalo, protože jsem chtěla mojí dceru ochránit, nejlépe před vším. Takže jsem si četla všechny možné letáky, co byly tenkrát u gynekologa. Pak jsem se o tom bavila se známýma. Na netu jsem tenkrát ještě nebyla moc schopná, takže tam si informace hledám dneska, ale tenkrát ne. Takže asi největší váhu pro mě měl stejně názor mého gynekologa, kterej mi řekl, že svou dceru naočkoval taky.“ (Hanka, 45 let)

Hanka navíc uvedla, že v dnešní době si vyhledává další potřebné informace na internetu, nicméně v době, kdy byla její dcera očkovaná (před osmi lety) neuměla s internetem tak dobře pracovat, aby si mohla další informace vyhledat. Hanka ale také uvedla, že ji nejvíce ovlivnil názor jejího lékaře, který svou dceru nechal naočkovat také.

Respondentka Tereza uvedla, že si na internetu hledala informace o rakovině děložního čípku a právě zjištění, jak moc je tato nemoc nebezpečná, bylo pro její rozhodnutí stěžejní:

„Jojo, hledala jsem si i další informace, hlavně na netu. Hlavně jsem pořádně nevěděla, co to je ta rakovina děložního hrdla a jak to vlastně vzniká. No a když jsem se někde dočetla, jak je to hrozně nebezpečný, tak už jsem ani neváhala, prostě bylo jasno.“ (Tereza, 28 let)

„Já jsem si o tom hodně popovídala se spolužačkou ze střední, víš, ona je doktorka, tak jsme si zašly na víno a rozebíraly jsme to. No a ona mi to v podstatě

doporučila, protože věděla, o co jde. Pak jsem se na to ptala i mojí doktorky a ta mi to jen potvrdila, jako že jo. Ale jinak jsem se po tom nijak nepídila, stačily mi ty informace, co byly v tej reklamě.“ (Alena, 53 let)

Paní Alena uvedla, že si žádné další zdroje informací o vakcíně či o rakovině děložního hrdla nehledala, ale že jí stačilo, co jí doporučila její kamarádka lékařka. Zároveň Alena dodala, že jí k jejímu rozhodnutí naočkovat své dcery stačily informace, které byly obsaženy v reklamní kampani na vakcínu. Respondentka Šárka, která svou dceru nechala naočkovat před třemi lety, si vyhledávala informace na internetu. Nicméně uvedla, že našla ty stejné informace, které již znala díky kampani na očkování proti HPV:

„Já jsem si o tom hodně hledala na internetu, četla jsem i různé diskuze, ale nikde jsem nenarazila na nějaký negativní informace. Vlastně se mi jenom potvrdilo to, co jsem už slyšela díky té kampani.“ (Šárka, 38 let)

Analýza tématu, které se týkalo zdrojů informací, odkud si respondentky mohly zjišťovat další fakta o vakcíně či o rakovině děložního hrdla, ukázala, že respondentky jsou více méně zvyklé na vyhledávání si potřebných informací o lécích či nemocech na internetu. Ukázalo se však, že respondentky, které své dcery nechaly naočkovat před delší dobou, ještě nebyly zvyklé ani schopné si tyto informace na internetu vyhledat. Zato respondentky, jež nechaly své dcery naočkovat v nedávné době tuto možnost hojně využívají a využily ji i v době, kdy se o možnosti naočkování své dcery rozhodovaly. Respondentky, které si dodatečné informace na internetu nehledaly, se více spoléhaly na tištěné materiály, které jsou ale součástí propagační kampaně na očkování, a také se více radily se svými lékaři či lékařkami.

Toto téma přímo dokládá, jak funguje upozorňování na rizika, které je v kampani obsaženo. Respondentky mnohdy o existenci této nemoci ani nevěděly, natož pak o možnosti samotného očkování proti ní. Až se spuštěním reklamní kampaně se řada z nich o tomto onemocnění dozvěděla a kampaň je podnítila v tom, aby si o dané problematice

nalezly další informace. Ty si respondentky zjišťovaly jednak pomocí internetu a jednak pomocí informačních letáků a plakátů, které jsou však také součástí kampaně, příp. možnost očkování ještě konzultovaly s lékařem. Právě plakáty a letáky, které jsou i dnes k vidění a dostání v celé řadě gynekologických či dětských ordinací, hojně upozorňují na rizika spojená s možnou nákazou HPV. Lupton (2013) ve své práci hovoří o všudypřítomnosti nejrůznějších rizik, která jsou však vnímána jako něco, s čím se musí jedinec sám vypořádat a čemu musí předcházet nějakou svojí intervencí. Se samotnou intervencí jedince se pak pojí jeho samostatná volba a pocit zodpovědnosti či viny (Lupton 2013: 37). Respondentky tedy byly upozorněny na riziko a jejich pocit zodpovědnosti za zdraví jejich dcer a zároveň možný pocit viny, kdyby skutečně k nákaze došlo, zapříčinil to, že se respondentky rozhodly intervenovat – tedy naočkovat svoji dceru vakcínou proti HPV.

5.1.4. Vnímání kampaně

V této části analýzy jsem se zabývala pocity, které vyvolala kampaň *Vše co můžu* v respondentkách. Během našich rozhovorů jsem je žádala, aby mi převyprávěly právě své pocity, které měly při sledování této kampaně. Respondentky nejčastěji uváděly, že je kampaň vystrašila a podnítila je, aby se začaly o problematiku rakoviny děložního čípku zajímat:

„Noo, že snad musíme všichni dostat rakovinu děložního čípku, asi tak a že teda zákonitě s tím musím něco udělat, aby ty moje holčičky to nechytly. Tak asi tak.“ (Bára, 39 let)

Lenka pozitivně hodnotila informační obsah kampaně. Zároveň podotkla, že právě díky zhlédnutí této kampaně dostala možnost naočkovat své dcery a ochránit je tak před nákazou nebezpečnými typy HPV:

„Já jsem se o ně začala hned bát, aby to nechytly nebo aby snad na to dokonce neumřely. Vůbec jsem do té doby netušila, že je nějaká rakovina, která se dá chytnout, takže mě to docela překvapilo. Taky jsem uvítala tu možnost toho očkování, protože to byla jasná volba. Dokonce bych řekla, že mi ta kampaň tak trochu otevřela oči.“ (Lenka, 49 let)

Objevily se i další pozitivní ohlasy na provedenou reklamní kampaň, jako v případě Zdeňky:

„Na mě ta kampaň působila tak jako mile, všichni se v ní usmívají, jsou v ní vidět maminky s dcerami, jak se objímají, jak se mají rádi. Čišel z toho na mě pocit lásky a jistoty (...) měla jsem z toho takovej dobrej pocit.“ (Zdeňka, 35 let)

Ale spíše u respondentek převládaly negativní pocity, které v nich kampaň vyvolala:

“Mě ta kampaň trochu štvala, protože jsem ji viděla snad stokrát, nejdřív u toho gynekologa a pak byla snad všude. Ale jako ten její obsah mi přišel celkem smysluplněj. Prostě to dávalo smysl, dát ji naočkovat.“ (Karolína, 36 let)

„No, mě to přišlo takový hodně štvavý, jako že jim jde vyloženě jenom o zvýšení prodeje té vakcíny. Takže nejdřív jsem k tomu byla hodně skeptická, jenže pak jsem se o tom bavila se známýma a i s různějma doktorama a vlastně všichni mi to doporučili, takže jsem Lucku nakonec taky nechala naočkovat.“ (Dominika, 33 let)

Poslední úryvek z rozhovoru s Dominikou ukazuje, že ačkoliv sama respondentka vnímala kampaň negativně a nenechala se jí úplně ovlivnit, tak se stejně danou možností očkování začala zabývat a konzultovala ji se svým okolím i s lékaři. Na základě jejich doporučení a zkušeností pak nechala svou dceru naočkovat. Můžeme tedy shrnout, že kampaň plní svoji úlohu velmi dobře: protože šokuje, straší a zároveň nabízí vhodné řešení, zkrátka vyvolává pozitivní i negativní emoce. I přesto, že se některým lidem (např. jako Dominice) nezamlouvá, stejně dosáhne svého cíle tím, že nastolí téma k diskuzi a v podstatě donutí

veřejnost k tomu, aby o tomto problému začala přemýšlet. Setkáváme se zde s typem moderní individualizující moci tak, jak o ní mluvil Foucault (Foucault 1996: 206 - 207). Skrze působení kampaně jsou matky dcer v podstatě ovládány a nevědomky přinuceny k tomu, aby opravdu nechaly své dcery naočkovat. V kampani je přitom kladen důraz na svědomí každé matky, čímž je vlastně matka (subjekt) ovládána a kampaň docílí toho, že matka se naoko sama rozhodne pro volbu očkování a má pocit, že toto rozhodnutí udělala samostatně, ale přitom k tomu byla nenápadně přinucena. Můžeme tedy říci, že se v působení kampaně objevují (bio)mocenské prvky, které se dle Foucaulta (1999) zaměřují na život jako takový, na jeho kultivaci a především kontrolu (Foucault 1999: 158 – 161).

V rámci tohoto tématu bylo zjišťováno, jak respondentky danou kampaň vnímaly a jaké v nich vyvolávala pocity. Několik respondentek uvedlo, že kampaň vnímaly pozitivně a že z ní měly dobrý pocit. Také vyzdvihly informativní přínos kampaně. Nicméně většina respondentek při svých výpovědích uváděla, že kampaň na ně působila negativně, vyvolala v nich pocity strachu a obavy o zdraví své dcery. Právě tyto obavy je pak vedly k tomu, že svou dceru nechaly naočkovat vakcínou proti HPV. I toto téma tedy potvrdilo přítomnost skryté moci, kterou kampaň využívá k manipulaci jedinců.

5.1.5. Doporučení od lékaře

V rámci tohoto tématu jsem se zaměřila na to, jakým způsobem respondentky nakládají s doporučením od lékaře, zda ho považují za jediné správné nebo si hledají doplňující informace např. na internetu, v odborných časopisech aj. Mou snahou bylo zjistit, jakou váhu přiřkládají matky lékařským doporučením, jinými slovy jakou pozici má instituce medicíny v dnešní společnosti, zda je stále onou dogmatickou institucí, anebo zda již byla důvěra v ni nabourána.

„Hmm, záleží teda na tom, kterej doktor mi to doporučí. Ale tý dětský lékařce jsem věřila. K tý jsme chodily celý léta a tý jsem teda věřila.“ (Markéta, 36 let)

Markéta kladla silný důraz ve své výpovědi na fakt, že danou lékařku znala poměrně dlouhou dobu, a proto jí plně důvěřovala. Zároveň naznačila, že nekládá důvěru úplně do každého lékaře, ale záleží jí na tom, o kterého lékaře se jedná, jak dlouho ho zná a jaké s ním má zkušenosti.

Objevily se však i výpovědi, ve kterých bylo naznačeno, že respondentky již lékařům plně nedůvěřují, jako v případě Ivety:

„Zjišťuju si i další dostupné informace, v dnešní době to už není takovej problém jako třeba před revolucí (...) asi jsem jim [lékařům] přestala plně důvěřovat, jsou toho přece plný noviny, že se ten a ten zmýlil a to a to udělal blbě, takže si myslím, že jejich doporučení nemůže bejt nikdy úplně stopro.“ (Iveta, 52 let)

Iveta tedy nepřímo uvádí, že instituce medicíny již pro ni ztratila svoji důvěryhodnost a to dokazuje na případech, kdy byla prokázána lékařská pochybení či nesprávně stanovené diagnózy, jejichž následky mohou být smrtelné.

To respondentka Hanka, která pracuje v medicínském průmyslu, dokonce mluví o možné finanční propojenosti farmaceutického průmyslu s lékaři:

„Dnes už si i přes doporučení lékaře hledám další informace, již nedůvěřuju. Obávám se, že preferují především své vlastní zájmy, které korespondují se zájmy farmaceutických lobby.“ (Hanka, 45 let)

Hanka tedy naznačuje, že lékaři pro ni nejsou důvěryhodní a to z toho důvodu, že se obává možné korupce či finanční spolupráce mezi lékaři a zástupci farmaceutických firem. Jedná se o širší problém, protože v takovém případě, kdy by docházelo k úplatkářství ze strany farmaceutických dealerů směrem k lékařům, by se mohlo stávat, že lékař

by schválně předepisoval určité medikamenty pouze jedné značky, takže zisky z jejich prodeje by šly do kapsy právě zástupcům farmaceutických firem. Takové případy se v praxi skutečně dějí, nicméně nejsou o nich žádné důvěryhodné důkazy či snad seriózní výzkumy, z toho důvodu se tomuto tématu již nebudu více věnovat.

Analýza výpovědí na téma doporučení od lékaře a jeho důvěryhodnost ukázala, že většina respondentek již nepovažuje lékařské doporučení za jediné správné a raději si hledá ještě doplňující informace především na internetu. Takový postup může mít několik vysvětlení: jedním z nich může být pouhý fakt dostupnosti dalších informací, která je díky internetu velmi snadná a jednoduchá. Dalším možným vysvětlením, proč lékaři ztrácejí na své důvěryhodnosti, se může týkat tzv. *iatrogenese*, o které mluví Illich (2012) a jejích následků. Jak zmínila Iveta, ji odrazuje od plné důvěry v lékaře především horentní počet případů, kdy došlo k nejrůznějším pochybení lékaře. Právě lékařským pochybením neboli *klinickou iatrogenézí* se ve své práci zabývá Illich (2012), který ji vnímá jako následek medicínského pokroku, jenž dospěl až k nadvládě medicíny. Dále se Illich (2012) zaměřil i na *sociální iatrogenezi*, která rovněž velmi úzce souvisí s výpověďmi respondentek. V rámci *sociální iatrogenese* totiž dochází k tomu, že lékařská praxe podporuje nemoc a zároveň se snaží povzbudit lidi k tomu, aby se stali konzumenty léčebné a preventivní medicíny (Illich 2012: 42). Tyto své myšlenky sepsal Illich (2012) již v roce 1974. Samozřejmě, že se situace od té doby výrazně proměnila, ale s prvky jím popisovaných iatrogenézí se setkáváme dodnes. Možná právě proto, že se společnost už po dlouhou dobu potýká s projevy iatrogenese, vytvořila si vůči ní obranyschopnost ve formě plného nedůvěřování lékařským profesionálům a zjišťováním si dalších informací např. skrze internet.

Tento fakt souvisí také s proměnou pacientů v konzumenty, kterou představil ve své práci Rose (2007). Právě díky dostupnosti mnohých informací, které si pacient může nalézt pomocí internetu, došlo k tomu, že

pacienti již nejsou plně závislí na tom, co jim jejich ošetřující lékař sdělí. Pacienti už si mohou jeho diagnózu prověřit, mohou si nalézt podrobnější informace o daném problému a tak se již nebojí se svým lékařem o problému debatovat, klást další a podrobnější dotazy a hodnotit tak jeho práci (Rose 2007: 10 – 11). Došlo tedy k tomu, že z bezbranných pacientů, kteří byli odkázáni jen na to, co jim jejich lékař řekl, se stali sebevědomí konzumenti, kteří si jsou schopni ohlídat, aby dostávali tu nejlepší a nejkvalifikovanější péči.

V rámci tohoto tématu jsem se snažila zjistit, jakou váhu připisují respondentky tomu, když jim lékař něco doporučí. Výsledky analýzy ukázaly, že většina respondentek již doporučení od lékaře plně nedůvěřuje a raději si hledá ještě další dostupné informace, nejčastěji na internetu. V tomto směru respondentky potvrdily, že nemají plnou důvěru k instituci medicíny.

5.1.6. Tlak okolí na rozhodnutí

V tomto tématu jsem se snažila zjistit, zda v době, kdy se respondentka rozhodovala, zda nechá či nenechá svoji dceru naočkovat, pociťovala tlak ze svého okolí na své rozhodnutí. Mým záměrem bylo zjistit, kdo sehrál jakou roli v samotném procesu rozhodování o očkování a zda byla respondentka ovlivněna i někým dalším.

Respondentka Eva vypověděla, že ji v jejím rozhodování ovlivnily její kamarádky, které se také rozhodly pro naočkování svých dcer:

„No, tak tlak jsem asi nepociťovala, spíš mi přišlo, že většina mých kamarádek taky dala svoje dcery očkovat, tak možná, že i to mi trochu popostrčilo. Možná ten tlak jsem cítila vlastně až potom, co jsem ji dala na to očkování (...) od jedny mojí známý, která je trochu praštěná (...) je veganka a taková ta biomatka, tak ta mi tenkrát skoro vynadala, že to očkování není prověřené a že je to svinstvo. Ale to si ona myslí o všech očkováních, takže třeba vona svoje děti nenechala očkovat na nic, a to si třeba myslím, že je blbost.“ (Eva, 47)

Nicméně dále Eva uvádí, že se naopak setkala s nepochopením svého rozhodnutí od jedné z jejích známých. Z její výpovědi je zřetelné, že onu známou považuje za „praštěnou“ a nepřikládá jejímu názoru takovou váhu, protože nesouhlasí s jejím odmítavým názorem vůči všem očkováním.

To respondentka Jiřina uvedla, že se jednalo pouze o její rozhodnutí a že jí do toho nikdo nemluvil. Pouze dodala, že jediný člověk, se kterým své rozhodnutí konzultovala, byl její manžel. Nicméně jeho roli v tomto procesu poměrně znevažuje:

„Nedá se říct, že bych cítila nějaký tlak mého okolí, bylo to čistě moje rozhodnutí, moje soukromá věc. Jediný, s kým jsem o tom mluvila, byl můj manžel, ale on tomu ani moc nerozuměl, takže jsem stejně měla poslední slovo já.“ (Jiřina, 35 let)

V Magdině případě sehrála svoji roli její tchýně, která očkování velmi prosazovala:

„Moje rozhodnutí hodně ovlivnila moje tchýně, ona je pediatřička, stará škola a s jejím názorem nikdo nehnul. Tím nechci říct, že by mě k tomu donutila, to vůbec ne, ale vlastně do mě tak dlouho hučela, až jsem Anču opravdu nechala naočkovat. Tak doufám, že jsem udělala správně.“ (Magda, 38 let)

Magda v podstatě přiznala, že ustoupila své tchýni, která je navíc lékařkou, takže o problematice očkování má daleko větší přehled než ona sama.

Poměrně velká část respondentek, která nechala své dcery naočkovat v pozdějším věku (cca od jejich 15 let), uvedla, že toto rozhodnutí, zda očkovat či nikoliv, už nepovažovala jen za své vlastní, ale především za rozhodnutí své dcery:

„Já jsem se rozhodovala taky víceméně sama, ale konzultovala jsem to hodně s dcerou, už jí vlastně bylo 19 let a přímo se jednalo o ni. Takže by se dalo říct, že to bylo naše společné rozhodnutí, že do toho půjde.“ (Mirka, 45 let)

„Bavila jsem se o tom hodně s přáteli, v práci a taky s rodinou, ale největší váhu pro mě měl názor mojí dcery, tý tehdy bylo asi 17 let. Normálně jsme si o tom promluvily a já jí říkala, že mi to přijde důležité, aby na to očkování šla. A ona se mnou souhlasila.“ (Hanka, 45 let)

Ale i přesto, že respondentky uvedly, že své rozhodnutí konzultovaly se svými dcerami, z úryvků vyplývá, že stejně měly poslední slovo a hlavní podíl na tom, zda očkovat či nikoliv, ony samy.

V tomto tématu jsem se zaměřila na možný tlak okolí, který mohly respondentky pociťovat, když se rozhodovaly, zda svou dceru nechají či nenechají naočkovat. Výsledky analýzy ukázaly, že většina respondentek při svém rozhodování o očkování žádný tlak okolí nepociťovala. Respondentky pouze uváděly, že své rozhodnutí konzultovaly nejčastěji se svými kamarádkami a také se samotnými dcerami (v případě, že již byly ve vyšším věku).

5.1.7. Názor na očkování proti HPV

V rámci tohoto tématu jsem se zaměřila na názor, který respondentky mají na očkování proti HPV. Snažila jsem se zjistit, zda se postupem doby jejich názor změnil a zda by se v současné době rozhodly jinak.

Většina respondentek, které se o očkování rozhodovaly před několika lety, svůj názor změnila a připustila, že už by si svým rozhodnutím naočkovat svou dceru nebyla tak jistá:

„Ano, názor se mi docela proměnil, ale až po očkování. Pročetla jsem knihu Doba jedová od paní Strunecké a byla jsem celkem šokována. Dokonce bych řekla, že si to teď svým způsobem vyčítám, že jsem ji nechala naočkovat (...) ale tenkrát nebyly k dispozici takové informace, vlastně se o to nikdo ani moc

nezajímala a já jsem ani nepochybovala o doporučení lékařů. Ale kdybych se měla dneska znova rozhodnout, tak už bych ji očkovat nedala.“ (Hanka, 45 let)

„No, názor se mi změnil, to určitě. Tím, jak se o tom začalo všude mluvit, jak je to nebezpečný a co všechno to může způsobovat, tak jsem o tom začala pochybovat. Ale jako furt bych byla na vážkách, jestli to risknout a neočkovat anebo očkovat a riskovat nějaký vedlejší účinky (...) vlastně nevím, jak bych se rozhodla dneska.“ (Lenka, 49 let)

Oproti tomu mladé matky, které nechaly své dcery naočkovat v poslední době (před rokem), si za svým rozhodnutím stály a svůj pozitivní názor na vakcínu nezměnily.

„Já si myslím, že očkování je dobrá věc, chrání nás přece před řadou nemocí a když konečně existuje i očkování proti rakovině, tak proč ho nevyužít, ne?“ (Tereza, 28 let)

„Já vím, že se teď o tom hodně mluví a všichni hrozně prožívají nebezpečí očkování (...) ale mně to přijde jako taková póza, že je to prostě in bojovat proti všemu. Můj názor je, že očkování má smysl a když navíc je možnost naočkovat dceru proti rakovině, na kterou dneska umírá kde kdo, tak proč ne. Podle mě jsou ty dnešní reakce trochu přehnaný.“ (Dominika, 33 let)

„Můj názor se nezměnil. I dnes bych nechala dceru naočkovat, protože se domnívám, že jsem udělala něco dobrého pro její zdraví.“ (Zdeňka, 35 let)

Tyto názory mohou být vysvětleny tím, že respondentky nechaly své dcery naočkovat v nedávné době (Tereza před dvěma lety, Dominika a Zdeňka v minulém roce), a proto se jejich postoj k vakcíně nezměnil. Od očkování uběhla krátká doba, a když se respondentky během této doby neseťkaly s ničím, co by mohlo jejich přesvědčení nabolovat, tak neměly důvod své rozhodnutí měnit.

Na druhou stranu část vyzpovídaných matek, které nechaly dcery naočkovat před více než pěti lety, již za tu dobu změnila svůj názor, což

právě může být dáno nějakou negativní zkušeností v jejich okolí či získáním dalších důležitých informací ovlivňujících jejich rozhodnutí.

V rámci posledního tématu jsem zjišťovala, jaký je nynější názor respondentek na očkování proti HPV. Z rozhovorů vyplynulo, že matky, které nechaly své dcery naočkovat v nedávné době, svůj názor na toto očkování nezměnily a i dnes by se rozhodly stejně. Nicméně matky, které nechaly svoji dceru naočkovat před delší dobou, téměř shodně uváděly, že na očkování změnila radikálně svůj názor a dceru už by naočkovat nenechaly.

5.1.8. Diskuze

Na tomto místě bych ráda zmínila dva zásadní fakty o respondentkách, které mohly mít na výzkum vliv zkreslení. Zprvé musím zmínit, že jsem po respondentkách vyžadovala odpovědi, které se týkaly jejich rozhodnutí o očkování dcery, které však ve většině případů proběhlo před několika lety. Je jasné, že respondentky si nemusely úplně vše do detailu pamatovat, a proto jejich výpovědi nemusejí být vždy stoprocentně podle pravdy. Nicméně to hlavní, o co v tomto výzkumu šlo, byly pocity plynoucí z kampaně na podporu očkování proti HPV. Vzhledem k tomu, že kampaň stále probíhá a její spoty jsou stále k vidění např. v čekárnách gynekologických ordinací, domnívám se, že na ni respondentky nemohly úplně zapomenout. Díky tomu, že je kampaň stále aktuální, si tak snadno mohly vybavit pocity, které při zhlédnutí kampaně tehdy měly.

Zadruhé je podstatné, že většina respondentek se mezi sebou navzájem zná, neboť se jedná o kolegyně z práce. Další „nabalené“ respondentky jsou často přítelkyněmi těch respondentek, které byly pro výzkum získány jako první. Proto není vyloučené, že se respondentky mezi sebou o výzkumu bavily, ačkoliv ode mě věděly, že to není vhodné. Mohlo tedy dojít k tomu, že respondentky již předem věděly, na co se jich budu ptát a na rozhovor se tak mohly dopředu připravit.

Nicméně i přes toto možné ohrožení validity výzkumné části týkající se rozhovorů se domnívám, že pro cíle výzkumu to není stěžejní. Protože výzkum byl zaměřen na mechanismy biomoci a upozorňování na rizika, které jsou v kampani přítomny, a na to, zda mají vliv na konečné rozhodnutí o očkování. Tím, že mi respondentky byly schopny popsat proces svého rozhodování, zda očkovat či nikoliv a zároveň mi vypověděly, jaké pocity v nich kampaň vyvolávala, se potvrdilo, že kampaň skutečně může ovlivnit rozhodování o očkování.

5.2. Analýza kampaně *Vše co můžu*

Kampaň *Vše co můžu* byla spuštěna současně s uvedením vakcíny Silgard na český trh, tedy na konci roku 2006. Nejprve jsem zamýšlela analyzovat přímo webové stránky kampaně www.vsecomuzu.cz, ale narazila jsem bohužel na problém s tím, že stránky jsou již od ledna 2014 v rekonstrukci. Proto jsem zvolila náhradní variantu a to tu, že se zaměřím přímo na reklamní spoty, které byly v rámci kampaně natočeny a které byly také vysílány v televizi či v čekárnách gynekologických ordinací. Rovněž podrobím analýze i obrazový materiál, jako jsou plakáty či billboardy, které také kampaň doprovázely.

5.2.1. Reklamní spoty

Pro účely analýzy jsem vybrala dva spoty, jimiž kampaň upozorňuje na pozitiva a přínos vakcíny. Jedná se o spoty, které běžely při zahájení prodeje vakcíny v televizi a které se nyní objevují ve specializovaném vysílání, které běží v čekárnách gynekologických ordinací.

V prvním spotu² vystupují postupně tři mladé ženy, poté dcera s matkou a dcera s otcem. Mladé dívky ve spotu všechny opakují větu: „Silgard, udělám pro sebe vše, co můžu.“ Zatímco matka i otec, kteří jsou zobrazeni každý zvlášť se svojí dcerou, říkají: „Silgard, pro svou dceru udělám vše, co můžu.“ Všechny postavy v tomto spotu vypadají spokojeně, šťastně a sebejistě, každá z nich opakuje tu samou větu. V momentě, kdy je v záběru matka s dcerou, vidíme, jak se mají rády – matka dceru láskyplně objímá a při vyslovení daného hesla si ještě položí svou hlavu na její. Obdobně je tomu i u otce, i ten svou dceru drží v pevném objetí a odříkává stejný text. K výstupům všech aktérů hraje tichá příjemná hudba, která má za úkol navodit klidnou a útulnou atmosféru. Aktéři jsou zobrazeni v pravé části obrazovky, přičemž v té levé je stále přítomno logo vakcíny Silgard, odkaz na stránky kampaně

² První reklamní spot je dostupný na adrese: www.youtube.com/watch?v=UEM18K8b1ek

Vše co můžu a základní informace o vakcíně ve znění: „Vakcína proti rakovině děložního čípku i genitálním bradavicím.“ Spot trvá půl minuty a zhruba v jeho dvacáté vteřině končí výstupy všech aktérů a slova se ujímá mužský příjemný hlas, který krátce představuje vakcínu: „Silgard, vakcína proti rakovině děložního čípku i genitálním bradavicím.“ Svůj výstup končí odkazem opět na stránky kampaně, na které upozorní i závěrečný střih, kdy je na obrazovce pouze tento odkaz.

Druhý spot kampaně³ již není hraný, ale pouze se v něm promítají plakáty, které celou kampaň doprovázejí. Toto promítání přitom komentuje nejprve ženský hlas, posléze pak mluví i hlas mužský. Na zobrazovaných plakátech nejprve vidíme mladou ženu, u které je napsáno heslo: „Rozhodla jsem se udělat vše, co můžu“, zároveň je zde přítomna i velká část textu, který podrobněji vakcínu představuje. Nechybí zde ani logo Silgardu, ani odkaz na webové stránky kampaně stejně, jako tomu bylo u předešlého spotu. Na druhém plakátu vidíme matku s dcerou, opět v těsném objetí a heslem: „Rozhodla jsem se pro ni udělat vše, co můžu“. Promítání těchto dvou plakátů komentuje ženský hlas, který říká: „Existují věci, které nechcete slyšet. Třeba to, že infekce virem HPV může způsobit rakovinu děložního čípku. Udělejte vše, co můžete, chraňte se včas a nechte se očkovat. Vakcína Silgard proti čtyřem typům HPV pomáhá předcházet rakovině děložního čípku a genitálním bradavicím.“ I při tomto textu hraje jako podkres tlumená hudba, avšak v momentě, kdy hlas říká svoji repliku od „Udělejte vše, co můžete...“, hudba najednou zesílí a dodává tak sdělovanému obsahu na jeho naléhavosti. Poté, co ženský hlas dořekne svůj text, začíná mluvit mužský hlas: „Zeptejte se lékaře na indikace, kontraindikace a nežádoucí účinky. Před použitím si přečtěte příbalovou informaci. Silgard se podává injekčně ve třech dávkách a nenahrazuje pravidelné gynekologické prohlídky.“ V závěru spotu se vrací opět ženský hlas, který jen upozorňuje

³ Druhý reklamní spot je dostupný na adrese: www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM

na hlavní stránky kampaně *Vše co můžu*, kde mohou zájemci nalézt další informace o očkování.

V obou dvou spotech se objevuje stejné heslo – heslo celé kampaně: *Vše co můžu*. Právě toto heslo, které je zopakováno několika různými postavami a i samotnými rodiči, je problematické. Protože přímo nabádá mladé ženy, ale i matky dospívajících dcer k tomu, aby se samy nechaly naočkovat nebo aby matky nechaly naočkovat své dcery. V případě, když matka dospívající dcery tak neučiní, neudělá tak vše, co pro svoji dceru mohla udělat a tím pádem ohrožuje její zdraví a může tak být považována za špatnou, nezodpovědnou matku. Je zřejmé, co je cílem této kampaně – není to snaha zachránit životy dívek a žen, které jsou rizikovou skupinou pro toto onemocnění, ale je to především touha po co nejvyšším zisku plynoucím z prodeje vakcíny. I z toho důvodu nejsou v těchto spotech uvedeny žádné vedlejší účinky, které může vakcína způsobovat, dále zde úplně chybí zmínka o tom, že vakcína není zcela stoprocentní a že i přes její aplikaci může nemoc stále propuknout. Rovněž autor těchto reklam záměrně vynechává případy úmrtí či ochrnutí, ke kterým po aplikaci očkovací látky došlo.

Tyto reklamy nám v podstatě sdělují, že nemáme žádnou jinou možnost, jak se ochránit před nákazou nebezpečnými typy HPV. Nabízejí vhodné řešení na existující riziko v podobě rakoviny děložního čípku a záměrně nezmiňují další možná opatření, která by riziko nákazy snížily (jako je sexuální abstinence, užití kondomu či pravidelné kontroly u gynekologického lékaře). Tím pádem jen dodávají na naléhavosti této situace a zveličují tak svoje vlastní řešení na tento problém, kterým je vakcína Silgard.

Prostřednictvím těchto reklam tedy působí individualizující forma moci, o které hovořil Foucault (Foucault 1996: 206 - 207). Jedná se o takový typ moci, který není na první pohled zřetelný a navíc dokáže velmi nenápadně ovládnout jedince (skrze silné heslo) a přinutit ho

k jednání, aniž by si to on sám opravdu uvědomoval. Tato reklama působí takovým stylem, že nevědomky přinutí jedince, aby nad problémem nejprve přemýšlel a pak ho svým neustálým připomínáním a opětovným upozorňováním na riziko nákazy v podstatě donutí k tomu, že on sám uvěří závažnosti tohoto problému a zachová se takovým způsobem, který vyžaduje reklama, tedy v tomto případě podstoupí očkování nebo nechá naočkovat svoji dceru. Moc a síla takové reklamy navíc tkví v tom, že jedinec si neuvědomuje, že byl k něčemu přinucen, ale domnívá se, že ke svému rozhodnutí dospěl sám.

5.2.2. Analýza obrazových materiálů

Pro analýzu obrazových materiálů jsem vybrala dva plakáty, které kampaň *Vše co můžu* doprovázely. Prvním z nich (viz Obrázek 1) je plakát, který zobrazuje dospívající dívku, jak spokojeně spí a drží si plyšového medvěda. Tento plakát byl použit jako reklama do různých časopisů a také jako billboard (viz Obrázek 2). Vyobrazenou spící dívku doprovází titulek: „Dokud spí Vaše dcera s medvou...Nechte ji očkovat proti HPV...“. Tento obraz má velmi emotivní podtext. Tím, že je zobrazena malá spící holka, která si ještě láskyplně tiskne k tělu plyšového medvěda, je zaručena pozornost každého rodiče, který má také dceru. Zároveň je zde přítomný sexuální podtón, kdy reklama jasně naznačuje, že dívka jednoho dne dospěje a místo k medvědovi se bude tisknout k chlapci. A v tomto případě už právě bude hrozit její nakažení nebezpečnými typy HPV, proto by rodiče neměli otálet a měli by ji nechat naočkovat, dokud je stále ještě tou nevinnou holčičkou spící s plyšákem. Navíc je zde zmíněna i výhodná nabídka od VZP, kterou je garantována třetí dávka očkování zdarma, čímž se tedy sníží cena celého očkovacího cyklu o třetinu. Jenže tato speciální akce platí jen pro dívky ve věku 13 let. Nejsem si jista, z jakého důvodu byla nastavena právě hranice 13 let. Domnívají se snad zadavatelé reklamy, že dívka ve 14 letech už by mohla mít nějaké sexuální zkušenosti, a proto už by nebyla vhodnou

kandidátkou pro získání očkování? To je přece příliš generalizující předpoklad. Jen při mém výzkumu mi celá řada respondentek potvrdila, že nechala své dcery naočkovat v pozdějším věku (15+) a přitom se jednalo o dívky, které ještě pohlavní styk neměly. Navíc omezení a finanční výhody jen pro jednu věkovou kategorii je značně diskriminující. Je třeba ale říci, že tento plakát už se v současnosti nikde nevyskytuje. Kampaň jej stáhla z oběhu, ale z jakého důvodu se mi nepodařilo zjistit. Můžeme se tedy jen domnívat, že se plakát stáhl z oběhu právě kvůli negativním reakcím rodičů, které vyvolal.

Kampaň *Vše co můžu* volí i v případě plakátů stejný postup, jako je tomu i u reklamních spotů: snaží se nejprve získat pozornost pomocí burcujícího sdělení (zde tedy obrázku spící dívky), upozornit na rizika, vzbudit emoce a posléze navrhnout optimální řešení.

To ostatně potvrzuje i další analyzovaný plakát (viz Obrázek 3). Jedná se o nejnovější verzi plakátu kampaně, který je v současné době v oběhu. Je na něm vyobrazena matka s dospívající dcerou, kdy matka drží dceru v ochranném objetí kolem pasu. Obě dvě se mile usmívají a z obrázku číší příjemná a klidná atmosféra. Obrázek je doplněn o poměrně velké množství textu, kterému vévodí slogan: „Rozhodla jsem se pro ni udělat vše, co můžu.“ I zde je tedy použit model vzorné matky, která chce ochránit svoji dceru před nebezpečnou rakovinou, a proto neváhala a nechala ji naočkovat. Oproti předešlému plakátu je zde navíc daleko více informací o očkování, mimo jiné zde poprvé výrobci veřejně přiznávají, že vakcína není stoprocentní. Dále je nově uvedena informace o vedlejších účincích, které se vyskytly u více než u jednoho případu z deseti a jedná se o vedlejší účinky týkající se místa vpichu injekce (zarudnutí, bolest a otok). Výrobci také upozorňují na to, že se vyskytly i další nežádoucí účinky vakcíny, ale o těch se dále nerozepisují a odbudou je jen tím, že se vyskytly v nižších frekvencích. Tyto informace jsou uvedeny poměrně malým písmem, na rozdíl od hlavního sloganu či loga vakcíny. Ani zde nechybí akční nabídka VZP na třetí dávku zdarma,

kteřá se na rozdíl od předešlého plakátu s medvědem liší věkovým rozmezím, pro které je tato akce určena. Akce není již určena jen pro třináctileté dívky, ale nyní ji mohou využít ženy a dívky ve věku od 10 do 25 let při splnění podmínky, že zahájily očkovací cyklus v roce 2011.

Druhý plakát vykazuje poměrně velkou změnu oproti plakátu předešlému: již se zde příjemce sdělení setká s důležitými informacemi, které nebyly na předešlém plakátě zmíněny. Úplně poprvé se na tomto plakátu vyskytly také informace o možných nežádoucích účincích vakcíny, které do té doby nebyly v rámci kampaně nijak zmiňovány. To na mě dělá dojem, že zadavatelé kampaně čelili ostré kritice ze strany vědců a lékařů, kteří tuto vakcínu znevažovali pro její krátké testování a především pro závažné vedlejší účinky, které se objevily např. při testování v Indii (Sarojini et al. 2010: 29). Další ostrou kritiku navíc přinesla i populární kniha „Doba jedová“ (Strunecká, Patočka 2011), která se začala českou veřejností masově šířit a právě i díky informacím, které se v této knize čtenář dočte (nejen) o vakcíně proti HPV, mohlo dojít k poklesu zájmu o tuto vakcínu. Proto už je na tomto plakátu uvedena zmínka o vedlejších účincích, aby to nevyvolávalo dojem, že se výrobce vakcíny snaží něco zamlčovat. Navíc zmínka o dalších vedlejších účincích je velmi kulantně použita tak, aby se výrobci nevystavovali možnému nařčení ze zamlčování těchto informací, ale zároveň, aby se o těchto závažných vedlejších účincích nemuseli více rozepisovat. Dále rozšíření věkové skupiny, které je nabídnuta speciální akce od VZP, poukazuje na jasný cíl výrobců vakcíny, tedy o to postihnout širší věkovou skupinu vhodných adeptek na očkování.

6. ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala problematikou skryté moci či biomoci, která skrze působení reklamní kampaně může nevědomky ovlivnit jednání jedinců. Konkrétně jsem se zaměřila na kampaň propagující očkování proti HPV, v níž jsem se snažila nalézt mechanismy biomoci a mocenských technik, které jsou v kampani používány za účelem vyššího prodeje této vakcíny. Jako metodu výzkumu jsem zvolila nejprve polostrukturované rozhovory s dvaceti respondentkami, jež nechaly své dcery touto vakcínou naočkovat, a poté jsem se věnovala kvalitativní obsahové analýze reklamních spotů a plakátů, které kampaň doprovázejí.

Prostřednictvím rozhovorů s respondentkami jsem se snažila zjistit, jakou roli sehrála kampaň *Vše co můžu* v jejich rozhodovacím procesu, kdy zvažovaly, zda svoji dceru naočkovat nechají či nikoliv. Z výsledků analýzy rozhovorů vyplynulo, že kampaň v mnoha případech skutečně sehrála významnou roli, tedy, že pro většinu respondentek bylo právě zhlédnutí kampaně tím prvním momentem, kdy se o možnosti očkování proti HPV, resp. proti rakovině děložního čípku dozvěděly. Svým působením je navíc mnohdy opravdu donutila k rozhodnutí nechat dceru naočkovat. V tomto směru se tedy potvrdilo, že kampaň skutečně disponuje skrytou individualizující mocí tak, jak ji ve své práci představil Foucault (Foucault 1996: 206 - 207), která svým působením ovlivňuje jednání jedinců bez toho, aniž by si to oni sami uvědomovali.

Obsahová analýza obrazových materiálů, jež kampaň doprovázejí, ukázala, že kampaň *Vše co můžu* využívá taková hesla a obrazy, které cíleně vyvolávají v příjemcích sdělení emoce, strach a pocit zodpovědnosti za zdraví své či za zdraví vlastních dětí. Tím, jak je v kampani upozorňováno na rizika, dochází k tomu, co ve své práci popisuje Lupton (2013), tedy, že jedinec má pocit zodpovědnosti a potenciální viny, a tak je nucen na tato rizika reagovat a intervenovat tak, aby jim mohl předejít (Lupton 2013: 37).

Můj výzkum mě utvrdil v tom, že je skutečně důležité snažit se vnímat a odhalovat skryté působení moci, které je přítomno v řadě reklamních kampaní, nejen té na podporu vakcíny proti HPV. Jedná se totiž o velmi efektivní a přitom těžko postřehnutelný nástroj, kterým mohou být ovládány celé masy lidí. Když se navíc tento nástroj využije ve farmaceutickém průmyslu, dochází k situaci, kdy nejen že jsou jedinci nevědomky manipulováni a masírováni záplavou burcujících sdělení, ale zároveň je v sázce jejich vlastní zdraví, ba co víc – zdraví jejich dětí. Tak je tomu bohužel i v případě reklamní kampaně na očkování proti HPV: v teoretické části této práce jsem naznačila, že vyvinuté vakcíny proti HPV nejsou samospasitelné a navíc mohou i vážně poškodit zdraví očkované dívky či ženy. Obdobně je tomu i u dalších kampaní na očkování, jako je vakcína proti rotavirovým infekcím či Prevenar 13, které jsou navíc určené pro malé děti.

Domnívám se proto, že by mělo existovat nějaké legislativní opatření, které by eliminovalo tyto propagační kampaně a zároveň by dohlíželo na to, aby se v nich neobjevovala klamavá a zstrašující sdělení. Nejedná se totiž o běžné spotřební zboží, ale o léčivé přípravky, o jejichž vhodnosti či efektivnosti může laik jen těžko rozhodnout. Tím, že je jedinec neustále vystaven mediálnímu působení těchto reklam (nejen) na vakcíny, je pod stálým tlakem. Zároveň je nucen vnímat rizika, na která ho reklamní kampaně upozorňují a nutí jej jim předcházet právě pomocí prevence, která je rovněž skrze reklamy doporučována. Lidské zdraví již dávno není osobní věcí každého z nás, ale stalo se věcí veřejnou, která je i neustále ve veřejném prostoru přítomna. Z toho důvodu bychom tento veřejný prostor měli více kontrolovat, abychom zamezili možnému ohrožení našeho zdraví, které si však mnohdy způsobíme my sami.

7. POUŽITÁ LITERATURA

- ARTENSTEIN, A. W. (eds.) 2010. *Vaccines: A Biography*. New York: Springer.
- BECK, U. 2011. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Druhé vydání. Praha: SLON.
- BORRUTO, F., M. RIDDER. (eds.) 2012. *HPV and Cervical Cancer. Achievements in Prevention and Future Prospects*. New York: Springer.
- BURAJ, I. 2000. *Foucault a moc*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- BURY, M., J. GABE. 2004. *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London: Routledge.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION 1999. *Achievements in Public Health, 1900–1999 Impact of Vaccines Universally Recommended for Children – United States, 1990–1998*. MMWR 48(12): 243–248
- DELEUZE, G. 1996. *Foucault*. Praha: Hermann & synové.
- DUMIT, J. 2012. *Drugs For Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham: Duke U.P.
- FOUCAULT, M. 1996. *Myšlení vnějšku*. Praha: Hermann & synové.
- FOUCAULT, M. 1999. *Dějiny sexuality I: Vůle k vědě*. Praha: Hermann & synové.
- FRAZER, I. H. 2010. *Human Papillomaviruses*. Pp. 361 – 373 In ARTENSTEIN, A. W. (eds.) 2010. *Vaccines: A Biography*. New York: Springer.
- GABE, J., M. BURY, M. A. ELSTON. 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications Ltd.

- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- HIRTE, M. 2008. *Očkování – pro a proti*. Brno: Outdoor.cz.
- ILLICH, I. 2012. *Limity medicíny*. Brno: Emitos.
- LAW, C. 2009. *Life-Course Influences on Children's Futures*. Pp. 25 – 47 In: GRAHAM, H. 2009. *Understanding Health Inequalities*. New York: Open University Press.
- LUKES, S. 2005. *Power. A Radical View*. New York: Palgrave Macmillan.
- LUPTON, D. 2003. *Medicine as Culture*. London: SAGE Publications.
- LUPTON, D. 2013. *Risk*. Second edition. London: Routledge.
- MANGANELLO, J., M. FISHBEIN. 2009. *Using Theory to Inform Content Analysis*. Pp. 3-14. In: JORDAN, A. B. (eds.) 2009. *Media Messages and Public Health*. New York: Routledge.
- MARMOT, M. 2001. *Income Inequality, Social Environment, and Inequalities in Health*. *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 20, No. 1, pp. 156-159.
- METZL, J. 2010. *Against Health: How Health Became the New Morality*. New York: NYU Press.
- PARUSNIKOVÁ, Z. 2000. *Biomoc a kult zdraví*. *Sociologický časopis*, Vol. 36 (No. 2: 131-142).
- ROSE, N. 2007. *The Politics of Life Itself*. New Jersey: Princeton University Press.
- SAROJINI NB., S. SRINIVASAN, Y. MADHAVI. et al. 2010. *The HPV Vaccine: Science, Ethics and Regulation*. *Economic & Political Weekly*: Nov 27. 45(48): 27-34.

- SEIDMAN, I. 2006. *Interviewing As Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. New York: Teachers College.
- SCHENSUL, S.L., J. J. SCHENSUL, M. D. LECOMPTE. 1999. *Essential Ethnographic Methods: Observations, Interviews, and Questionnaires*. Walnut Creek: AtaMira Press.
- SINGH Y., A. SHAH, M. SINGH et al. 2010. *Human Papilloma Virus Vaccination in Nepal: An Initial Experience*. Asian Pac J Cancer Prev. 2010; 11(3):615-7.
- STRAUSS, R. 1957. *The Nature and Status of Medical Sociology*. American Sociological Review, 22: 200 – 204.
- STRUNECKÁ, A., J. PATOČKA. 2011. *Doba jedová*. Praha: Triton.
- WEST, C., D. H. ZIMMERMAN. 1987. *Doing Gender*. Gender and Society, Vol. 1, No. 2 (Jun., 1987), pp. 125-151.
- WHITEHEAD, M. 1998. *Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective*. The Milbank Quarterly, Vol. 76, No. 3, Socioeconomic Differences in Health (1998), pp.469-492.

Internetové zdroje:

- CERVARIX, 2013. *Zvýhodněné očkování*. [cit. 22.11.2013], dostupné z adresy:
<http://www.cervarix.cz/vakcina-cervarix/cena-vakciny/>
- OČKOVÁNÍ – INTERNETOVÉ INFORMAČNÍ CENTRUM, 2013. *Ceny očkovacích látek*. [cit. 22.11.2013], dostupné z adresy:
http://www.vakciny.net/cenik_vakciny/hpv.html
- POLITICAL NEWS, 2010. *India Halts Gardasil Vaccine*. [cit. 7.12.2013], dostupné z adresy:
<http://www.politicalnews.com/india-halts-gardasil-vaccine/>

- §46 zákona č. 258/2000 Sb. [cit. 5.3.2014], dostupné z adresy:
http://www.vakciny.net/normy/norma_p3.html
- SILGARD, 2013. [cit. 15.12.2013], dostupné z adresy:
<http://www.vsecomuzu.cz>

Analyzované reklamní spoty:

- Spot č. 1, [cit. 2. 3. 2014], dostupný z adresy:
<https://www.youtube.com/watch?v=UEM18K8b1ek>
- Spot č. 2, [cit. 2. 3. 2014], dostupný z adresy:
<https://www.youtube.com/watch?v=92ULDTWv2KM>

8. RESUMÉ

In this thesis I dealt with the hidden power or biopower which is included in advertisement campaign for medical products. Specifically I focused on the campaign to promote vaccination against cervical cancer, in which I wanted to reveal and to demonstrate the power technics and warning risk, which are used for manipulating people. For this purpose I conducted twenty semi-structured interviews with women, who have let their daughters vaccinated with this vaccination against cervical cancer. Also I did a qualitative content analysis of pictorial material which is main component of campaign.

The main aim of this thesis was to identify how the campaign use (bio)power technics and warning risk and whether those technics could really influence action of recipients. The results of interview analysis confirmed that most of respondents really have let their daughters vaccinated after they watched the campaign. Thus we can say, that this campaign actually includes hidden (bio)power, which can manipulate people. Those results were also validated by the analysis of pictorial material which have shown that there are used emotional and warning mottos and pictures which also have an effect to recipients.

This thesis shown how dangerous could those advertisement campaigns be and how easy is to manipulate action of individuals. In my own opinion, I guess there should be a legislative decree which should eliminate and control those campaigns.

9. PŘÍLOHY

9.1. Obrázek 1



Dostupné z adresy:

<https://www.facebook.com/ockovanivcas/photos/a.132302563547493.24626.125364760907940/132307056880377/?type=1&theater> [staženo 10.12.2013]

9.2. Obrázek 2



Dostupné z adresy:

<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.288056604638754.62526.125364760907940&type=3> [staženo 10.5.2013]

9.3. Obrázek 3



SILGARD®
VAKCÍNA PROTI RAKOVINĚ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU
I GENITÁLNÍM BRADAVICÍM

První a jediné očkování proti předrakovinným poškozením děložního čípku, předrakovinným poškozením zevních pohlavních orgánů, rakovině děložního čípku, předrakovinným poškozením pochvy a genitálním bradavicím.

Rozhodla jsem se pro ni udělat...

Vše co můžu

Nechte svou dceru včas očkovat!

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomavíru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná).

Vakcína Silgard® se podává injekčně ve 3 dávkách. Tak jako všechny očkovací látky, ani vakcína Silgard® nemusí plně ochránit každého a nezabrání vzniku všech typů rakoviny děložního čípku, předrakovinnému poškození ženských pohlavních orgánů (děložního čípku, zevních pohlavních orgánů a pochvy), bradavicím na genitáliích. Očkování nenahrazuje pravidelné gynekologické prohlídky. Poradte se se svým lékařem, jestliže osoba, která má být očkována, je těhotná, snaží se otěhotnět nebo otěhotnět během očkovacího období. U více než 1 z 10 pacientů se objevily nežádoucí účinky v místě injekce zahrnující bolest, otok a zarudnutí. Také byla pozorována horečka. Dále byly hlášeny nežádoucí účinky v nižších frekvencích a po uvedení přípravku na trh.

Vakcína SILGARD pro dívky a ženy od 9 do 45 let*

* Bližší informace poskytnete ošetřující lékař, který zároveň vždy posoudí vhodnost očkování v konkrétním případě.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přečtěte si pečlivě příbalovou informaci o léčivém přípravku.

MSD

Copyright © (2011) Merck & Co., Inc. Všechna práva vyhrazena. Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc., org. sl. * Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdl.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
03-13-GRD-2010-CZ-2203-P

LIMITOVANÁ AKCE VZP pro očkování zahájené v r. 2011

DÍVKY A ŽENY VE VĚKU 10-25 LET

„3. DÁVKA ZDARMA“

Bližší informace na www.vzp.cz

Více informací na www.vsecomuzu.cz

Dostupné z adresy:

<http://www.vsecomuzu.cz/3-davka-zdarma.php> [staženo 10.12.2013]