

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Disertační práce

2024

Tereza Divíšek

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Mgr. Tereza Divíšek

**Injekce a obrázek za statečnost:
očkování v ordinacích**

Disertační práce

Praha 2024

Autor práce: **Mgr. Tereza Divíšek**

Školitel: **doc. Dino Numerato**

Rok obhajoby: 2024

Bibliografický záznam

DIVÍŠEK, Tereza. *Injekce a obrázek za statečnost: očkování v ordinacích*. Praha, 2024. 142 s. Disertační práce (Ph.D.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Školitel: doc. Dino Numerato

Abstrakt

Ve své disertační práci se zabývám otázkami, k jakým kolektivům těl se aktéři skrze očkování vztahují a jak jsou aktéřské obrazy očkování ukotveny v tělech a prožívání těl. Prostřednictvím přístupu zaměřeného na těla a tělesnost se snažím odklonit pozornost od polarizovaných aspektů očkování jako jsou témata rozhodování, názorů a postojů. Pro zachycení podob těl a kolektivů těl pracuji s koncepty tělesné propustnosti, paměti a bolesti. Na základě analýzy dat identifikuji tři formy paměti: bio-imunní, sociálně-kolektivní a paměť žitých zkušeností. Data ze zúčastněného pozorování ve třech ordinacích dětských lékařů analyzuji ve vztahu k bolesti, která se při praxích očkování stává stěžejním tématem všech zúčastněných aktérů. Pro vyjádření kolektivů těl vznikajících v ordinacích v rámci očkovacích praxí se věnuji tématu dětského aktérství a způsobům vztahování se dospělých k dětskému tělu, přičemž pracuji s koncepty aktivní subjekt, objekt a promítající objekt.

Abstract

In my dissertation, I address the questions of which collectives of bodies actors refer to in the context of vaccination, and how actors' perceptions of vaccination are related to bodies and embodiment. By focusing on bodies and embodiment, I try to shift attention away from the polarised aspects of vaccination such as decision-making, opinions and attitudes. To capture the forms of bodies and collectives of bodies, I work with the concepts of leaky bodies, memory and pain. Based on data analysis, I identify three forms of memory: bio-immune, social-collective and memory of lived experience I analyse data from participant observation in three paediatric practices in relation to pain,

which becomes a key issue for all actors involved in vaccination practices. To capture the collectives of bodies that emerge during vaccination practices in paediatricians' offices, I focus on the issue of children's agency and the ways in which adults relate to children's bodies, working with the concepts of active subject, object and projecting object.

Klíčová slova

Očkování, tělo, tělesnost, kolektivy těl, paměť, tělesná propustnost, bolest

Keywords

Vaccination, body, embodiment, collectives of bodies, memory, leaky bodies, pain

Rozsah práce: 259 426 znaků včetně mezer

Prohlášení

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

V Praze dne 26. 06. 2024

Tereza Divíšek

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala všem účastnicím a účastníkům výzkumu. Bez nich by výzkum nikdy nevznikl. Velmi si vážím vložené důvěry do mě a mé práce, neboť si uvědomuji, jak intimní byl leckdy prostor, do kterého mě přizvali. Dále děkuji za cenné rady s výzkumem v lékařských zařízeních doktorce Emě Hrešanové. Doktoru Martinu Tremčinskému děkuji za inspiraci a oporu při mém zápolení s hledáním vhodných termínů a jejich správné aplikaci. V neposlední řadě děkuji doktorce Jaroslavě Hasmanové Marhánkové za posudek k malé obhajobě, který pro mě byl cenou inspirací pro finální úpravy práce.

Můj největší vděk patří docentu Dinovi Numeratovi, který mi věnoval neskutečné množství svého času a energie. Česká asociace doktorandek a doktorandů uvádí, že úspěch doktorského studia je silně spjatý s rolí školitele. Já ze své pozice mohu říct, že je to hluboká pravda. Konzultace s Dinem Numeratem pro mě byly pokaždé velmi obohacující (po pracovní i osobní rovině). Studium dokončuji téměř nerada, když vím, že tím končí i naše spolupráce. Děkuji.

Práce byla podpořena projektem Národní institut virologie a bakteriologie (Program EXCELES, ID LX22NPO5103) – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU.

Obsah

ÚVOD	2
1. METODOLOGIE A PŘÍBĚH VÝZKUMU	8
1.1 ETNOGRAFIE V ORDINACÍCH DĚTSKÝCH LÉKAŘŮ A LÉKAŘEK	12
1.1.1 <i>Etické aspekty etnografie v ordinacích</i>	14
1.2 POZICE VÝZKUMNICE A REFLEXE VÝZKUMU	16
1.3 PŘEDSTAVENÍ ORDINACÍ	19
1.4 OČKOVÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ	23
2. TĚLA, TĚLESNOST A OČKOVÁNÍ	25
2.1 MNOHOČETNÁ TĚLA, VRSTVY TĚL	26
2.2 KOLEKTIVY TĚL	29
2.2.1 <i>Individualismus a solidarita</i>	31
2.2.2 <i>Důvěra</i>	35
2.2.3 <i>(Ne)být součástí kolektivu těl</i>	37
2.3 TĚLO A PAMĚŤ	40
2.4 TĚLESNÁ PROPUSTNOST	43
3. PAMĚŤ	44
3.1 FORMY A PROPUSTNOST PAMĚTI	46
3.1.1 <i>Bio-imunní paměť</i>	48
3.1.2 <i>Sociálně-kolektivní paměť</i>	57
3.1.3 <i>Paměť žitých zkušeností</i>	66
3.2 DISKUSE: PAMĚŤ, OČKOVÁNÍ A KOLEKTIVY TĚL	74
4. „TEĎ TO BUDE BOLET“: BOLEST A POZICE DĚTSKÉHO TĚLA	82
4.1 DÍTĚ JAKO AKTIVNÍ SUBJEKT, OBJEKT A PROMÍTACÍ OBJEKT	88
4.1.1 <i>Dítě jako aktivní subjekt</i>	92
4.1.2 <i>Dítě jako objekt</i>	98
4.1.3 <i>Dítě jako promítací objekt a bolest dospělých</i>	100
4.2 MANAGEMENT (PROJEVOVÁNÍ) BOLESTI	106
4.3 DISKUSE: BOLEST, DYNAMIKA AKTÉRSKÝCH VZTAHŮ A KOLEKTIVY TĚL	122
ZÁVĚR: SETKÁNÍ TĚLESNOSTÍ V ORDINACÍCH	127
SUMMARY	131
POUŽITÁ LITERATURA	133

Úvod

Má první asociace spojená s očkováním je vždy spojena s mým vlastním očkováním. Jsou to návštěvy u dětské lékařky. Pocit přísnosti ze strany dospělých, vlastní strach a pak omalovánky, které mám s návštěvami doktorky spojené, obrázek na vymalování jako dárek po očkování nebo nákup omalovánek při lehkých nemocích, abych je měla jako zábavu zachraňující dlouhé dny proložené v posteli. Řada z nás si s představou očkování nenesou pouze obraz přímo probíhajícího očkování, ať už by se jednalo o očkování vlastní nebo očkování dětí, v ordinaci, očkovacích centrech nebo přímo ve škole. Výrazným obrazem očkování se stávají očkovací debaty. Kdo se s očkovacími debatami neseťkával dříve, se jim již nejspíše nedokázal zcela vyhnout během covidové pandemie. Domnívám se, že díky své všudypřítomnosti a často opakované formě si již řada z nás vytvořila jistý obraz o tom, jak vypadá očkovací debata, kdo se jí bude účastnit, jaké zazní argumenty, témata. A obraz očkování jako tématu debaty se leckdy stává tím prvním, co si za slovem očkování vůbec představíme.

Má disertační práce je výzkumem očkování. Soustředí se na obrazy, které aktéři mají spojené s očkováním. Jak si představují, že vakcína funguje, co dělá s tělem. Jak očkování zažívali, jak si jej pamatují. Například představu těla jako hradby mezi infekcí a dalšími těly populace, vzpomínky na určitou nemoc, kterou vnímají jako banální dětské onemocnění, nebo si o ní vyprávějí jako o veliké hrozbě, která měla za následek předčasnou smrt tisíců dětí. Jak všechny tyto představy formují aktérské vnímání očkování. Snažím se odklonit pozornost od očkování jako tématu debaty a zaměřit se na jeho prožívání a jeho vnímání spojené s žitými zkušenostmi.

To neznamená, že bych se dokázala zcela vyhnout způsobům, jak se o očkování diskutuje a tématům postojů, důvěry, rozhodování a váhání o očkování. Jedná se o kontext, který doprovází většinu z nás a který zasahuje do ordinací lékařů. Předpoklad existence politické debaty o očkování, představy podob debaty a jejích účastníků si aktéři nesou s sebou. Jak vypadají ti, kteří nenechávají očkovat své děti a jak ti, kteří je očkovat nechávají. Jak se o těchto skupinách ve veřejném prostoru mluví. To vše je s nimi přítomno v ordinaci. Očkování ovšem není pouze těmito představami.

S aktérskými postoji a názory se ve své práci snažím pracovat právě jako s kontextem, nejedná se však o samotný předmět mého výzkumu. Pokud se tedy například ve své práci zabývám pamětí očkování, zajímá mě kupříkladu, jaké jsou formy paměti, jejich obsahy a v jakých momentech se očkování spojuje s pamětí. Podoby paměti se snažím zadychtit ve výpovědích a vnímáních aktérů napříč spektrem postojů k samotnému rozhodnutí očkovat. Teprve následně mohu identifikované formy paměti a způsob, jak s nimi aktéři pracují, zasadit do kontextu aktérské pozice vůči očkování. Neptám se, jak vypadá paměť kritiků očkování a jak vypadá paměť zastánců očkování. Ptám se, jak vypadá paměť očkování. Mé zkušenosti mi ukázaly, že při setkání se s výstupy mého výzkumu bývají čtenáři a posluchači ovlivněni svými předpoklady o politických debatách očkování a jejich aktérech a často se ve svých úvahách drží již vytvořených porozumění a neustále se vrací ke kategoriím kritiků a zastánců očkování jako ke stěžejnímu bodu¹.

Tendence ke spojování očkování s politizovanou debatou ovlivňuje naše očekávání, jaký výzkum vytváříme a způsoby, jak výzkum čteme, rozumíme mu. Skrze nahlížení na očkování ve vztahu k očkovací debatě se očkování stává především politickým tématem, předmětem argumentace, racionalizace a kognitivní činnosti. Očkování bývá prezentováno v abstraktnějších rovinách – jako politického stanoviska, čímž se vzdaluje od jiných vrstev významů – vzpomínek, prožitků, zkušeností a jiných imaginací. Může tak docházet k odtržení očkování od konkrétních kontextů a momentů, při kterých k němu dochází, kdy se dělá.

Nemalá část sociálně-vědní literatury se přímo vztahuje k očkování skrze očkovací debatu (např. Kata 2012; Martin 2018; Numerato et al. 2019). Ovšem i když se výzkumníci přímo nezaměřují na očkovací debatu jako takovou, stále se často očkování ve výzkumu vyskytuje v kontextu rozhodování aktérů a jejich argumentů, které spojují s vnímanými přínosy či riziky očkování (např. Bazylevych 2011; Reich 2014; Estep, Greenberg 2020). Tudíž je očkování stále primárně zkoumáno jako něco, o čem se mluví a argumentuje. V tomto pojetí může docházet k redukci významů očkování,

¹ Mě samotnou při mé práci ovlivňovaly určité předpoklady, jak se o očkování mluví a následně také, jak asi budou čtenáři reagovat na mou práci. Leckdy se tak mohlo stát, že při snahách vyhnout se klasickým kategoriím jsem byla skoupější na kontext postojů aktérů, než by bylo žádoucí. Čímž jsem ve čtenářích leckdy akorát posílila potřebu kategorie aktérů a jejich postojů zdůraznit.

neboť všechny vnímané aspekty očkování bývají rovnou spojovány s procesem rozhodování aktérů a jejich argumentačními snahami podložit svá rozhodnutí. Očkování není totiž pouze tím, jak o něm mluvíme při snahách argumentovat o prospěšnosti či rizikovitosti vakcín. Očkování je také tvořeno způsobem, jak jej zažíváme. Výzkumu očkování ve vztahu k jeho prožívání, vnímání a zkušenostem s ním se věnuje má disertační práce.

Než představím svůj přístup a své výzkumné otázky, pokusím se pro kontextualizaci shrnout poznání, které máme o postojích k očkování, jeho aktérech a jejich argumentech. Výzkum očkování nabízí velmi bohaté a obsáhlé poznatky z této oblasti. Při práci s aktéry očkování se výzkumníci často vztahují ke škále kritiky a podpory očkování, přičemž výzkum oponentů a proponentů očkování se také leckdy přímo pojí s jejich politickým angažováním a zapojením se do očkovacích debat (srov. Hobson-West 2007; Kata 2012; Hasmanová Marhánková, Skálová 2016; Martin 2018; Vanderslott 2019; Vochocová, Numerato, Sedláčková 2022). Aktéři s přístupy nacházejícími se na škále postojů mezi kritikou a zastáváním se očkování bývají řazeni do kategorie aktérů váhajících v otázkách očkování (srov. MacDonald 2015; Peretti-Watel et al. 2019; Dubé et al. 2021).

Kritici očkování a rodiče neočkující své děti nepředstavují jednotnou skupinu. Jiné souvislosti může mít například neočkování dětí v romské osadě na Slovensku (Filakovska Bobakova, Dankulincova Veselska 2023), v komunitě ultra-ortodoxních židů v Izraeli (Keshet, Popper-Giveon 2021) a socio-ekonomicky privilegovaných sousedstvích ve Spojených státech (Reich 2014; Estep, Greenberg 2020), ve kterých se mohou rodiče přiklánět k „alternativnímu životnímu stylu, což může zahrnovat nemainstreamové vzdělávací modely“ (Hilário et al. 2023: 1192). V českém kontextu výzkum zachycuje především perspektivy kritiků s vyšším vzděláním žijících ve větších městech (Hasmanová Marhánková, Skálová 2016) a s podobně situovanými aktéry kritickými k očkování jsem se setkávala také já při svém disertačním výzkumu. Kritici aktivně se angažující v očkovacích debatách často zpochybňují deklarované benefity očkování jako význam a rozsah kolektivní imunity (srov. Ołpiński 2012; Reich 2016), vztah poklesu výskytu nemocí a zavedení očkování (Blume 2006; Kata 2012) a upozorňují na zdravotní rizika spojená s očkováním (Hobson-West 2007). Rodiče kritizující očkování zdůrazňují své vlastní rodičovské znalosti a individuální

zodpovědnosti vůči zdraví svých dětí (Reich 2014; Hasmanová Marhánková 2017). V českém kontextu je kritika zásadně spojena s povinností očkovat (Hasmanová Marhánková 2014). Při snahách o legitimizaci kritiky očkování a svých medicínských rozhodnutí kritici běžně užívají biomedicínský diskurz (Hasmanová Marhánková, Skálová 2016; Carrion 2018).

Zastánci očkování se častokrát začínají zapojovat do očkovacích debat v reakci na kritiku očkování (srov. Vanderslott 2019; Martin 2018). Mezi často volené argumenty zastánců očkování patří zdůrazňování ohrožení kolektivu neočkovanými těly (Vanderslott 2019) a černé pasažerství kritiků očkování benefitující z kolektivní imunity bez aktivního podílení se na ní (Skea et al. 2008). Přestože zastánci očkování staví své argumenty na biomedicínských poznacích, v debatách mohou vystupovat velmi emocionálně a jejich výstupy mnohdy doprovází „obviňování, othering a stigmatizace“ kritiků očkování (Vochocová, Numerato, Sedláčková 2022). Zastánci leckdy volají po větších sankcích pro rodiče plně neočkovaných dětí a vytváří obraz homogenní „anti-vaxerské“ skupiny (ibid). Svým přispíváním do očkovací debaty navíc mohou pomáhat vyvolávat morální paniku (srov. Capurro et al. 2018; Martin 2018). Přestože formy zastávání se očkování mnohdy nesou zmíněné rysy, zastánci očkování nejsou homogenní skupinou (stejně jako kritici očkování) a jimi volené přístupy podpory očkování nenabývají jednotnou podobu.

Kromě spektra kritiky a podpory očkování se s očkováním pojí řada nejistot a projevů váhání. Aktéři váhající v oblasti očkování mohou směřovat ke „zdráhavému konformismu“ (*reluctant conformism*). „Vakcínu mohou odmítnout, ale mohou ji také odložit nebo ji dokonce i přes své pochybnosti/neochotu v průběhu času přijmout“ (Peretti-Watel et al. 2015: nečíslováno). Základním rysem váhavosti je především samotné odložení rozhodnutí o přijetí či odmítnutí vakcíny (MacDonald 2015: 4163). Někteří rodiče mohou však prožívat nejistotu, zda očkování bylo správnou volbou i poté, co k němu došlo (Peretti-Watel et al. 2019). Váhavost projevují také zdravotníci, což může mít mimo jiné za následek také nenabídnutí vakcíny pacientům (MacDonald, Dubé 2015: 792). Rozšíření váhavosti napříč aktéry naznačuje obecné nejistoty a nejasnou důvěru či nedůvěru vůči očkování. To ukazuje povědomí o očkovací debatě váhajících aktérů stejně jako o jejich potenciálnímu strachu z tlaku, stigmatizace nebo sankcí. Jak uvádí kolektiv autorů Any P. Hilário, může být dokonce těžké váhající

rodiče zapojit do výzkumu, neboť si „mohou přát nebýt kontaktováni či nalezeni“ (Hilário et al. 2023: 1195).

Zaměření pozornosti vědců na váhavost naznačuje posouvání se od polarizovanějšího způsobu uvažování o tématu očkování (a jeho aktérech) a pozvolné rozměňování tématu. Od původních otázek soustředících se na to, proč někteří lidé nechtějí nechat očkovat své děti, kdo jsou kritici očkování a jak své pozice vysvětlují, se výzkum posouvá dále. Pozornost se přesouvá spíše k účastníkům, kteří se na škále těch, kteří očkování přijímají bez nejmenších pochyb a těch, kteří očkování odmítají, pohybují někde mezi (MacDonald 2015). Daphne Bussink-Voorend spolu s kolegy (2022) na základě systematické analýzy literatury navrhuje definovat váhavost jako „psychologický stav nerozhodnosti, který lidé mohou zažívat při činění rozhodnutí vztahujících se k očkování“ (p. 1639). Bez ohledu na způsob použití konceptu váhavosti ve vztahu k typům chování, jednání, diskurzu či stavu mysli termín bývá stále využíván ve vztahu k rozhodování o očkování. Ostatně sami autoři systematické analýzy argumentují, že důležitost očkovací váhavosti je spojena s „predikcí a ovlivňováním očkovacích rozhodnutí jednotlivců“ (Bussink-Voorend et al. 2022: 1634). Cílem mé práce je navázat na snahy autorů odklonit pozornost od polarizovaných aspektů tématu očkování a zahrnout do výzkumu bohatší nuance očkovací problematiky.

Ve svém výzkumném přístupu se snažím zachytit detailnější aspekty vnímání očkování, které nemusí být nutně spojeny s předpokladem očkovací debaty, přičemž se vracím k základním charakteristikám očkování – očkování jako problematika těl a záležitost kolektivu. Kolektivní a tělesný rozměr se samozřejmě vyskytuje také při analýze očkování jako předmětu rozhodování a debat. Kolektiv nabývá především rozměr kolektivu, ke kterému se vztahuje kolektivní imunita, s důrazem na obecnou solidaritu a morálním závazkům vůči společnosti (srov. Skea et al. 2008; Vochocová, Numerato, Sedláčková 2022). Vztažení očkování k tělu bývá ve spojení individuální volby v otázce zdraví, zodpovědnosti a rizik (např. Reich 2014; Hasmanová Marhánková 2017). Ve výpovědích aktérů dochází také k zachycení obrazů bolesti těla způsobené nežádoucími účinky očkování či vlivem onemocnění (Hasmanová Marhánková 2014; Martin 2018). Ve své práci navazuji na poznání o kolektivech a tělech získaných prostřednictvím výzkumů vztažených k očkovacím rozhodnutím a posouvám svůj výzkumný záměr přímo k těmto dvěma tématům. Při analýze se tedy v první řadě zaměřuji na vrstvy

významů těl, tělesnosti a kolektivů těl spojených s očkováním. Ptám se, k jakým kolektivům těl se aktéři skrze očkování vztahují a jak jsou aktéřské obrazy očkování ukotveny v tělech a prožívání těl.

Pro zachycení podob těl a kolektivů těl pracuji s koncepty paměti a bolesti. K zapojení obou konceptů jsem došla na základě zkušenosti s terénem očkování a vytvořených dat. Téma paměti se vyskytovalo napříč výpověďmi aktérů a propojovala různorodé roviny očkování, přičemž je všechny stále ukotvovala do těla a tělesné zkušenosti. Bolest byla hlavním tématem spojeným s očkovacími praxemi v ordinacích dětských lékařů a lékařek, kde jsem realizovala pozorování. Při analýze paměti a bolesti se snažím odpovědět na otázky: S jakými formami paměti aktéři pracují? Jak jsou formy paměti spojené s vnímáním očkování? Jaké kolektivy těl v jejich výpovědích o paměti a očkování vznikají? Jaké jsou souvislosti mezi pamětí, jejími formami, vnímáním očkování a kolektivy těl? Jakou roli hraje paměť v očkovacích praxích ordinací? Jak se zde aktéři prostřednictvím bolesti vztahují k očkování? Jak vnímaná bolest formuje dění v ordinacích, očkovací praxe a zúčastněné kolektivy těl?

Práci začínám představením metodologie disertace, která byla spojena se dvěma dalšími výzkumy, a snažím se ji tedy pro lepší pochopení vyprávět jako chronologický příběh. V kapitole *Těla, tělesnost a očkování* uvádím teoretická východiska spojená s koncepty těla a tělesnosti a vysvětluji, jak na ně ve své práci navazuji. Následují kapitoly *Paměť* a *„Teď to bude bolet“ bolest a pozice dětského těla*, které se věnují mé vlastní analýze terénu českého očkování. V závěrečné kapitole diskutuji způsoby, jakým se těla a tělesnosti setkávají v ordinacích pediatrií v kontextu očkování.

1. Metodologie a příběh výzkumu

Definovat linku kvalitativního výzkumu, určit jeho přesný začátek a konec, není úplně možné. Jak upozorňuje Cris Shore (1999), terénní výzkum nezačíná a nekončí „pobytem v terénu“, nýbrž zasahuje do antropologova život před i po datech odjezdu a návratu z terénu. Můj výzkum očkování formálním způsobem začal v roce 2017, kdy jsem se zapojila do výzkumného projektu *Občanská angažovanost a politika zdravotní péče* (GAČR). Reálně mu však předcházely všechny mé odžité momenty spojené s očkováním, které se po oficiálním startu výzkumu staly jeho součástí. Součástí výzkumu jsou tak například momenty (ne)přeočkování proti tuberkulóze v 11 letech (viz *Paměť*) nebo momenty, které zdokumentoval můj očkovací průkaz, jenž nese data blízka mému samotnému narození. Přestože se napříč disertací vracím k momentům svého života, které předcházely roku 2017, pro vysvětlení vývoje mého výzkumného záměru, kombinaci různých metod a spojení mé disertace s dalšími výzkumy se budu držet tohoto časové bodu.

Na jaře 2017 jsem dostala nabídku zapojit se do výzkumu *Občanská angažovanost a politika zdravotní péče* pod vedením Dina Numerata. Tou dobou se jednalo o velmi lákavou nabídku, jak přesunout sociální vědy pouze z kategorie studia do zdroje mého finančního příjmu. O očkování jsem tehdy nevěděla prakticky vůbec nic. Věděla jsem ze svých zkušeností, že se očkují hlavně děti a že očkování pro mě nikdy nebylo příjemným aspektem návštěv doktora. Jako bezdětná jsem vlastně ani netušila, že některá očkování jsou v České republice povinná. Zapojení do výzkumu tedy nepředcházely žádné výzkumné úvahy, formulace tezí a výzkumného problému. Naskočila jsem do rozjetého vlaku výzkumu někoho jiného a následovala jeho (jejich) stanovené výzkumné otázky a cíle.

Výzkumný projekt pojímal očkování jako případovou studii patientské angažovanosti, tudíž jsme se zaměřili na aktéry zapojené do českých očkovacích debat napříč odlišnými pozicemi. Vedla jsem polostrukturované rozhovory (23) s členy neziskových organizací věnujících se očkování, rodiči, lékařskými autoritami (např. pediatry a praktickými lékaři), vědci (např. imunology a vakcinology) a dalším aktéry komentující očkování (např. novinářkou, právničkou a umělkyní). Realizovala jsem zúčastněná pozorování na akcích pořádanými těmito aktéry (např. setkáních rodičů kritických k očkování či

odborných vakcinologických konferencích) a analyzovala on-line dokumenty (jako webové stránky, politické a právní dokumenty, zápisy z jednání, blogy), noviny včetně novinových rozhovorů, dokumentární filmy, záznamy z přednášek a seminářů a mé vlastní auto-etnografické poznámky. Výběr oslovených aktérů byl dán tématem patientské angažovanosti, tudíž jsme se snažili oslovovat aktéry na různých pozicích, s různorodými přístupy k patientské angažovanosti a s odlišnými postoji k očkování. Dále jsme se s pomocí snow-ball metody snažili rámcově pokrýt síť aktérů politicky angažovaných v tématu očkování v ČR, aby došlo k nasycení perspektiv a nevynechali jsme klíčové aktéry.

Primární analýza dat se v rámci projektu opět věnovala tématu patientské angažovanosti. Já jsem si v průběhu výzkumu začala klást otázky, zda je možné propojit vnímání očkování aktéry s odlišnými postoji a zároveň propojit různorodá témata (např. biologické procesy těla, narativy o nebezpečnosti nemoci, strach a bolest z nežádoucích účinků očkování), která se na první pohled zdála nesourodá. S postupem výzkumu jsem ovšem nabývala dojmu, že se k sobě vztahují čím dál tím více. Díky zkušenosti s terénem se mi (během získávání dat a jejich průběžné analýzy) zdály témata paměti a tělesnosti jako potenciálně přínosné pro zodpovězení mých otázek. Při analýze dat jsem tedy následně zaměřila pozornost právě na ně. Začala jsem tematickou segmentací dat, následně segmenty kódovala a skrze hledání vztahu mezi jednotlivými kódy jsem vytvořila kategorie bio-imunní paměti, sociálně-kolektivní paměti a paměti žitých zkušeností, které se staly základem pro snahu mého vysvětlení vnímání očkování a jeho provázání na tělesnost skrze různé formy paměti.

První rok výzkumu byl pro mě obzvláště náročný, neboť jsem se snažila zorientovat v komplexní problematice očkování a českém terénu očkování. Zároveň jsem osobně prožívala zmínky o rizicích nežádoucích účinků vakcín a hrozbách onemocnění (viz *Pozice výzkumnice a reflexe*), o čem jsem napsala článek *Stávat se autentickým: Sartrovský sadomasochismus terénního výzkumu* (Sedláčková 2019). Po prvním roce jsem navíc ukončila své magisterské studium a získala příležitost využít svou zkušenost s terénem očkování pro svůj disertační projekt. Zabývala jsem se tedy otázkami, jaký předmět výzkumu na základě mých zkušeností s terénem chci já osobně dále rozvíjet.

Přestože jsem svůj prvotní projekt v následujících letech přepracovala, od začátku jsem považovala za stěžejní přístupy, které překračují dělení terénu a aktérských perspektiv na zastánce a odpůrce očkování. Čím dál více jsem si všímala podobností napříč názorovým spektrem aktérů a otázky, zda a proč lidé (ne)očkují (děti) mi při snaze pochopení významů očkování připadaly méně zásadní a velmi zevrubně zodpovězené dosavadním výzkumem. S rokem 2019 skončil původní výzkumný projekt. Já jsem se stále snažila dopsat článek o paměti očkování (, ze kterého vychází kapitola *Paměť*,) a zanedlouho přišla celosvětová pandemie, která dala debatám o očkování nový rozměr.

Mým terénem bylo od začátku výzkumu povinné očkování dětí. Přestože se tedy covidová pandemie nestala mým přímým výzkumným zájmem, rozhodně můj výzkum ovlivnila. Díky pandemii už jsem nemusela nikomu zdlouhavě vysvětlovat princip kolektivní imunity či „promořování“. To vše se dostalo do obecného společenského povědomí. Debaty okolo vakcíny proti SARS-Cov-2 kopírovaly debaty, na které jsem byla již několik let zvyklá a s jejichž vlivy na svou tělesnost jsem se již dříve musela osobně a výzkumně vyrovnávat (viz Sedláčková 2019). Covid přinesl příležitost pozorovat témata spojená s nově zavedenou vakcínou a srovnávat je s vakcínami, na které byli lidé „zvyklí“ – ke kterým vztahovali svou paměť (viz *Sociálně-kolektivní paměť*). Navíc režimy zavedení vakcíny proti SARS-Cov-2 ukazovaly nové způsoby vymáhání očkování a sankcionování neočkování. Přestože daná vakcína nebyla uzákoněna jako povinná, rozhodně považuji řadu sankcí při neočkování proti SARS-Cov-2 během pandemie za výrazně přísnější a závažnější než u zákoně povinných vakcín (především s ohledem na omezení přístupu na určitá místa / akce pro osoby neočkované proti SARS-Cov-2).

V roce 2021 jsem finálně přeformulovala svůj disertační projekt a oficiálně se začala vztahovat k otázkám, ke kterým jsem dlouhodobě směřovala – přesunula jsem pozornost od toho, jak se o očkování „mluví“, ke způsobům, jak se očkování „dělá“ (v praxích ordinací dětských lékařů). Na začátku roku 2022 jsem se zapojila do mezinárodního výzkumu *Addressing vaccine hesitancy in Europe* (opět prostřednictvím mého školitele Dina Numerata). Moje participace na výzkumu byla postavena na zúčastněném pozorování v ordinacích dětských lékařů, čímž mi otevřela dveře do

obtížného přístupného terénu². Během 6 měsíců jsem realizovala pozorování ve třech ordinacích (zhruba 70 hodin celkem), přičemž dvě z ordinací byly v různých částech Prahy a třetí v malé obci kousek za Prahou.

Dvě fáze mého výzkumu očkování spojené se dvěma výzkumnými projekty (mimo můj disertační výzkum) nesou dva metodologické přístupy – první zaměřený především na polostrukturované rozhovory a druhý na zúčastněná pozorování v ordinacích. Fáze výzkumu se promítly na analytických kapitolách disertační práce, kdy první analytická kapitola *Paměť* vychází primárně z dat z první fáze a je pouze částečně doplněna o data z ordinací a druhá analytická kapitola „*Ted' to bude bolet*“: *bolest a pozice dětského těla* staví čistě na zúčastněném pozorování v ordinacích.

² Situaci kombinace dvou výzkumů během pozorování jsem se věnovala ve svém příspěvku v učebnici *Fantastická data ve veřejné politice a jak je použít* editovanou Evou Hejzlarovou, Magdalenou Mouralovou a Martinou Štěpánkovou Štýbrovou.

1.1 Etnografie v ordinacích dětských lékařů a lékařek

Abych mohla zkoumat povinné dětské očkování skrze praxe a tělesnost, přistoupila jsem k zúčastněnému pozorování v ordinacích dětských lékařů. Etnografie mi umožnila zasadit očkování do celkového kontextu prohlídek dětí u lékaře, kde bývá očkování pouze jedním z mnoha úkonů a témat, kterému se aktéři věnují. Mohla jsem pozorovat, jak se očkování „dělá“ v rámci praxí ordinací a sledovat způsoby zapojení a vzájemné vztahy mezi aktéry – lékaři, sestrami, rodiči a dětskými pacienty (případně také jejich sourozenci). Zvolená metoda mi přinesla především výzvy získání přístupu do ordinací (, což mi pomohlo vyřešit zapojení se do mezinárodního výzkumu) a vyrovnávání se s rušným prostředím, kde leckdy dochází na bolestivé úkony a emoce všech zúčastněných mohou být velmi rozbourané.

Ačkoliv se ve svém výzkumu zabývám povinným očkováním dětí a děti jsem ve svém výzkumu považovala za aktéry, lze o mém výzkumu říci, že se jedná spíše o výzkum o dětech než s dětmi. Jak upozorňuje Kylie Valentine (2011) u dětí jako aktérů by na jednu stranu měla být zohledněna *specifičnost* jejich situace, především ve vztahu ke zranitelnosti, a na stranu druhou *univerzalita* jejich (lidských) kapacit (p. 348). Se specifickou pozicí dětí jsem ve svém výzkumu nedokázala zcela vypořádat.

Během pozorování v ordinacích jsem věnovala pozornost dětem i dospělým. Z řady důvodů si však uvědomuji, že má pozornost byla dětem věnována značně asymetricky a prakticky velmi minimálně: (1) před samotným pozorováním v ordinacích jsem realizovala řadu rozhovorů, všechny byly pouze s dospělými účastníky; (2) seznamovala jsem se s terénem očkování a s dosavadním výzkumem, v obou případech byl všeobecně kladen důraz na pozici dospělých; (3) v samotných ordinacích jsem vedla krátké diskuse s personálem ordinace či rodiči v čekárnách, s dětmi jsem mluvila velmi minimálně především, abych se ujistila o absenci jejich nesouhlasu s mou přítomností v ordinaci³. Mé vnímání dětské perspektivy očkování je podobně jako u ostatních dospělých postaveno především na obecných předpokladech (např. „očkování bolí“) a vlastních zkušenostech z mého dětství. Na základě pozorování mohu interpretovat

³ I zde je vidět diskrepance mezi pozicí dětí a dospělých. U dospělých jsem pro účast na výzkumu požadovala jejich souhlas. U dětí jsem se zaměřila na absenci jejich nesouhlasu, což by mi pro vnímání participace dospělých jako „etické“ nestačilo.

některé jednání dětí například jako projevy bolesti, pokud dítě pláče ihned po aplikaci vakcíny. Nikdy jsem se ovšem nesnažila přímo zjistit, jak děti vnímají očkování a jaké pro ně bylo očkování a průběh prohlídky. V terénu ordinací pro mě bylo výrazně jednodušší pozorovat prohlídky malých dětí. Byla jsem ráda, že se nakonec většina pozorování odehrávala u prohlídek kojenců a batolat, protože vyjednávání souhlasu a komunikace byla přesunutá hlavně na dospělé. Domnívám se, že by si děti zasloužily větší zapojení do výzkumu očkování a že jejich vnímání praxí očkování by naše porozumění významně obohatily. Zároveň si uvědomuji, že já osobně posun zapojení dětí ve výzkumu očkování v podstatě nepřináším.

1.1.1 Etické aspekty etnografie v ordinacích

Všichni zúčastnění rodiče byli informováni o výzkumu a podepsali informovaný souhlas. Pouze jedné z matek bylo očividně nepříjemné, abych byla přítomná u prohlídky jejího dítě, tudíž jsem ze situace okamžitě vycouvala. Zůstala jsem v čekárně a když se mi následně žena po prohlídce omlouvala, ujistila jsem ji, že není důvod k omlouvám, že se jedná o její právo a já jsem ráda, že dala najevo svůj nesouhlas. S ohledem na věk dětí jsem se snažila také u nich získat slovní souhlas s výzkumem. Případné nepříjemné pocity dětí z mé přítomnosti jsem se snažila zohledňovat a předcházet jim především během samotných prohlídek. Například jsem se otáčela vždy, když byly děti (téměř) nahé či mělo dojít k prohlídnutí genitálií. Protože jsem se snažila, co nejlépe domyslet etické důsledky svého výzkumu ještě před samotným vstupem do ordinací, nechala jsem svůj výzkumný projekt posoudit Komisí pro etiku ve výzkumu FSV UK, která jej schválila bez výhrad.

K mému překvapení byla téměř všemi rodiči a dětmi má přítomnost v ordinaci přijata neutrálně či pozitivně, často mě během prohlídky v podstatě celou dobu ignorovali a nezdálo se, že by pro ně má přítomnost měla nějaký význam. Osobně si pozitivní přijetí výzkumu rodiči vysvětlují určitou přenesenou důvěrou z lékařů na výzkum. Opakovaně mi rodiče při vyjednávání souhlasu s výzkumem říkali, jak jsou se svými pediatry spokojeni. Často přímo u podpisu říkali, že mi věří, že věří svému lékaři / své lékařce. V některých momentech se jednalo o obdobné projevy důvěry, jako když zmiňovali, že jejich dítě má veškerá očkování, která jim pediatr či pediatřička doporučili, protože „panu doktoru / paní doktorce“ věří.

S personálem ordinací jsme před zahájením pozorování uzavřeli smlouvu o pozorování. Jejím vzorem jsem se inspirovala v disertační práci Emy Hrešanové. Ve smlouvě bylo především zdůrazněno, jak mohu vytvářet terénní poznámky a že se personál může kdykoliv rozhodnout naši spolupráci ukončit bez udání důvodů.

Do všech ordinací jsem docházela pozorovat pouze preventivní prohlídky. Jednotlivá pozorování se skládají z několikahodinového pozorování řady prohlídek. Abych zachovala anonymitu rodičů a pacientů, do svých poznámek jsem si nepoznamenávala jména, a tudíž se žádné jméno neobjevuje ani v samotné práci. Zároveň v závorce

popisující úryvek z terénního deníku uvádím pouze číslo ordinace a datum pozorování, aby nešlo jednoduše rozeznat jednotlivé rodiny. Pokud se tedy v práci objevuje několik úryvků z terénního deníku se stejným popisem, nejspíše se jedná o několik různých prohlídek.

Přestože jsem již během mé přítomnosti v ordinacích promýšlela způsoby, jak zajistit, aby se za žádných okolností nedaly rozpoznat ani samotné ordinace, mé snahy byly marné, neboť někteří lékaři spolu informace o účasti ve výzkumu sami sdíleli. Lékaře jsem tedy informovala o tom, že se pokusím udělat vše, co bude v mých silách, abych zajistila určitou míru anonymity ordinace, a zároveň upozorňovala na velmi pravděpodobnou možnost, že nějakým způsobem jejich ordinace může být rozpoznatelná. Nikdo z lékařů nad možností rozpoznání ordinace neprojevil znepokojení. Všem ordinacím byla práce zaslána k autorizaci.

1.2 Pozice výzkumnice a reflexe výzkumu

Výzkum očkování mi přinesl výzvy ve vztahu k mé vlastní tělesnosti a její reflexi. Zažívání vlastní tělesnosti a vnímání světa prostřednictvím mého těla mělo za následek, že jsem během výzkumu leckdy zažívala pocity bolesti a potřebovala jsem se vyrovnat s pozicí svého těla jako výzkumného objektu – předmětu výzkumu, který bylo potřeba reflektovat, a tudíž své tělo zkoumat nejenom zažívat jako osobní subjektivní tělo. Prožívání bolesti se dostavilo v podstatě v prvních okamžicích výzkumu, když jsem opakovaně poslouchala o rizicích očkování (, na které brzo navázaly rozpravy o hrozbách neočkování), na které moje tělo reagovalo strachem, pocity zranitelnosti a bolesti. Procesy vyrovnávání se s konfliktem výzkumnice a jejího těla jako subjektu a objektu ve výzkumu jsem se podrobně zabývala v článku *Stávat se autentickým: Sartrovský sadomasochismus terénního výzkumu* (Sedláčková 2019). Samotná práce na článku mi pomohla reflektovat své pocity a skrze s reflexi se s nimi taky vyrovnávat (jako výzkumnice i čistě jako lidská bytost žijící v těle).

Přestože první fáze výzkumu pro mě přinášela největší výzvy vypořádávání se s vlastní tělesností a prožitky bolesti, ani v ordinacích jsem se pochopitelně nevyhnula prožitkům bolesti – cítění bolesti druhých. Stejně jako se jiní dospělí vztahují k bolesti dětí v ordinacích (a bolesti dalších dospělých), také já jsem leckdy zažívala velmi nepříjemné pocity. Například když dítě dávalo bolest velmi důrazně najevo nebo když jsem vnímala, jak se dětská bolest dotýká jeho/jejích rodičů a personálu ordinace. Mou častou strategií bylo ponoření se do tvorby terénních poznámek a jejich prostřednictvím do role výzkumnice, čímž se mi dařilo utišit své osobní pocity.

Moje tělo je do výzkumu tedy zapojeno jako těla ostatní⁴. Ani pro mě očkování neznamená vzdálený abstraktní pojem, nýbrž něco, co se dotýká mého těla, co „sídlí“ v mém těle, bylo do něj vpraveno, ovlivňuje jej, co mohu cítit a prožívat (např. jako bolest svou i druhých). Mé tělo také prožívá situace vzniklé během pozorování. Jsem součástí vzniklé sítě vztahů těl. Díky svému tělu se vztahuji k ostatním přítomným aktérům. Jsem součástí výzkumu i jako předmět výzkumu, i moje tělo je pozorováno a

⁴ Přestože mohou být těla zapojena různými způsoby, sdílí vzájemně samotnou situaci zapojení se do výzkumu.

analyzováno. I o mém těle vznikají poznámky a analýzy, které se následně stávají součástí těla textu disertace.

Kromě mé tělesnosti mou výzkumnou pozici ovlivňovala má nezkušenost s jednáním s dětmi a můj silný diskomfort při mluvení s nimi. Za jeden z největších limitů svého výzkumu považuji dominantní zaměření pozornosti na dospělé a jejich vnímání (na úkor vnímání očkování a prožívání tělesnosti samotnými dětmi), které vycházelo čistě z nedostatku mých dovedností komunikace s dětmi, osobních preferencí a schopností.

V neposlední řadě je má pozice ve výzkumu spojená s vlastními politickými postoji vztahujícím se k očkování. Když se mě na mezinárodní konferenci jedna antropoložka ptala, co si já osobně myslím o očkování (s touto otázkou se setkávám velmi pravidelně), řekla jsem jí, že si vlastně nic moc nemyslím. Žena mi očividně nevěřila, pouze se uchechtla a dále se k tématu nevracela. Sama bych podobné stanovisko v jiné situaci považovala spíše za nedostatečnou sebereflexi než skutečný postoj. Po letech výzkumu očkování a globální pandemii jsem však postoj nezměnila. Otázka, zda očkovat či neočkovat (stejně jako pohled na lidi vybírající si jednu z těchto variant) ve mně stále nevyvolává žádný silný názor. Můj nezáměr o rozhodnutí očkovat / neočkovat nejspíše představuje moje nejspecifičtější politické stanovisko týkající se očkování. To také ovlivnilo samotné směřování mého výzkumného záměru, když jsem svou pozornost zaměřila spíše na prožívání a vztahování se k očkování než na rozhodování a postoje s ním spojené. Příliš mě nezajímá, zda se někdo rozhodlo očkovat / neočkovat a jaké pro to měl důvody. Zajímá mě, jak očkování prožívá, jak se při něm cítí a jak vnímám procesy těla spojené s očkováním.

V rámci výzkumu jsem se setkala s vyhraněnými kritiky i zastánci očkování. Nabyla jsem dojmu, že lidé, kteří se v této debatě intenzivně angažují, si se svými názory a emociálním zapojením jsou mnohem podobnější, než by se na první pohled mohlo zdát (bez ohledu na jejich pozici v rámci názorového spektra) (srov. Vochocová, Numerato a Sedláčková 2022). Jsem vděčná, že jsem se nikdy nemusela rozhodovat o očkování jiných osob. Přestože jsem s velkým nadšením absolvovala očkování proti SARS-Cov-2, skončila jsem u dvou dávek a k přeočkování proti tetanu jsem se stále nedostala, i když podle očkovacího kalendáře už byl nejvyšší čas. Mé vyhraněné názory vztahující se k očkování se zaměřují na kritiku vzájemné netolerance mezi aktéry, ať už se jedná o

zesměšňování a blahosklonnost vůči některým aktérům, nebo spojování jiných s čistě „dábelskými“, korupčními úmysly a záměrem či ignorací zraňování druhých. V podobných debatách se snažím zapojovat a využívám své zkušenosti z terénu očkování, abych alespoň částečně představila perspektivy zapojených aktérů a nabídla (aspoň zdánlivě) prostor pro porozumění druhým.

1.3 Představení ordinací

Podobně jako byly rozhovory a výběr oslovených účastníků a účastnic výzkumu v první fázi ovlivněny směřování projektu patientské angažovanosti, výběr ordinací a vstup do terénu se odvíjel podle mezinárodního výzkumu o vážavosti ohledně očkováním. V rámci mezinárodního výzkumu zúčastněnému pozorování předcházely rozhovory s medicínskými experty. Rozhovory posloužily také jako příležitost při snaze získat vstup do ordinací, kdy tři z lékařů / lékařek posléze souhlasili s participací ordinace při etnografii. Domluvit přístup do ordinací nebylo jednoduché. Snažili jsme se najít časové okno mezi vlnami pandemie koronaviru, načež se ordinace potýkaly s vlnou ukrajinských uprchlíků, kdy se už tak přepracovaní pediatři snažili vzít co nejvíce nových pacientů z Ukrajiny. Přestože jsme se v první řadě snažili vůbec získat přístup do ordinací, podařilo se domluvit pozorování v ordinacích s různými přístupy (nejenom k očkování).

Pozorování v první ordinaci probíhalo především během ledna a února, načež jsem se do ordinace vrátila ještě na jeden den v červnu, abych získala srovnání po pozorování v ostatních ordinacích. V ordinaci pracoval pediatr a jedna sestra. V této ordinaci byl lékař výrazně nejbenevolentnější vůči odkládání očkování. Očkování nezačínalo v devátém týdnu, jak bývá běžné. V této ordinaci dle lékaře začínalo očkování s ohledem na rodiče častěji až mezi 4. a 6. měsícem a vždy byl před očkováním hodnocený zdravotní stav dítěte, tudíž například rýma mohla být důvodem posunutí očkování. Pediatr po očkování doporučoval rodičům homeopatika pro lepší zvládnání očkování. Přestože lékař zmiňoval také možnost dalšího nepovinného očkování, celková rozvolněnost ordinace ohledně očkování (především vyjádřena častým odkladem) nejspíše vedla k nižším číslům proočkování než, jakých dosahovaly ostatní dvě ordinace. Uvolněnost přístupu pediatra nejspíše souvisela s tím, že rodiče v této ordinaci nejčastěji zmiňovali výběr pediatra spíše ve vztahu k jeho osobnosti než lokaci. Prohlídky se často protahovaly, protože rodiče probírali s lékařem několik témat. Sestra si opakovaně pochvalovala, že když jsem v ordinaci já, tak se „rodiče tolik nezakecávají“, a prohlídky jsou plynulejší.

Druhá ordinace se nacházela kousek za Prahou a na pozorování preventivních prohlídek jsem do ordinace dojížděla v květnu a červnu. Kromě pediatričky byly v ordinaci dvě

sestry, jejichž směny se střídaly, a tudíž byla v ordinaci vždy pouze lékařka a jedna ze sester. Ordinance byla jedinou v obci a lokace tedy hrála důležitou roli při výběru pediatričky i samotných pacientů. Byla jsem opakovaně svědkem telefonátů, kdy lékařka z důvodu kapacity musela odmítat nové pacienty z přilehlých obcí, které nespadały do jejího obvodu. Ve srovnání s první ordinací zde byl mnohem větší důraz kladen na řád chodu ordinace. To se odráželo i na spolupráci lékařky a sester se mnou. V ostatních dvou ordinacích jsem byla více ponechána sama a například domlouvání souhlasu s pozorováním se nikdo ze zdravotníků příliš nezabýval. Přestože ve všech ordinacích si lékařský personál našel čas v nabitých dnech odpovídat na mé otázky, pediatrička z druhé ordinace šla se svou pomocí a „vedením“ nejdále, takže při některých dotazech mi i dohledávala a tiskla podklady. Určitý způsob „vedení“ ordinací jsme vnímala také u rodičů (a pacientů), když například sestry a doktorka radily rodičům, jak řešit a kopírovat lékařská potvrzení pro školky a další dětská zařízení.

Třetí ordinace byla opět v Praze (v jiné městské části než ordinace první) a pozorování zde probíhala během května a června. Prostory se dělily na čekárnu a dvě místnosti ordinace, kde v jedné průchozí byly sestry a v poslední místnosti byla ordinace lékařky. V každé ordinaci se mi zdálo množství pacientů téměř příliš velké a v každé další ordinaci jsem zjišťovala, že provoz ordinace může být ještě časově nabitější. Přestože ve třetí ordinaci byly každý den s lékařkou dvě sestry, stejně se mi jejich množství práce zdálo příliš velké a vyčerpávající. Zde bylo při mém příchodu nejvíce na mě, abych naskočila do rozjetého chodu ordinace a začlenila se se svým pozorováním. Rodiče nejčastěji říkali, že ordinaci v první řadě vybírali na základě lokality a následně je oslovila řada velmi kladných hodnocení lékařky na internetu.

Přístup k očkování a doporučenému očkovacímu kalendáři se ve druhé a třetí ordinaci se výrazně nelišil. Jediné rozdíly byly spíše v preferencích obecného přístupu k vedení ordinace a přístupu k rodičům. Obě ordinace nechávaly podepisovat rodiče souhlasy s očkováním. Ve třetí ordinaci vedle lékařka jeden dlouhý hovor o všech vakcínách najednou, přičemž rodiče dostali souhlas domů k prostudování. Dále pediatrička při očkování informovala hlavně o možném průběhu reakcí po očkování a doporučených režimech. Lékařka ve druhé ordinaci poskytovala informace o vakcínách a nemocech průběžněji, stejně jako rodiče podepisovali souhlas (v případě doporučených vakcín) vždy teprve před samotným očkováním.

Nejrozdílnější byly přístupy všech ordinací ve vztahu k propojování péče a zodpovědnosti za zdraví dětí (ve vztahu k rodičům), kdy rozhodnutí byla v různých mírách rozprostřena mezi rodiče a lékařský personál. Někdy bylo rozhodnutí ponecháno především v režii rodičů, kdy lékař pouze poskytl informace o různých možnostech. Jindy se péče lékařky pojila až s rysy paternalismu, kdy péče působila až mateřským dojmem stejně jako míra asymetrie rozhodování mezi rodiči a pediatřičkou. Přístupům ordinací se dále věnuji v podkapitole *Management (projevování) bolesti*.

Přestože si rodiče mohou pediatra / pediatřičku vybrat, vzhledem k přeplnění ordinací dětských lékařů, je možnost volby omezená a výběr lékaře se tak často odvíjí od místa bydliště. Výběr pediatra mimo daný obvod není zcela vyloučený. Může se však pro rodiče jednat o obdobně obtížný úkol jako snaha změnit pediatra. V takovýchto případech bývají rodiče ordinacemi spíše odmítány a rodiče potřebují leckdy vyvinout velkou snahu, aby našly ordinaci, která děti za pacienty přijme.

Při pozorování jsem nezaznamenala výrazné socio-ekonomické rozdíly napříč rodiči mezi první a třetí ordinací, kdy rodiče spíše měli vysokoškolské vzdělání a vyšší příjmy. Ve druhé ordinaci byli větší rozdíly mezi socio-ekonomickou pozicí rodičů, což bylo opět dáno vlivem lokality, kdy se lékařka stávala hlavní pediatřičkou pro celý daný obvod. Přestože většina rodičů by v ostatních ordinacích rozhodně nevyčnívala, někdy jsem se zde setkala s o pár let mladšími matkami než v ostatních ordinacích a personál ordinace se během dnů pozorování zabýval případem jedné rodiny, do kterého byl zapojen Orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Etnografická data jsem analyzovala podobným způsobem jako data z rozhovorů. Nejdříve jsem vytvářela segmenty tématu paměti a bolesti, které jsem následně kódovala a z kódů vytvářela kategorie. U tématu paměti jsem se snažila o srovnání a doplnění zjištění z analýzy rozhovorů. Pozornost jsme tedy zaměřila hlavně na paměť žitých zkušeností, která se prostřednictvím rozhovorů vyjadřovala účastníkům nejhůře. K věnování pozornosti tématu bolesti mě vedla práce Beth Elverdam (2011) upozorňující na vztahování se k injekcím a bolesti při prohlídkách u pediatrů a vlastní zkušenost z terénu, kdy právě tematizování bolesti odlišovalo prohlídky s očkováním od

ostatních prevencí. K bolesti se například vztahovaly analytické kategorie bolest dospělých, proroctví bolesti či management bolesti a jejího projevení.

1.4 Očkování v České republice

V českých zemích platí povinnost očkovat od zavedení očkování proti pravým neštovicím, ke kterému došlo v devatenáctém století. V současnosti povinné očkování v České republice zahrnuje očkování proti devíti nemocem (záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, žlutence typu B, onemocněním vyvolanými bakterií *Haemophilus influenzae* typu B, spalničkám, příušnicím a zarděnkám). Kromě booster okování proti tetanu se všechna povinná očkování týkají dětí. Rodiče, kteří nenechají naočkovat své děti povinnými vakcínami, čelí hrozbě pokuty až 10 000 korun. Nicméně praxe finanční penalizace rodičů je méně běžná od roku 2015, kdy Ústavní soud v rozsudku zohlednil odmítnutí očkování z důvodu výhrady svědomí. Hlavní sankce jsou v současnosti uplatňovány především pomocí předškolních zařízení, kdy neočkované děti nemohou navštěvovat státní zařízení. V rámci povinného roku předškolní výuky se však děti výuky účastnit musí bez ohledu na jejich (ne)očkování. Do jisté míry se dá říci, že neočkované děti do věku pěti let do státní školky nesmí a od pátého roku musí. Toto nařízení bývá kritizováno aktéry z různých pozic jako nesmyslné a podkopávající pozici státu vůči vymáhání povinného očkování.

Aktéři se ovšem rozhodně neshodují na vnímání závažnosti a relevance sankce nepřijímání dětí do státních školek. Přestože se někteří aktéři kvůli primárnímu zaměření na tuto sankci o očkování vyjadřují jako prakticky o nepovinném, dopady sankce (a plynoucí vnímání povinnosti) se velmi liší v závislosti na ekonomické a lokální příležitostech rodin. Pokud se rodina s dostatečným příjmem ve větším městě rozhodne dítě neočkovat a využít nestátní předškolní zařízení, sankce se jich dotýká relativně málo. Pokud matka samoživitelka v menší obci své dítě očkovat nechce, například i z důvodu vnímaných nežádoucích účincích po předchozích očkování, její možnosti mohou být značně omezené nejenom kvůli financím ale také kvůli nedostupnosti alternativního předškolního zařízení v okolí místa bydliště. Pro matku v podobné situaci bývá povinnost očkovat výrazně přítomná.

Vnímání role státu a povinnosti očkování také ovlivnila vyhláška o odškodnění za újmu způsobenou povinným očkováním nebo očkováním proti covid-19, která po několika letech příprav vešla v platnost v roce 2020. Po jejím zavedení volala řada aktérů, která upozorňovala na paradox vymáhání povinnosti ze strany státu a absence přijetí

zodpovědnosti v případě nežádoucích účinků. V hodnocení reálného dopadu vyhlášky se názory aktérů různí, neboť pacienti musí splňovat specifická kritéria a jejich nežádoucí účinky musí být posouzeny komisí.

2. Těla, tělesnost a očkování

Očkování je záležitostí těl. Do našich těl se injekcí vpravuje vakcína. V našich tělech se rozvíjí imunní reakce, která má zajistit tělesnou obranyschopnost proti dané infekci. Naše těla mají utvářet populaci, která je proti onemocnění chráněná a kde kolektiv očkovaných těl chrání těla neočkovaná (zranitelná). Naše těla někdy po letech paměť očkování zapomínají a opakovaním aplikace vakcíny je vedeme k rozpomínání. O zdraví a nemoci těl si vyprávíme, když se vztahujeme k příběhům o vývoji vakcín a o dopadech nemocí. Z očkování si leckdy odnášíme i prožitek tělesné bolesti spjaté s injekcí. Naše těla se vztahují k bolesti vlastní i k bolesti těl ostatních. Teprve v našich tělech se může efekt vakcíny plně projevit a jsou to naše těla, se kterými si prožitky a zkušenosti s očkováním spojujeme. Zaměření se na tělo při výzkumu očkováním nám umožňuje zapojit biologické procesy, společenské rámování a porozumění očkování a jednotlivé osobní zkušenosti spojené s konkrétními momenty očkování a zkušenostmi s nemocemi.

Výzkumný zájem zaměřený na praxe spojené s očkováním a analýza postupně generovaných dat mě vedly ke zdůraznění role těla v kontextu očkování stejně jako role tělesnosti – jako způsobů zažívání těla, vztahování se k němu a zkušenosti s žitím uvnitř těla. V následujících podkapitolách představuji přístupy k tělu, které jsou esenciální pro porozumění očkování jako tělesné záležitosti. Popsané přístupy formují těla jako mnohočetná, utvářející kolektivy těl, nesoucí paměť a propustná (srov. Scheper-Hughes, Margaret Lock 1987; Mol 2002; Merleau-Ponty 2013; Szaló 2017; Shildrick 1997; 2016).

2.1 Mnohočetná těla, vrstvy těl

Sociální a humanitní vědy mají dlouho tradici vyvracení představy univerzálního, individuálního těla a konceptualizování tělesnosti (a s ní spojené snahy o zachycení jejích významů) (Lock, Farquhar 2007: 1-16)⁵. Práce Marcela Mausse představuje jeden ze stavebních kamenů sociálně vědního uvažování o tělesnosti. Ve své eseji *Techniques of the Body* (1973) se zabývá způsoby, jakým lidé napříč společnostmi používají svá těla. Na řadě příkladů ukazuje, že tělo není jednoduše dané a neutrální, nýbrž způsoby, jak používáme naše těla, jsou sociálně a kulturně podmíněny a pro kompletní porozumění člověku musíme brát v potaz trojici sociálních, psychologických a biologických vlivů (p. 70-85). Podobně rozpracovává mnohočetnost těl Mary Douglas (2004), která v kapitole *Two bodies* (kniha *Natural symbols*) rozlišuje tělo fyzické a sociální. Podle ní „sociální tělo omezuje způsob, jakým je vnímáno tělo fyzické. Fyzická zkušenost těla je vždy modifikovaná sociálními kategoriemi, skrze které je tělo poznáváno a které odráží určitý společenský pohled. (...) Fyzické tělo může mít univerzální význam pouze jako systém, který reaguje na systém sociální, který jej jako systém vyjadřuje“ (Douglas 2004: 72-91). Jedinou univerzalitou fyzického těla je jeho vztah (a podřízenost) k systému sociálnímu. Mauss i Douglas přinesli stěžejní argumenty pro porozumění důležitosti sociálních aspektů tělesnosti.

Na absenci univerzality tělesnosti upozorňuje také Barbara Duden (1991), která zdůrazňuje rozdílné vnímání a zažívání (ženské) tělesnosti napříč časem, kdy její historický výzkum „zpochybňoval její jistoty ohledně trvalosti ženského těla a způsobů, jeho zažívání“ (p. v-viii). Nejenom, že těla používáme různorodě napříč společnostmi a přikládáme jim odlišné symbolické a sociální významy, které formulují fyzická těla; také samotné prožívání tělesnosti je jedinečné v čase (i v prostoru) a jednoduše

⁵ Nutno zohlednit, že samotná biomedicína se proměňuje a její konceptualizace těl se od 19. století pochopitelně proměnila. Posun od vnímání univerzálního těla k různorodým tělům například demonstruje tzv. stratifikovaná, personalizovaná či precizní medicína (srov. Day et al. 2017; Kenny et al. 2021). Všechny uvedené termíny prakticky odhazují ke stejnému pojetí medicíny, která se snaží o větší individualizaci zdravotní péče. Jedná se o formu medicíny, „která rozděluje populaci do co nejvíce biologicky odpovídajících skupin za účelem optimalizování reakce na léčbu“ (Day et al. 2017: 143). Stratifikovaná, personalizovaná a precizní medicína bývá často využívána při onkologické léčbě. Biomedicína tedy nepracuje jednotvárně s představou univerzálního těla, přesto jsou však tendence biomedicínského systému vztahovat se k představě řádného (*proper*) těla stále přítomné.

nemůžeme univerzálně přenášet zkušenost tělesnosti – jaké to je žít uvnitř těla – z jednoho těla na druhé.

V souvislosti s absencí univerzality těla a ve snaze zachycení různorodých vlivů, které těla formují, se řada autorů přiklonila k pojetí těla a tělesnosti skrze koncept mnohočetnosti. Ve článku *The Mindful body* Nancy Scheper-Hughes a Margaret Lock (1987) nabízí pojetí trojího těla (tělo individuální, sociální a politické), které pracuje „nejenom se třemi oddělenými a překrývajícími se jednotkami analýzy, ale také se třemi odlišnými teoretickými přístupy a epistemologiemi: fenomenologií (individuální tělo, žité self), strukturalismem a symbolismem (sociální tělo) a poststrukturalismem (tělo politické)“ (p. 8). Jejich mnohočetné pojetí tělesnosti nám pomáhá zachytit různorodé vlivy utvářející těla a zároveň ukotvit různá epistemologická porozumění tělesnosti.

Z pozice *trojího těla* lze vnímat perspektivu výzkumu očkování (především v prvních letech jeho boomu po roku 2006) jako důraz na zohlednění těla politického. Tělo se v tomto kontextu stává prostředím pro vyjadřování politických postojů a odráží mocenské struktury, které si jej nárokují. Očkování je v tomto ohledu nástrojem biopolitiky – *biomoci* (Foucault 2006), pomocí které vytváří stát ze svých občanů populaci, „dává ji žít“ a jako specifickou formu *biomoci* využívá biomedicínu a její biomedicínský pohled (*clinical gaze*), jenž používá objektivizaci těla jako formu mocenského dohledu (2010). Očkovací studie inspirované prací Foucaulta se soustředili na mocenský dohled a formy rezistence vůči němu. Stuart Blume (2006) se již ve svém článku *Anti-vaccination movements and their interpretations*, který patří mezi zlomové texty studující kritiku očkování, zabývá spojením rezistence vůči státní moci (jejím formám disciplinace) a kritice očkování. Ze současnějších textů jsem lze zařadit práci Dina Numerata, Karla Čady a Petry A. Honové (2020) věnující se občanství souvisejícím se zdravím v neoliberalní éře včetně reakcí občanů a pacientů na neoliberalistický imperativ.

Na přelomu tisíciletí uvedl Nikolas Rose (2001) termín *ethopolitiky*, aby vyjádřil aktuální podoby biopolitik, které své občany disciplinují pomocí přesunu zodpovědnosti za jejich zdraví do jejich vlastních rukou. Transformaci pojetí zodpovědnosti – od paternalistického státu k občanské zodpovědnosti – se věnovala řada autorů studujících kritiku očkování v post-socialistických kontextech (Bazylevych 2011; Hasmanová

Marhánková 2017; Trifunović 2019). Téma zodpovědnosti za zdraví se objevuje také v dalších textech (Hobson-West 2007; Carrion 2018), kde to bývají samotní rodiče, kteří deklarují přijetí zodpovědnosti za zdraví svých dětí ve spojení se získáváním informací o očkování a učinění rozhodnutí o (ne)očkování, které často rodiče kritičtí k očkování dávají do kontrastu „slepého důvěřování“ lékařským autoritám. Politizování těl dále probíhá v kontextu debat o individuálním versus kolektivním zdraví, které navazují na témata zodpovědnosti za zdraví a otázku jeho mocenské kontroly (Reich 2014; Vanderslott 2019). Uvedené výzkumy očkování spojuje primární zaměření se na politické debaty a postoje vztahující se k očkování, kdy se výzkumy tolik nezabývají žitou zkušeností tělesnosti jako spíše způsoby, jak se mocenská, politická a morální přesvědčení odráží na našem vztahování se a nakládání s našimi těly.

Annemarie Mol (2002) se mnohočetností těla nezabývala skrze snahu definovat konkrétní vlivy a podoby těl, nýbrž zdůrazněním procesů – praxí, které mnohočetnost těla vytváří. Podle Mol „se objekty (těla, nemoci) *dělají* (vznikají a zanikají) prostřednictvím praxí, v rámci kterých je jimi manipulováno, a v momentech, kdy se předměty manipulace mění praxi od praxe – se realita násobí. (...) Protože se k sobě jednotlivé praxe vztahují, mnohočetné objekty se nerozpadají na fragmenty – drží pohromadě“ (p. 5). Práce Annemarie Mol mi byla inspirací pro zaměření mé pozornosti na dění v ordinacích, kam jsem přicházela s otázkami, jak se v ordinacích dělá očkování – s jakými praxemi a významy bývá spojeno – a jakých podob v kontextu očkování těla v ordinacích nabývají.

Sociálně-vědní výzkum dlouhodobě upozorňuje na komplexnost těl a tělesnosti. Vede nás k nahlížení různých vrstev významů a zažívání tělesnosti (fyzické, biologické, sociální, politické, symbolický aj.), které se odehrávají simultánně. Vzhledem k významnosti tématu rozhodování, volby a postojů ve výzkumu očkování vytváří autoři bohatý obraz o politických tělech, jiným vrstvám významů těl však ve výzkumu většinou není věnována taková pozornost. To ovlivňuje také způsoby, jak se výzkum vztahuje ke kolektivům těl spojenými s očkováním.

2.2 Kolektivy těl

Při zabývání se očkováním dochází k překročení perspektivy individuálních (mnohočetných) těl a zaměření pozornosti také na kolektivy těl. Přestože důraz na kolektivy těl je pro porozumění očkování klíčové, neexistuje jedna jednotná představa kolektivu těl, ke které by se vztahovali všichni aktéři. Naopak to, k jakému kolektivu se daní aktéři vztahují – jaký kolektiv si představují a směřují k němu své jednání –, je zásadně ovlivněno jejich vnímáním očkování a zároveň jejich pojetí kolektivu těl formuje jejich celkový přístup a porozumění očkování. V této podkapitole se věnuji předchozímu výzkumu očkování a způsobům, jak autoři přistupují k zobrazení kolektivu těl a jaká témata (individualismus, solidarita a důvěra) s kolektivností očkování spojují.

Kolektiv těl pro mou práci znamená jakékoliv uskupení těl, ke kterému aktéři vztahují strategie a porozumění (očkování, těl, tělesnosti), ve kterém hledají či přímo podporují vzájemné spojitosti a kde zdůrazňují vzájemnou tělesnou propustnost. Abych považovala těla za kolektiv těl, není pro můj přístup kritériem samotná velikost kolektivu těl (kolektiv mohou tvořit již dvě těla), ovšem velikost kolektivu a spojená míra vnímání jeho abstraktnosti a familiárnosti hraje klíčovou roli ve způsobech, jak a kteří aktéři se k daným kolektivům vztahují.

Při tématu očkování se lze setkat s pojetím kolektivu těl na globální úrovni. Ke globálnímu kolektivu těl se například vážou debaty o pandemiích či strategie celosvětové eradikace určité nemoci (, což může zásadně formovat konkrétní lokální očkovací strategie (viz Boas, Rosenthal, Davidovitch 2016: 3)). Klíčovým kolektivem, se kterým pracují rámce právní i sociálně-kulturní a u kterého bývá vyhodnocované míra proočkování a výskytu nemocí, je populace státu. Celosvětový kolektiv těl a kolektiv těl státu souvisejí se spojováním očkování s tělem politickým (viz 2.1 *Mnohočetná těla*). S tím pochopitelně souvisí využívání samotného pojmu populace jako jednotky pro governmentální státu.

V případech, kdy je očkování povinné, vznikají specifické formy rezistence proti samotné povinnosti očkování a nedůvěry vůči státu (srov. Blume 2006), o čemž vypovídá výzkum očkování v post-socialistické kontextu představený v předchozí

podkapitole. Vynucující pozice státu může být vnímaná i v kontextech, kde je očkování legislativně dobrovolné, avšak v očkovacích praxích je stále kladen velký důraz na splnění míry proočkovanosti. Julia Brownlie a Alexandra Howson (2005) se ve svém výzkumu z Velké Británie věnovaly vlivu nastavování cílů proočkovanosti (*target-setting*) na praxe lékařů praktikujících očkování, přičemž samotní zdravotníci snahy naplňování cílů proočkovanosti vnímali jako „vynucovací“ a obávali se, že rodiče se budou zdráhat účastnit očkování, pokud si spojí nastavení cílů proočkovanosti s imunizační praxí (p. 437, 441). Obavy a nedůvěry vůči státu a jeho očkovacím politikám se mohou odrážet také na způsobech vnímání, míře ztotožňování se a sounáležitosti s kolektivem těl vznikajícím v rámci jednoho státu. Důraz na kolektiv těl na úrovni státu a spojené proočkovaní strategie tedy mohou vytvářet prostor pro konfliktní přístup a odpor k perspektivě kolektivu populace státu.

Další imaginace kolektivů těl aktéři vytváří v souvislosti se skupinami s různými očkovacími názory a praxemi. Sem patří například představy kolektivů kritiků očkování a rodičů váhajících v oblasti očkování. Řada autorů (např. Kasstan 2021, Sobo 2015) upozorňuje, že považovat skupiny aktérů s podobnými postoji k očkování za homogenní kolektivy je zavádějící. Vymezení kolektivů na základě postojů k očkování však bývá esenciální pro aktéry očkování i vědce, kteří očkování a jeho aktéry zkoumají. Například se snahami vymezit a popsat skupiny kritické k očkování se výzkum očkování v podstatě potýká od počátků současné vlny zájmu o tuto oblast, což lze například ilustrovat otázkou, zda se o „anti-vaxu“ dá uvažovat jako o sociálním hnutí (Blume 2006). Chápání daných aktérů jako skupin a kolektivů těl je klíčové při snaze vymezení vlastní příslušnosti ke kolektivu a formulování, kdo je a není součástí daného kolektivu. Roli představ o skupinách kolektivů těl dále rozebírám v závěrečné části podkapitoly věnující se kolektivům těl.

Kolektivy těl v neposlední řadě tvoří také rodinné kolektivy. Míra, s jakou se aktéři orientují na rodinné kolektivy či širší společenské kolektivy, se promítá při analýze přístupů individualismu a solidarity ve vztahu k očkovacím strategiím.

2.2.1 Individualismus a solidarita

Při vyjádření míry orientace volby na kolektiv pracují autoři s koncepty individualismu a solidarity. Mezi benefity pro jedince a celek nemusí být nutně vnímán rozdíl, což dokládají například některé politiky veřejného zdraví, které „řeší osobní zisk jako konečný výsledek kolektivního benefitu“ očkovaní (Boas, Rosenthal, Davidovitch. 2016: 2). Perspektiva zdůrazňující možné nežádoucí účinky spojené s očkovaním však může představu propojení benefitů jedince a kolektivu začít problematizovat. Vždy záleží na míře vnímaných rizik pro jedince i míry benefitů pro celý kolektiv, které se mohou napříč aktéry velmi lišit.

Řada výzkumů ukazuje spojení přístupu rodičů kritických k očkovaní s preferencí individuální volby, důvěrou ve vlastní intuici a otázkou znalosti vlastních dětí (Reich 2014; Estep, Greenberg 2020; Jaroslava Hasmanová Marhánková 2014). Jennifer Reich (2014) spojuje tento přístup s neoliberalistickým mateřstvím, kdy matky mohou upozorňovat na celospolečenské problémy (např. nedostatek času praktických lékařů na pacienty a transparentnost označování produktů), avšak pouze část z nich zároveň popisuje snahy transformovat tyto problémy pro všechny děti a většina z nich se zaměřuje pouze na děti vlastní. Obdobné platí při zvýšeném zájmu o kvalitu potravin a nebezpečí toxické expozice, které vztahují pouze na své domovy a sousedství. Reich argumentuje, že v tomto ohledu se spojují genderové požadavky podporující (až tlačící) intenzivní mateřství a kulturní neoliberalistický přístup ke zdraví a zdravotnictví (p. 699). Pro tyto matky je důrazné zaměření se na zdraví jejich dětí a individuální volbu východiskem, jak naplňovat kulturní představy o roli matky, přičemž zároveň využívají a upevňují svá privilegovaná postavení a jejich pozornost bývá většinou slepá k širším kolektivům.

Kevin Estep a Pierce Greenberg (2020) navázali na závěry Jennifer Reich (2014) o individualistickém přístupu a privilegií rodičů kritických k očkovaní. Konkrétně se zabývali prostorovým hlediskem při využití výjimky z očkovaní na základě osobního přesvědčení. Zkoumali přístupy rodičů žijících v názorově a demograficky relativně homogenních sousedstvích, kde je kromě rysů individualistického přístupu k rodičovství klíčovým faktorem vnímané nízké riziko nákazy, které je také dáno relativní uzavřeností kolektivu. Prostorový rozměr jejich výzkumu dokládá, „jak místa mohou někdy

přítahovat lidi s určitými ideologickými sklony a pak tyto tendence posilovat prostřednictvím různých sociálně-interakčních mechanismů“ (p. 982). Rodiče žijící v takovýchto sousedstvím tedy mohou zároveň vytvářet kolektivy individualistického přístupu (, které mohou znamenat „díry v kolektivní imunitě“), přičemž jejich „nekoordinované, dobře míněné, *individualistické* volby mohou produkovat *kolektivní* důsledky, které jsou v rozporu s veřejným blahem“ – za hranicemi daných sousedství (p. 984). Nutno dodat, že v případech, kdy aktéři vnímají pojetí kolektivní imunity jako problematické a obecně nejsou přesvědčeni o její deklarované existenci (*viz 3.1.1 Bioimunní paměť*), i rozhodnutí neočkovat nemusí být vnímáno v rozporu s kolektivním blahem.

Při rozhodování o očkování někteří aktéři volí strategie zohledňující širší kolektivy, které mohou přímo označovat jako snahu „vyhýbání se ublížení druhým“ (*avoiding harm to others*). Výzkum Zoë Skeae a jejích kolegů (2008) ukazuje, jak míra zdůrazňování celospolečenské solidarity souvisí se spektrem vnímaných rizik a benefitů očkování a následně volenými očkovacími strategiemi. Největšími proponenty přístupu zaměřující se na ochranu „zranitelných“ dětí očkováním vlastních „zdravých“ dětí jsou rodiče, kteří obecně vnímají očkování velmi pozitivně a rizika prakticky nezmiňují. Jediná popsána rizika představují ta plynoucí z přítomnosti nenačkovaných dětí v kolektivu. Jejich zapálení pro očkování z důvodu ochrany dalších dětí a společnosti jako celku je očividné – „Není to jenom o našem synovi. Zajímá mě také zdraví dalších dětí“ (p. 1385). Někteří aktéři, kteří měli obavy z možných nežádoucích účinků MMR vakcíny, by rádi volili strategii individuálních vakcín, aby snížili vnímaná rizika pro své děti a stále pomáhali vytvářet kolektivní imunitu. Účastníci analyzované diskuse, kteří přímo tvrdili, že „nevěří v očkování jednoho dítě pro dobro jiných“, zároveň zpochybňovali reálnou účinnost a vznik kolektivní imunity (p. 1386). I v případech, kdy účastníci hovořili o obecné solidaritě, ilustrovali své argumenty na příkladech jednotlivých lidí (většinou dětí) – např. kdyby nějaké dítě mělo nenávratné poškození kvůli zarděnkám.

Představit si (často konkrétní) jedince pod obecným pojetím kolektivu je dovednost, která může výrazně proměňovat zvolené očkovací strategie. Hagai Boas, Anat Rosenthal a Nadav Davidovitch (2016) na své analýze izraelské očkovací kampaně proti obrně ukazují, jak rodina může sloužit jako most mezi individualismem a solidaritou.

Pracují s velmi specifickým případem, kdy přeočkování již naočkovaných dětí mělo zamezit obecnému šíření divokého viru obrny v Izraeli, tudíž očkování nemělo tak očividné benefity pro samotné očkované děti (kromě možnosti boosteru). V reakci na přítomný virus chtěli zástupci státu přeočkovat děti do devíti let orální vakcínou využívající živý virus polia. „Živá“ vakcína byla přitom v roce 2004 nahrazena inaktivovanou vakcínou („neživou“), což vzbuzovalo v rodičích nedůvěru, proč by jejich děti měly být naočkované vakcínou, která byla původně stažena.⁶ Izraelské zdravotnictví navíc dlouhodobě směřovalo k individualismu a privatizaci, takže „jednotlivci měli pocit, že on či ona již nedostávají stejnou podporu od státu“ jako byla požadována od nich, a tudíž aktéři kladli důraz především na osobní přežití a profit (p. 4). Úspěšnost kampaně začala přicházet s konkretizací a personalizací zacílení solidarity z obecného pojetí státu na rodinu. V kampani využila slogan „dvě kapky a rodina je ochráněna“ a spolupracovala se zdravotníky, kteří se stali tváří kampaně, „reprezentují rodinné zájmy namísto zájmů státu“ a mají „intimní vztahy s veřejností“ (p. 6-8). Jednotka rodiny se stala relevantním „okruhem solidarity“ (p.7). Autoři argumentují, že rodina ztrácí postavení metonymu pro izraelský kolektiv obecně, avšak stále je jednotkou překračující čistě individuální zájem. Jejich výzkum ukazuje komplexnější propojení přístupů individualismu a solidarity.

Individualismus a solidarita mohou být ve strategiích aktérů očkování propletené. Strategie, které by mohly být vyhodnocené jako individualistický přístup k rodičovství, vytvářejí prostor pro solidaritu mezi podobně smýšlejícími rodinami, které mohou společně vytvářet až prostorově lokalizované kolektivy (srov. Reich 2014; Estep a Greenberg 2020). Solidárně zaměřené přístupy zdůrazňující zdraví ostatních ve společnosti podobně staví na vnímaných benefitech pro samotné aktéry či jejich blízké (srov. Skea et al. 2008). Jak například ukazuje výzkum očkování proti Izraeli popsany výše (Boas, Rosenthal, Davidovitch 2016), při aktérských strategiích oscilujících na škále solidarity a individualismu nezáleží pouze na vztahu vnímání očkování, nýbrž také na aktérských představách kolektivů těl a míry ztotožňování se s nimi.

⁶ „Vakcína využívající živou oslabenou podobu viru byla stažena z národního očkovacího programu v roce 2004 kvůli vyššímu, přesto vzácnému, riziku nežádoucích účinků“ (p. 3).

Na složitost souvislosti vlivu kolektivu těl na očkovací strategie ukazuje také Elisa Sobo (2016), která se zabývá způsoby, jak rodiče pracují s konceptem kolektivní imunity. Sobo došla k závěrům, že zaměření se na kolektivní imunitu v očkovacích kampaních je pro zvyšování zájmu o očkování irelevantní. Rodiče často nechávali své děti naočkovat, aniž by vůbec koncept kolektivní imunity znali, případně očkování volili hlavně s ohledem na výhody pro zdraví svých vlastních dětí. Naopak rodiče, kteří měli „správné“ porozumění se často rozhodli nenásledovat očkovací doporučená pediatrů“ (Sobo 2016: 194). V jejích studii to nejsou pouze rodiče kritičtí k očkování, kteří primárně volí individualistický přístup ke zdraví svých dětí, tento přístup je vlastní také rodičům volícím očkování. Spojování individualismu a solidarity s určitými očkovacími rozhodnutími tedy může být výrazně složitější, než by se na první pohled mohlo zdát. Z představených výzkumů je nicméně očividné, že aktéři pracují s idejemi kolektivů velmi různorodě. Vždy záleží, jaké kolektivy těl si vůbec představují / vztahují se k nim, zda vnímají existenci některých kolektivů těl, přestože se na stejné kolektivy mohou soustředit jiní aktéři (např. epidemiologové), a zda je vůbec vnímaný kolektiv brán v potaz při samotných očkovacích rozhodnutích.

2.2.2 Důvěra

Důvěra (a především její nedostatek) se stala základním konceptem pro sociálně-vědní výzkum očkování. Řada autorů spojuje nedostatek důvěry s přítomností váhavosti v otázce očkování či přímo s jeho kritikou (např. Brownlie, Howson 2005; Hobson-West 2007; Perreti-Watel et al. 2019; Nurmi, Jaakola 2023). V rámci tématu důvěry autoři upozorňují také na představu kolektivní ztráty důvěry (Hobson-West 2007), která může přesahovat oblast očkování a být spojená i s obecnější nedůvěrou v lékařské autority nebo stát (Kennedy 2019). Zároveň se k otázce důvěry leckdy vztahují i samotní aktéři – např. kritici očkování leckdy mluví o důvěře jako o slepé víře (Hobson-West 2007), kdy dle nich očkující rodiče často vůbec neproblematizují očkování, nepokládají si žádné otázky a jako „ovce“ či „stádo“ následují tuto běžnou praktiku, což dle kritiků být spojené i se zbavováním se zodpovědnosti za zdraví dětí kritizovaných rodičů (Hasmanová Marhánková 2014).

I kvůli podobným asociacím spojených s váhavostí a kritikou očkování Johanna Nurmi a Joni Jaakola (2023) argumentují, že sociologie by spíše měla pracovat s relačními a kolektivními rysy důvěry než s důvěrou ve smyslu víry, která má spíše psychologické a náboženské konotace a může být hůře empiricky zachytitelnou (p. 2). Podobně důvěru vymezují Julia Brownlie a Alexandra Howson (2005), když se zaměřují na její situační povahu a uvádějí, že důvěra nemůže být chápána jako jev izolovaný mimo interakce, vztahy, systémy a instituce (p. 225). Relační a situační rysy naznačují potenciál důvěry fungovat jako pojítka kolektivu.

Při snahách o vysvětlení fenoménů váhání ohledně očkování a jeho kritiky se autoři spíše zaměřují na absenci důvěry při rozhodování o očkování a zabývají se analýzou nedůvěry. Johanna Nurmi a Joni Jaakola (2023) oddělují koncepty *mistrust* a *distrust*, kdy první je spíše absencí důvěry projevující se případnou váhavostí, zatímco druhý termín *distrust* odkazuje k přímo vymezené nedůvěře. Nedůvěra může být často formována na základě konkrétní nepříjemné zkušenosti (Carey 2017: 8).⁷ Oddělení těchto pojmů vysvětlují Nurmi a Jaakola skrze kritiku lineárního vnímání, které

⁷ Jak dokládá Jaroslava Hasmanová Marhánková (2014) pro řadu rodičů se kritickým momentem vzniku nedůvěry v očkování stává zkušenost, kdy pediatři bagatelizují a kategoricky vylučují možnost spojení očkování se zdravotními komplikacemi dětí (p. 175).

předpokládá preexistenci obecné důvěry v očkování (p.2). Vesna Trifunović (2019) taktéž zpochybňuje, zda přijetí očkování (během socialistického režimu) lze vyhodnocovat ve vztahu k důvěře v lékařské autority, ačkoliv se jedná o běžný společenský předpoklad (p. 513). Autoři obou textů upozorňují, že přijetí očkování mohlo být někdy dáno spíše nedostatkem volby než přítomností důvěry.

Rozdělení nevymezené důvěry (*mistrust*) a přímé nedůvěry (*distrust*) koresponduje s odlišováním kritiků očkování a aktérů, kteří v otázkách očkování váhají. Stejně jako může být pojetím pro kolektiv důvěra, také nejistoty s ní spojené a vyslovená nedůvěra (vůči očkování, státu, aj.) mohou mít stmelovací charakter pro určité kolektivy, neboť mohou být společným identifikačním rysem. Podoby a míra důvěry představují kromě potenciálního pojetí pro danou skupinu také kategorie, dle kterých bývají (např. vědci a lékaři) aktéři očkování rozděleni do skupin, které nezapadají do obecně předpokládaného kolektivu přijímajícího očkování (v souladu s obecným očkovacím kalendářem). Otázkám vyčlenění z tohoto vnímaného kolektivu se věnuji níže.

2.2.3 (Ne)být součástí kolektivu těl

Při snaze zachytit různé postoje k očkování se autoři zabývali způsoby vymezení kolektivů sdílejících jednotlivé přístupy očkování. Ve svých výzkumech zkoumali „antivax“ (Blume 2006; Kata 2012), kritiky očkování (Hobson-West 2007; Hasmanová Marhánková, Skálová 2016) a rodiče váhající o očkování (Peretti-Watel et al. 2015; Dubé et al. 2021). Pro tyto výzkumy je jednotná snaha analyzovat postoje a motivace aktérů, kteří se vymykají z očekávaného kolektivu obecně přijímacího doporučený očkovací kalendář. To do jisté míry⁸ koresponduje s medicínským a přírodovědeckým přístupem a imaginací kolektivu těl populace, ze kterého se vymezují určití aktéři, když se odmítají podílet na očkovacích praxích či o nich začínají váhat. Při neproblematizaci tohoto předpokladu za strany sociálních vědců, může sociálně-vědní výzkum (leckdy nezamyšleně) pomáhat reprodukovat tento předpoklad vyčlenění⁹.

K různým úrovním vyčleňování dochází také ze strany samotných aktérů očkování. Proponenti očkování mohou například do jisté míry vyčleňovat neočkovaná těla, když je označují za riziko pro kolektiv (Vanderslott 2019), nebo kritiky očkování nálepkou černých pasažérů („*free-riders*“, srov. Skea et al. 2008), kteří benefitují z kolektivní imunity, přestože se nepodílejí na jejím vytváření / zachování. Na jednu stranu, těmito označeními dochází k určitému vyčlenění těl. Avšak skrze tyto praxe upozorňují na jejich nevyhnutelnou fyzickou přítomnost (spoluúčast) v celkovém kolektivu – černý pasažér nepatří do kolektivu participujících těl, pro které může být nositelem rizika, ovšem stále je pasažérem – součástí kolektivu a nelze jej zcela fyzicky vyloučit z kolektivu těl populace.

Protože nelze fyzicky vyřadit kritiky očkování a nenačkovaná těla z kolektivu, pracují s termínem vyčlenění, nikoliv vyloučení. Hlavními způsoby vyčlenění se tedy týkají především sociálního vyčlenění, případně společenského i fyzického vyčlenění z menších kolektivů. K prolínání společenského a fyzického vyčleňování dochází například při vynechávání nenačkovaných dětí ze společenských setkávání nebo

⁸ V medicínských a přírodovědeckých komunitách je přístup pochopitelně různorodější a neexistuje jeden jediný konsensus k přístupu k očkování a kolektivům těl s ním spojených.

⁹ Výchozí bod populace přijímající očkování může být předpokladem i pro výzkumy, které většinou v úvodních částech zmiňují, že jistá míra kritiky a resistance doprovází očkování od jeho zavedení (srov. Blume 2006).

hracích setkáních („*play dates*“, srov. Carpiano, Fitz 2017). V českém kontextu se pak jedná o praxi sankcí při nepřijímání plně nenačkovaných dětí do školky.

Samotní kritici očkování se mnohou vyčleňovat z představy obecného kolektivu – např. při vyjadřování nedůvěry vůči očkování, lékařským autoritám a státu nebo v rámci vymezování se vůči rodičovskému přístupů jiných. V jejich pojetí může být oním obecným kolektivem kolektiv „nekriticky přijímající“, „stádo“, „ovce“ (viz podkapitola *Důvěra*). Skrze toto vymezení se vůči dominantnímu kolektivu pak mohou vytvářet další kolektivy těl sdílející vyčleňující se přístup a kritický postoj vůči očkování.

Kdo je či není součástí určitých kolektivů těl, se stává důležitým rozměrem vnímání očkování a jeho aktérů. Označení rozhodnutí neočkovat jako „sobecké“ a „iracionální“ jednání je běžnou součástí očkovacích debat (srov. např. Hobson-West 2007; Lupton 2013). Zásadním faktorem může být vytváření zostuzení a hanby, které funguje jako hrozba potenciálního vyčlenění z kolektivu. Jak ve své práci dokládá Kevin Estep a Pierce Greenberg (2020), vliv stigmatizace na očkovací strategie je možné vnímat i v momentech její absence. Právě díky absenci stigmatizace váhání v oblasti očkování dětí (či přímé rozhodnutí neočkovat) může v názorově souznicích sousedstvích docházet k vyšší míře využívání výjimky z očkování, a tudíž odkladu očkování či přímého neočkování.

Přestože některé skupiny mohou vznikat na základě sdílení očkovacích postojů nebo díky vymezování se vůči postojům jiných skupin, v řadě případů příslušnost do kolektivu souvisí s jinými sdílenými aspekty. Kolektiv může vznikat například jako sousedství obyvatel s podobným socioekonomickým postavením (ibid.), skupina rodičů s životným stylem inklinujícím k nestátním alternativnějším způsobům vzdělávání dětí jako je například Waldorfská škola (Sobo 2015) nebo náboženská komunita (Keshet, Popper-Giveon: 2021). Ačkoliv v těchto kolektivech mohou aktéři sdílet očkovací přesvědčení a volby, očkování nebývá klíčovým faktorem stojícím za jejich vznikem.

Výzkumy zabývající se otázkami individualismu, solidarity a důvěry ve vztahu k očkování naznačují, jak (ne)vnímané kolektivy souvisí s aktérským vnímáním očkování. V řadě z nich kolektivy nepředstavují ústřední koncept. Přestože tedy lze o kolektivech spojených s očkováním z těchto prací získat množství informací, samotní

autoři se k tématu kolektivů mohou vztahovat pouze velmi okrajově a výzkum soustředící se na otázku spojení kolektivů těl a očkování může být přínosem již získaného poznání.

Pro porozumění, s jakými kolektivy těl pracují aktéři očkování, je potřeba zohlednit různorodé roviny těl mnohočetných (fyzičnost, jeho sociální i symbolickou dimenzi). Pro zachycení těchto různých úrovní tělesnosti a specifických podob kolektivů těl analyzuji v následující kapitole způsoby, jak aktéři pracují s konceptem paměti. Před uvedením analytické kapitoly *Paměť* představuji dvě teoretická východiska, o která se ve své analytické práci dále opírám (tělesná paměť a propustnost).

2.3 Tělo a paměť¹⁰

Mechanismus očkování spoléhá na schopnost těla si pamatovat – využít paměť imunity vytvořené pomocí očkování v momentech, kdy se tělo setká s infekcí. Kromě bioimunní paměti výzkum pracuje také s dalšími formami paměti (sociálně-kolektivní a paměť žitých zkušeností), přičemž všechny z nich stojí na premise, že „vzpomínání je dílem těla“ (Szaló 2017: 15).

Csaba Szaló ve své knize *Paměť míst* (2017) navazuje na fenomenologickou tradici¹¹. Szaló staví argumentaci o provázání těla a paměti na třech stanoviskách: (1) „*prožívání není čistě mentálním, ale spíše tělesným jevem*“, (2) „naše tělo a prožívání jsou vzájemně provázané“ a (3) tato provázanost se ukazuje „jako neodlučitelnost prožitku od *hlediska*, ze kterého pohlížíme na svět a jež je dáno vlastním tělem prožívajícího člověka (p. 15-17). Přestože by se mohlo zdát, že naše paměť vychází z mentálních obrazů, jejím výchozím bodem je *hledisko* těla, „z něhož něco vidím a něco vidět nemohu“ (p. 17). Pro vysvětlení spojení mezi tělem a pamětí se Szaló odkazuje k velmi známému příkladu mimovolné paměti popsané Marcelem Proustem, kde specifická kombinace chutí madlenky namočené v lipovém čaji nečekaně zavede postavu knihy zpátky do jeho dětství. Ukázka ilustruje, jak tělo přináší významy senzoričtým zkušenostem pomocí nečekaného *vzpomínkového obrazu* (p.39) – tělo si pamatuje. Ve fenomenologické tradici zastává tělo ústřední bod pro zažívání světa, jeho porozumění a je nositelem paměti, kterou je možné vyjádřit termínem *vtělená paměť* (*embodied memory*).

Koncept vtělené paměti ve svém článku *The body remembers* využívá Karin Eli (2016) pro vysvětlení reakcí těla vztahujících se k paměti traumatu. Eli zkoumá, jak těla se zkušeností s poruchami příjmu potravy (a zotavením) okamžitě reagují na nedostatek či nepravidelnost jídla (např. náhlou hypoglykemií a třesem). Jejich reakce se dá interpretovat jako snaha o ochranu před návratem hladovění, kdy těla navazují na svou

¹⁰ Část práce zabývající se pamětí vychází z článku *Leaky Bodies, Vaccination and Three Layers of Memory: Bio-Immune, Social-Collective and Lived Experience* (Divíšek, Numerato 2024).

¹¹ Konkrétně Szaló navazuje na koncept *předobjektivního pohledu* Maurice Merleau-Pontyho. *Předobjektivním pohledem* Merleau-Ponty vyjadřuje vztah tělesnosti k vnímání světa, kdy se tělo stává výchozím bodem pro naše žití a vnímání (Merleau-Ponty 2013: 126-127)

traumatickou zkušenost (její paměť) a „zvoní na poplach“. Na tělesnou paměť upozorňují i samotné účastnice výzkumu, ostatně název článku je citací slov jedné z nich. V narativech účastnic výzkumu nebyly vtělené vzpomínky „historickými záznamy vyrytými do těla, ale spíše konstantně se vyvíjející procesy spojující jejich žité zkušenosti zotavení s momenty minulosti s poruchami příjmu potravy“ (p. 81). Těla vztahují svou paměť k praxím, ve kterých se neustále utváří vtělená paměť.

Různí autoři věnující se spojením těl a paměti (např. Narvaez 2006; Fassin 2008; Kleinman a Kleinman 1994) upozorňují (1) na přítomnost vtělené paměti těl individuálních i kolektivních a (2) také na propojení vtělené paměti se sociálními strukturami a normami, kdy kolektivní paměti často deterministicky formují individuální a kolektivní těla – „minulost ožívá ve sdílených přítomnostech, a tudíž sociální skupiny 'přirozeně', 'intuitivně' kráčí ke zděděným budoucnostem“ (Narvaez 2006: 52) – a simultánní spojení vtělených pamětí s každodenní existencí a praxemi, kdy se odráží vtělené minulosti na „každodenní existenci i na významu, jaký dávají lidé svým životům a akcím“ (Fassin 2008: 316) a sociální aktéři se mohou „odpoutávat do toho, co jejich tělům předepisuje minulost“ (Narvaez 2006:52). Oba aspekty jsou pro výzkum očkování zásadní, neboť očkování bývá vztahováno k tělům jedinců i kolektivů a nese se sebou dědictví kolektivní minulosti stejně jako se utváří v každodenních jedinečných praxích.

Pro zachycení těchto dvou charakterů vtělených pamětí pracuji s konceptem propustných těl Margrit Shildrick (1997; 2016), kdy tělesná propustnost formuje individuální i kolektivní vtělené paměti, prožívání tělesnosti a skrze hledisko režimů propustností pomáhá zdůraznit procesuální a neukončenou povahu tělesné propustnosti, která se utváří prostřednictvím praxí (*viz 2.4 Tělesná propustnost a 3.1 Formy a propustnost paměti*).

Při výzkumu očkování nelze opominout biologické, fyzické aspekty těl i jejich pamětí. Biologické procesy vtělené paměti také odráží aspekty kolektivnosti těl, jejich individuálnosti, dědičnosti i vlivy současných prostředích a praxích, ve kterých jedinci žijí, což například ukazuje výzkum epigenetiky (Meloni 2015) či microchimérismu (Shildrick 2019). Biologická paměť těla nás vrací k obecné úrovni provázanosti těla biologického a sociálního, kdy jednotlivá pojetí těla nevyhnutelně existují

v provázaných vztazích a hledisko praxí nám může pomoci zachytit způsoby, jejich utváření se i vzájemného vztahování se.

2.4 Tělesná propustnost

Vztahy mezi těly a jejich propustnými hranicemi jsou nezbytné pro porozumění nemocem, očkování a jejich vnímání. Aby se mezi těly mohly šířit infekce a nemoci, stejně jako imunita, musí být jejich hranice do jisté míry propustné. Tématu tělesných hranic a jejich propustností se sociální vědci zabývali například v kontextu epigenetiky (Meloni 2015), mikrobiomu (Lock 2018; Shildrick 2019) či imunologie (Martin 1990). Lidská těla jsou propustná vzhledem k prostředí, ve kterém se vyskytují, neživým i živým objektům a vůči sobě navzájem.

Pro mou práci je zásadní především mezilidská tělesná reciprocita, pro jejíž konceptualizaci navazuji na koncept propustných (*leaky*) těl Margrit Shildrick (1997; 2016). Shildrick argumentuje, že „tělo je spíše procesem, jenž je stále nedokončený“, než jakési „kompletní nebo ucelené tělo“. Tělo „zůstává závislé na ostatních tělech, aniž by dosáhlo autonomie. Nejenže je jeho stabilita kompromitována svou vlastní inherentní proměnlivostí a propustností (*leakiness*), ale je také stále vznikající ve stavu *stávání se* v rámci vztahů s mnohými obdobně neustálenými formami“ (Shildrick 2016: 8). Ve své práci vycházím právě z pojetí propustnosti, jak ji konceptualizuje Shildrick, protože se nesoustředím primárně na hranice jednotlivých těl a jejich propustnost, nýbrž na propustnost ve vztahu k neukončeným procesům *stávání se* těl, kdy těla díky propustnosti nabývají mnohočetné podoby a vytváří kolektivy těl.

Shildrick klade důraz na procesualnost a praxe související s utvářením těl podobně jako Annemarie Mol (2002). Abych zdůraznila neukončenost propustnosti, praxe spojené s propustností a její selektivnost (propustnost neznamena, že jsou všechna těla vždy propustná vůči všem ostatním tělům, virům, bakteriím, infekcím, aj.), pracuji s termínem režimy (ne)propustnosti. Termín „režimy (ne)propustnosti“ mi přináší příležitost v práci zachytit způsoby, jak se díky propustnosti *stávají* mnohočetná těla, která společně formují kolektivy těl. Jaké konkrétní kolektivy těl mohou ve vztahu k očkování díky tělesné propustnosti vznikat, ukazují v následující kapitole *Paměť*.

3. Paměť

Když mi bylo 11 let, byli jsme na základní škole přeočkováni proti tuberkulóze. Pamatuji si, jak nám jeden den naše třídní učitelka ukázala svou jizvu na rameni, která ji po tomto očkování ve stejném věku zůstala. Vyprávěla nám, že byly doby, kdy se jí ta jizva nelíbila, ale že dnes si myslí, že je celkem pěkná. Před samotným přeočkováním jsme byli testováni, aby se zjistilo, kolik máme ještě protilátek proti tuberkulóze. Test se dělal na našem předloktí. Reakce mého těla – otok – byla dostatečně velká, takže jsem přeočkována být nemusela. Byla jsem nadšená. Nikoliv kvůli jizvě, ale protože jsem se bála bolesti očkování. (terénní deník, červen 2019)

Můj příběh (ne)přeočkování proti tuberkulóze představuje několik úrovní paměti v kontextu očkování – forem paměti, kterým se věnuji dále v kapitole. Za prvé, vykresluje, jak si pamatuji svou vlastní zkušenost očkování, včetně pocitů strachu a očekávání bolesti. Dále příběh ukazuje vtělenou povahu zkušenosti očkování, jinými slovy, jak očkování může být vepsáno do našich těl například zanecháním jizvy. Naznačuje tedy, že tělo si pamatuje (viz kapitola *Tělo a paměť*). Jizva zároveň symbolizuje kolektivní zkušenost sdílenou napříč různými generacemi (v příběhu ilustrovanými žáky a učitelkou). Navíc test protilátek odkazuje na fyzickou, imunologickou paměť těla vztahující se k předchozímu očkování. Mé tělo si ve vztahu k imunitě pamatovalo dostatek z předchozího očkování (hodnoceno perspektivou testu) a těla mých spolužáků, kteří byli následně přeočkováni, již imunitu příliš zapomněla.

Analytická kategorie paměti nám umožňuje pojmut a pochopit různé aspekty očkování – jako fyzický proces tvorby imunity, sociálně-kulturní fenomén, ke kterému se vztahujeme napříč generacemi, a osobní, žitou zkušenost, která je propletena pocity a emocemi. Zaměření na paměť, tak posouvá ohnisko akademického zájmu z politických debat, argumentů, postojů a se otázky „očkovat či neočkovat“. Směřuje naši pozornost uvažující nad tématem očkování do našich těl a našich žitých zkušeností. Připomíná, že očkování není pouze předmětem debaty, prostorem pro deklaraci svých postojů, ale je vepsáno do našich těl (stejně jako zkušenosti a pocity, které s ním máme spojené). Navíc způsoby, jakými je očkování vepsáno do našich těl, se mohou odrážet v debatách a postojích aktérů, a ty pak zpětně do našich těl.

Důležitost role paměti a jejích jednotlivých forem jsem si postupně uvědomila v průběhu procesů generování a analýzy dat. V rámci první fáze mého výzkumu očkování (spojené s rozhovory pro výzkumný projekt *Občanská angažovanost a politika zdravotní péče*, viz *Metodologie a příběh výzkumu*) jsem se snažila přijít s analytickým přístupem, který by mi pomohl propojit výpovědi různorodých aktérů a zároveň uchopit témata terénu očkování, která jsem na základě zkušeností s terénem vnímala jako stěžejní. Považovala jsem za zásadní neopominout způsoby vnímání biologických procesů spojených s očkováním, společenské rámování ani jednotlivé osobní zkušenosti spojené s konkrétními momenty očkování a zkušenostmi s nemocemi. Na základě analýzy dat jsem dospěla k závěru, že kategorie paměti všechny vytyčené cíle splňuje.

Důraz na paměť mě následně přivedl k možnostem podrobnějšího zkoumání žitých zkušeností očkování, a tudíž k druhé fázi výzkumu zaměřující se na dění v ordinacích dětských lékařek a lékařů. Data z ordinace představuji především v souvislosti s třetí formou paměti – *pamětí žité zkušenosti* (a návazné kapitoly „*Ted' to bude bolet*“: *bolest a pozice dětského těla*). Aktéři v ordinacích se vztahovali také k ostatním dvěma formám paměti. Výpovědi z rozhovorů však často přinášely názornější ilustrace aspektů *bio-imunní* a *sociálně-kolektivní paměti*, tudíž v daných podkapitolách odkazují primárně na data z rozhovorů.

3.1 Formy a propustnost paměti

Na základě analýzy dat jsem identifikovala 3 formy paměti spojené s očkováním: *bio-imunní paměť*, *sociálně-kolektivní paměť* a *paměť žitých zkušeností*. První forma, *bio-imunní paměť*, je spojená s fyzickými procesy těla, kdy tělo aplikuje svou biologickou imunitní schopnost chránit se před infekcemi a nemocemi. Fyzická odolnost vůči nemocem je vytvářena na základě bio-imunní paměti předchozích zkušeností. Kupříkladu, tělo využívá svou bio-imunní paměť, když se chrání proti nemocem pomocí vyvolání zkušenosti s danou nemocí, kterou získalo prostřednictvím očkování. Druhá forma paměti, *sociálně-kolektivní paměť*, představuje sociálně sdílené a konstruované narativy o minulosti, které ovlivňují naše porozumění přítomnosti a budoucnosti. Aktéři používají sociálně-kolektivní paměť při vztahování k současným očkovacím praxím – forma paměti jim často slouží jako podpora či zpochybnění konkrétních očkovacích praxí. Poslední identifikovanou formou je *paměť žitých zkušeností*. Tato forma paměti se odkazuje na žité zkušenosti a vnímání světa. Zdůrazňuje vliv osobních zkušeností, pocitů a bolesti na porozumění očkování.

Formy paměti jsou provázané a vzájemně se k sobě vztahují. Leckdy může aktér pracovat s jednou událostí v kontextu různých forem paměti. Účastníci výzkumu mohou například vyprávět příběh o zkušenosti jejich babičky s určitou nemocí. Mohou zdůraznit, že jejich babička byla po prodělání nemoci vůči ní dlouhodobě imunní. Jejich vyprávění se může zaměřit na nebezpečnost a běžnost daného onemocnění v období dětství jejich babičky a pak na základě příběhu mohou vypravěči argumentovat o nezbytnosti a důležitosti očkování. Účastníci také mohou detailněji popisovat strach babičky a bolest způsobenou nemocí. Navíc mohou všechny tyto aspekty zmínit současně v jednom vyprávění. Provázanosti forem paměti se podrobněji věnuji v podkapitole *Diskuse: paměť a výzkum očkování*.

Každá forma paměti pracuje s propustností. Propustnost umožňuje samotné sdílení forem paměti a ve své ztělesněné formě to znamená především vytváření kolektivů těl, které jsou stěžejní pro každou z forem paměti a odráží podoby paměti a její obsahy. U bio-imunní paměti se kolektivů těl vzniklých díky propustnosti často odráží skrze koncept kolektivní imunity, který spojuje propustnost paměti s propustností hranic fyzických těl a otázky nestability bio-imunní paměti. Sociálně-kolektivní paměť ukazuje, jak se

prostřednictvím narativů formují kolektivy těl nesoucí určitou kolektivní paměť. Paměť žitých zkušeností zdůrazňuje, jak se kolektivy těl utváří prostřednictvím propustnosti prožitků, pocitů a zkušeností. Zároveň u této poslední formy paměti ilustrují selektivnost propustnosti¹², kdy jednotlivá těla využívají propustnost ve vztahu k vybraným tělům (a zkušenostem) a naopak mají tendenci snižovat možnosti propustnosti mezi těly jinými. V podkapitolách věnovaných jednotlivým formám ukazují konkrétní způsoby jejich propustnosti.

Praxe související s pamětí zahrnují její absenci, zapomínání a vzpomínání (Connerton 1989; Berliner 2005). Zabývání se potenciální či skutečnou ztrátou paměti odhaluje klíčové praxe, strategie a hodnocení paměti (Hammond 2018). Vedle zapomínání je nestabilita a selektivnost paměti vyjádřena také vytvářením nových interpretací a porozuměním paměti. Například, rodiče mohou najít nové interpretace vlastní zkušenosti s očkováním poté, kdy zažijí očkování svých dětí.

¹² K selektivnosti propustnosti dochází u každé z forem. Paměť žitých zkušeností jsem pouze použila pro její ilustraci, podobně jako bio-imunní paměť pro demonstraci vztahu nestability paměti a propustnosti.

3.1.1 Bio-imunní paměť

Účastníci a účastnice výzkumu se k bio-imunní paměti vztahovali při popisování způsobů, jak očkování pracuje s imunitním systémem. Přestože se jejich závěry ohledně očkování samotného velmi různí, ohledně podnětů vyvolávající bio-imunní paměť se shodovali. Za podněty bio-imunní paměti označovali očkování, zkušenost s nemocí a cirkulaci viru ve společnosti. Zároveň také participantí a participantky výzkumu při svých výpovědích pracovali s propustností bio-imunní paměti.

Bio-imunní paměť koresponduje s imunologickým přístupem, který se zaměřuje na proces šíření infekce a imunity mezi těly. Emily Martin (1990) se ve své antropologické analýze imunologie především zaměřila na narativ popisující, jak se tělo vypořádává s infekcí a jinými nepřáteli, kteří pronikli za hranice těla. S ohledem na tento narativ by fluidní, propustné hranice měly v ideálním případě vznikat pouze v rámci těla. Hranice mezi tělem a okolím by měly být pevně dané. Odsud vychází přirovnání k tělu jako národnímu státu a válečné terminologii, kterou jak ukazuje Martin, imunologie často využívá (Martin 1990). Tato perspektiva se soustředí na procesy uvnitř těla. Ti Druzí, vůči kterým by tělo mělo mít pevné hranice, představují především „nepřátelské jednotky“, se kterými v případě „prolomení hranic“ „armáda“ imunitního systému „bojuje“. Nezhledňuje však kolektivní imunitu – alianci mezi kolektivem těl, který se vzájemně chrání, kde propustné hranice mezi jednotlivými těly pomáhají vytvořit pevnější hranice při riziku útoku infekce.

Propustnost je naprosto klíčovou podmínkou pro vznik kolektivní imunity, kde bývají zohledňovány především propustné hranice fyzického těla. Kolektivní imunita bývá biomedicínskými experty vysvětlována jako imunita, která vzniká, když je velké procento populace očkováno, šíření infekce je přerušeno očkovanými těly a riziko nákazy pro neočkovaná těla klesá (Chlíbek et al. 2010). Imunolog účastníci se výzkumu ilustroval kolektivní imunitu a šíření nemoci na specifickém režimu propustnosti chráněných (očkovaných) a nechráněných (neočkovaných) tělech.

Pokud nebude očkovat čtyři, dejme tomu pět procent lidí, bude to v pohodě. Ti ostatní, co očkování jsou, to tady v podstatě epidemiologicky utáhnou a ochrání. Protože tam se utvoří ta bariéra, že se ta infekce rozšíří jenom

místně a přes další neprojde. Třeba zen záškrt ve Španělsku (pozn.: případ z roku 2015) dopadl tak, že zemřel jeden neočkovaný chlapec a nemoc se zjistila u dalších šesti očkovaných, ale protože byli očkovaní, tak sice se u nich prokázalo, že vytvořili protilátky další proti té chorobě, takže u nich pronikla, začala se množit, ale protože byli očkovaní, tak se nerozvinula a už dál ji nešířili. Takže v podstatě ti jeho spolužáci kolem toho neočkovaného udělali bariéru, která zabránila, aby se třeba nakazil někdo ve vedlejší škole, ve vedlejší třídě. (imunolog B, rozhovor, září 2018)

Slova imunologa popisují situaci, kdy chráněná těla obstoupí těla zranitelná. Těla mezi sebou sdílí imunitu a zároveň vytvoří bariéru pro infekci. Očkování tedy vytváří režim propustnosti imunity a zároveň nepropustnosti infekce a onemocnění (nepropustnosti vytváří vnější bariéry těl podobně jako je popisuje Emily Martin). Aby dle imunologie vznikla kolektivní imunita, musí být v první řadě v populaci dostatečné procento chráněných těl a dále zranitelná (nechráněná) těla musí být rozptýlená v populaci, aby okolo nich mohla těla chráněná vytvořit onu bariéru. Citace imunologa ukazuje, jakým způsobem jsou očkovaná těla chráněná před infekcí (nebo před vážnými projevy onemocnění) a jak chrání ostatní těla. Další imunolog během rozhovor ilustroval specifickou propustnost imunity mezi těly, ke které dochází v těhotenství mezi tělem matky a dítěte, kdy tělo matky dokáže ochránit dítě na základě své bio-imunní paměti. Propustnost označoval za pasivní imunizaci.

Pasivní v tom slova smyslu, že protilátky u těchto infekčních onemocnění chrání. Ne, že bych já dával protilátky tomu dítěti, že bych je do něho dal od dárců a píchal mu je třeba podkožně nebo intravenus, ale ve třetím trimestru gravidity ta matka může být přeočkovaná proti pertusi. (...) Ona (pozn.: matka) vytváří ty protilátky, které přechází přes placentu, a to dítě se narodí s její ochranou do toho nejkritičtějšího období a my tam můžeme potom začít aktivně vlastně imunizovat. (imunolog A, rozhovor, říjen 2018)

V případě propustnosti mezi tělem matky a nenarozeného dítěte (či dále v případě kojence) se již propustnost nevyskytuje pouze v kontextu propustných hranic, nýbrž vystává jako proces, který formuje nově vzniklý a jedinečný kolektiv těl (matky a dítěte / dětí). Kromě aspektu propustnosti citace zároveň ilustruje téma ztráty paměti a její

připomínání – obnovu. Za prvé, dítě výhledově zapomene informace z „pasivní“ imunizace, a tudíž je potřeba jej posléze ochránit pomocí „aktivní“ imunizace (a její paměti). Za druhé, pro matku očkování v těhotenství představuje způsob, jak si připomenout „to, co už měla předtím“ (imunolog A, rozhovor, říjen 2018) – bio-imunní paměť získanou na základě očkování jejího těla v dětství.

Ztráta bio-imunní paměti zásadně ovlivňuje očkovací strategie. Rodiče mohou například preferovat odložení vybraných očkování (např. proti příušnicím) na pozdější věk dítěte, než je doporučeno očkovacím kalendářem, aby zajistili účinnost očkování (bio-imunní paměť) ve věku dítěte, kdy může mít onemocnění závažnější důsledky (např. v pubertě). Dalším argumentem vycházejícím z nestability paměti je, že k šíření nemocí dochází kvůli ztrátě paměti tělo dospělých, a tudíž bývá obviňování dětí za epidemie vnímáno jako neoprávněné.

Jako několik let to trvalo, než mi došlo, že se furt tady jako manipuluje těma dětma. Že to dítě nakazí to další dítě. (...) vůbec mi nedošlo, že vůbec ta diskuse o tom kolektivním zdraví není o těch dětech prostě... Že když se mají chránit ty děti, tak se mají chránit těma dospělejma prostě, který nikdo nekontroluje... (umělkyně, rozhovor, prosinec 2017)

Citace demonstruje argument, že nedostatek paměti očkování (imunity vzniklé očkováním) u dospělých může představovat nesledované a nekontrolované imunologické riziko (více než neočkované děti) – protože kvůli ztrátě bio-imunní paměti mezi dospělými by v rámci populace nemohly vzniknout procenta chráněných těl, která jsou z imunologického hlediska potřebná pro vytvoření kolektivní imunity. Umělkyně (a matka) argumentuje, že veřejná sociální debata ohledně kolektivní imunity se soustředí na děti a přehlídá dospělé, jejichž imunita není monitorována¹³. Na základě ztráty bio-imunní paměti mezi dospělými mají někteří aktéři tendenci zpochybňovat samotnou myšlenku kolektivní imunity. Nedůvěra v koncept kolektivní imunity se vyskytovala napříč rozhovory.

¹³ Rozhovor byl realizován před epidemií spalniček v roce 2019. Během epidemie se média začala častěji zabývat otázkou imunity dospělých (např. viz níže citace z novinového článku rozhovorem s vakcinologem B).

Jak můžete chtít tady zajistit tu imunitu kolektivní, kdyby to fungovalo, tak jak to v té teorii je něčím, co tak nefunguje...Prostě vůbec se nebere v úvahu nedostatečná účinnost vakcín. To, že to vyprchá po pár letech. (lékařka, rozhovor, duben 2018)

Poslední dvě citace naznačují, že očkování v průběhu času vyprchává: dospělí postupně ztrácí získanou schopnost imunity, takže nemohou zajistit kolektivní imunitu. V důsledku toho několik účastníků a účastnic výzkumu vnímalo deklarované benefity kolektivní imunity celkové populace jako výrazně omezené nebo dokonce falešné. Nestabilita paměti některé aktéry vede k otázkám, jestli (a za jakých podmínek) vůbec bio-imunní paměť skrze propustnost vytváří kolektiv těl (chráněný proti nemocem), případně jaké jsou jeho imunitní limity (především v kontextu časové dlouhodobosti). Na druhou stranu, jiní aktéři proces zapomínání nepovažovali za nezbytně odporující konceptu kolektivní imunity.

Musíme si taky říct tolik, že žádné očkování v podstatě neznamená, že když byl člověk jako dítě naočkován, že prostě do konce života bude imunní, (...) i když nějaké třeba stopové protilátky v těle jsou přítomny, ale právě v okamžiku, kdy je vysoká ta takzvaná kolektivní imunita, to znamená, že se neobjevují případy, ty klinické, tak vlastně ta společnost je chráněna celá, a to je také význam vlastně plošného očkování. (infektoložka, rozhovor pro rádio, duben 2018)

Navzdory ztrátě imunity po očkování infektoložka tvrdí, že kolektivní imunita stále chrání populaci před vypuknutím klinických případů infekce. Dokonce když individuální těla ztratí svou bio-imunní paměť, těla populace si kolektivně pamatují dostatečně, aby zůstala vzájemně ochráněná. Další participantů zdůrazňovali důležitost obnovování paměti a zmiňovali praxi booster očkování (revakcinaci). Například, podle vakcinologa A je booster očkování nezbytné ro lidí staršího věku, protože se zvyšující se předpokládané doby dožití a „ty očkování z dětství nejsou schopny chránit třeba člověka až do jeho 70 let věku“ (vakcinolog A, rozhovor, listopad 2018). Účastníci a účastnice výzkumu se shodují, že bio-imunní paměť získaná očkováním se v průběhu času vytrácí. Nicméně, zdůrazňují jiné časové rámce zachování paměti (efektivnost

očkovaní) a volí si různé (někdy dokonce opoziční) strategie, jak ke ztrátě paměti přistupovat.

Způsoby prodlužování bio-imunní paměti pomocí očkovaní nezahrnují pouze booster vakcínu. Už při prvotním očkovaní se při vytváření bio-imunní paměti pracuje s vlnami odezvy, které pomohou udržet paměť imunity co možná nejdéle. Na to reaguje systém schématu dávek očkovaní, kdy je očkovaní rozloženo do opakované aplikace vakcíny, aby se vytvořila dostatečná imunita – paměť. Například hexavakcína se očkuje ve schématu 2+1, kdy dítě dostane celkově 3 injekce. Během pozorování v ordinacích někteří lékaři vysvětlovali rodičům, že dítě by již po druhé dávce mělo být momentálně chráněné proti nemoci a třetí dávka představuje posílení, aby se imunita udržela co nejdéle.

Lékař říká matce: „třetí dávku hexy můžeme dát i o něco později, ta už je posilující, takže to nemá vliv (pozn: na riziko současného onemocnění).“

Domlouvají se, za jak dlouho je potřeba přeočkovat tetanus. Pediatr říká, že protilátky má, že stačí až v dubnu, v květnu. Matka se ujišťuje „takže se nemám plašit“, doktor ji uklidňuje, že je „tam vždy nějaké rezerva“ – v délce doby, kdy je potřeba přeočkovat. „Zatím je chráněný, teď bych vakcínu nedával.“ (terénní deník, O1, leden 2022)

Citovaný lékař často rodičům říkal, že třetí dávka už je „jen posilující“, aby jim dodal důvěru, že pro teď už je dítě před nemocí chráněno. Když hovoří o rezervě, odkazuje na časové rozmezí očkovacího kalendáře, kdy je potřeba dát následující dávku v určitém časovém okně, aby si tělo vytvořilo, co nejsilnější bio-imunní paměť. Důležitost dodržení časového okna ve vztahu k vytvoření imunity ukazuje situace, kdy doktorka udělala chybu a naočkovala dítěti druhou dávku dříve, než by bylo podle očkovacího kalendáře vhodné.

Na doktorce je vidět, že ji ta chyba neudělala vůbec dobře, ale snaží se být co nejklidnější a matce pečlivě vysvětlit, co to pro dítě znamená. Vše několikrát opakuje, aby si byla jistá, že ji matka rozumí. „Já vám dala Prevenar (pozn.: vakcína proti pneumokokovým onemocněním) brzo. Že je to dřív nevadí (pozn.: není škodlivé/nebezpečné), ale neudělá to dobrou

protekcí. Asi vám pak věnuji jednu dávku navíc ze svého. Budete ho mít ode mě navíc. Je to moje chyba. Pro něj je to moc brzo, měla by se dát až po měsíci, kdy je největší peak v protekci.“ Následně doktorka maluje matce křivku vývoje imunitní reakce na očkování a v jaký fázi přicházejí další dávky, aby byla imunita co nejdelší. Ukazuje, že 2. dávka se dává, když se dostane ta křivka na vzestup a je ten peak, aby se imunitní paměť posílila. Syn je teď teprve na vzestupu z předchozí dávky. „To nevadí já vám přidám“. A znovu pečlivě vysvětluje matce, co přesně to obnáší. (...) „Ta protekce nemusí být dokonalá. Dá se dát dřív, to není problém, ale protekce je pak krátkodobějších“. Doktorka pomýšlí, kdy dají o tu dávku navíc a jak rozdělí to schéma, aby dítě mělo co největší protekci. Říká, že by jim po 2. roce mohla dát ještě jednu dávku, jenom jako booster, aby měli pořádnou protekci. „Pro něj to není špatně, je to pouze dávka navíc. Úplně jsem se z toho zpotila. Hrozně moc se vám omlouvám“ říká doktorka matce. (...) Dále doktorka dodává, že u Prevenaru jí to obzvlášť mrzí, protože ten má chránit na celý život, ale dávkou navíc imunitu posílí. (terénní deník, O3, červen 2022)

Vzniklá situace ilustruje, jak imunologický přístup pracuje s vlnami reakcí na vakcínu a snaží se ve správný moment doručit tělu další impulz (formou další dávky / injekce), aby tělo vytvářelo dlouhodobější formu paměti. Podle slov pediatřičky by v případě Prevenaru mohla být vzniklá bio-imunní paměť dokonce celoživotní. Opakující dávky mají přijít v době vrcholu reakce těla na předchozí dávku. Intenzita reakce těla (její stoupání a klesání) se tedy odráží na podobě bio-imunní paměti.

Vrchol reakce těla, kdy je dobré dát další dávku vakcíny, se odehrávají uvnitř těla dítěte a nejsou bez testů zaznamenatelné. Během pozorování byly také akutní, okamžité reakce těla dítěte (jako např. zvýšená teplota) spojovány s pamětí a její udržitelností. „Matka říká, že měli po posledním očkováním teplotu (...) Doktorka odpovídá, že to je dobře, že si vytvoří imunitní reakci (terénní deník, květen 2022).“ V tomto ohledu by silná reakce těla měla naznačovat, že vzniklá situace byla pro tělo intenzivní a bude se mu tak lépe pamatovat, aby z ní mohlo těžit později.

Dalším podnětem pro vznik bio-imunní paměti je virus – jeho přítomnost. Virus se zároveň významně podílí na procesech zapomínání a připomínání bio-imunní paměti. Jak naznačuje následující citace, bio-imunní paměť může být ztracena v důsledku vymýcení viru ve společnosti.

Imunitní systém se vyvíjí, imunita slábne především proto, že se neseťkává s přirozenými podněty. V České republice jsme spalničky prakticky vymýtili a lidi, kterým je dnes 35, se během svého života s divokým virem spalniček prakticky neseťkali. Kolem těch, kteří byli očkováni v dětství, v minulosti virus cirkuloval a každé setkání s ním znamenalo posílení imunity. (vakcinolog B, rozhovor v novinách srpen 2019)

Vakcinolog B popisuje, jak úspěch očkování a nepřítomnost viru mohl paradoxně vést k epidemii spalniček v roce 2019. Bio-imunní paměť má časové omezení a cirkulace viru ve společnosti se spolupodílí na obnově paměti. Virus představuje katalyzátor pro tělo, když na něj reaguje jako na podnět, který tělo vede k znovuvyužití bio-imunní paměti, a tudíž pomáhá předcházet ztrátě paměti. Řada participantů zmiňovala vliv viru, často ve spojení s problematikou různorodé paměti napříč generacemi.

Naše babičky je (pozn: spalničky) prodělaly, téměř všechny i dědečkové. Pak se začalo na ně očkovat, to znamená, že moji rodiče už je neprodělali, protože byli očkováni. Nicméně stále se s tím patogenem v té společnosti setkali, (...) Pořád tady koloval ten vir, tady prostě koloval. To je přirozený booster, přirozená aktivace toho imunitního systému. (...) A ten přirozený booster znamená, že když se prostě setkáme s tím patogenem, s tou nemocí, tak nám to tu paměť osvěží a jede se dál. (...) Je to (pozn: epidemie) proto, že už se ve společnosti nestýkáme s tím virem, a to je ten problém. (rodič A, rozhovor, prosinec 2017)

To, že se teď objevují tyhle nemoci je díky tomu hlavně..., že v podstatě...jak postupně vymírají ty neočkované ročníky, ty ročníky, které byli přirozeně imunní. (lékařka, rozhovor, duben 2018)

Tyto dvě citace utváří obrázek, jak je bio-imunní paměť získaná na základě zkušeností s nemocí a očkováním propojena s cirkulací viru. Každá generace reprezentuje kolektivy těl s jinými aspekty bio-imunní paměti. Druhá citace implikuje, že kolektivní imunita celkové populace začíná selhávat bez těl dřívějších generací, která měla dlouhodobou paměť a ochranu postavenou na zkušenosti s onemocněním. Participanti výzkumu se (více či méně) shodují, že těla většinou neztrácí paměť získanou proděláním nemoci rychle. Nicméně, se jejich názory zásadně rozcházejí v otázce, zda se nakažení nemocí vyplatí.

Samozřejmě, že po proděláních některých nemocí zůstávají dlouhodobě či celoživotně protilátky. Jenže ty nemoci mohou mít velmi závažný průběh či komplikace. (...) Je to taková ruská ruleta. (pediatřka, rozhovor v novinách, listopad 2013)

Chci pro své děti získat zdroj průšvic, aby měly zkušenost infekce. O té nemoci vím, vím, jak léčit symptomy a zvládnout je. Nebojím se jich. (rodič, terénní poznámky září 2017)

V první citaci pediatřka uvádí, že vytvoření bio-imunní paměti z nemoci je příliš riskantní kvůli případným komplikacím. Nicméně, jak naznačuje druhá citace, někteří rodiče se komplikací nebojí a aktivně se snaží některými nemocemi své děti nakazit. Někdy rodiče preferují nemoci před očkováním, protože dané nemoci nepovažují za vysoce nebezpečné (srov. Kata 2012). V těchto případech se rodiče snaží dítěti zajistit dlouhodobou ochranu záměrnou nákazou a vyhnout se rizikům nemoci, které by pro jejich dítě mohla mít v jeho pozdějším věku (týká se například zmíněných průšvic a planých neštovic). Rodiče chtějí, aby jejich děti měly (do určité míry) podobnou bio-imunní paměť jako přisuzují dřívějším generacím.

Způsob, jakým účastníci a účastnice výzkumu odkazovali k bio-imunní paměti ve výzkumu, ukazuje, že participanti pracují s biomedicínském diskurzem napříč zázemím, povoláními a postoji k očkování. Melissa Carrion popisuje, jak matky účastnic se jejího výzkumu „investovaly obrovské množství energie do průzkumu očkování a respektovaly specializovaný trénink a vědomostí, které odlišují ‚experty‘ od laických občanů“ (Carrion 2018: 311). Podobně Jaroslava Hasmanová Marhánková a Jitka

Skálová uvádějí, že rodiče kritičtí k očkování běžně užívají biomedicínský diskurz (a jeho terminologii) jako primární zdroj pro legitimizaci svých rozhodnutí (Hasmanová Marhánková, Skálová 2016: 9).

3.1.2 Sociálně-kolektivní paměť

Pro konceptualizaci sociálně-kolektivní paměti ve své disertaci následuju práci Wolfa Kansteinerja, který definuje kolektivní paměť „jako výsledek interakce mezi těmito historickými faktory: intelektuální a kulturní tradicí, která rámuje veškeré reprezentace minulosti, tvůrci paměti (*memory makers*), kteří selektivně používají a manipulují těmito tradicemi, a uživateli paměti (*memory consumers*), kteří používají, ignorují, a transformují artefakty s ohledem na vlastní zájmy“ (Kansteiner 2002, 180). Sociálně-kolektivní paměť je tedy udržovaná mnohočetnými procesy, agendami, aktéry a má interakční povahu. Právě interakční charakter sociálně-kolektivní paměti je zásadním rysem pro kontext očkování, kdy jednotliví aktéři často reagují na jiné interpretace sociálně-kolektivní paměti a svou argumentaci často spojují s *očekávanými* odlišnými narativy.

Narativy o minulosti vakcinaci a nemocech jsou nedílnou součástí pro porozumění, jak očkování a nemoci fungují a jaký mají dopad na zdraví (často s užíváním rámce progresu a zdraví napříč generacemi). Vypravěčova pozice k očkování ovlivňuje jeho sociálně-kolektivní paměť – způsoby, s jakými se sociálně-kolektivní paměti pracuje – a narativy, které používá, vysvětlují jeho (její) názory na minulé praxe a nezanedbatelné implikace pro praxe současné a budoucí. Katharine Hogkind a Susannah Radstone argumentují, že „naše porozumění minulosti má strategické, politické a etické důsledky. Spory o významu minulosti jsou zároveň spory o významech současnosti a o způsobech, jak se na základě minulosti posunout dále“ (Hogkind, Susannah Radstone 2003: 1). V případě očkování, má sociálně-kolektivní paměť významné politické důsledky tím, jak vysvětluje, podporuje a zpochybňuje současné očkovací praxe.

Sociálně-kolektivní je sdílená – prosakuje (*leaks*) – skrze vyprávění. Propustnost sociálně-kolektivní paměti je přítomna ve vztahu k individuálním, osobním, rodinným a kulturním vzpomínkám. Kolektivní paměť a osobní paměť jednotlivců jsou propleteny. Individuální paměti mají tendenci být připomínané a rámované ve vztahu ke kolektivním pamětím (Halbwachs 1980). Osobní příběhy mohou být použité, aby podpořily kolektivní paměť, nebo aby ji naopak zpochybnilly. Propustnost umožňuje formování interpersonálního světa paměti, ve kterém se individuální a kolektivní paměti

neustále vzájemně ovlivňují (Kleinman, Kleinman 1994), čímž vytváří kolektivní narativy a (především) kolektivní těla.

Novinářka účastníci se výzkumu pravidelně pracuje s narativem její rodiny, vypráví příběh své babičky. V ukázce níže, podrobně líčí příběh své babičky, zdůrazňuje, jak lidé, kteří se setkali a zažili danou nemoc (v tomto případě záškrť) bývají vděční za možnost očkování a podporují ho.

Když vezmu jako banální příběh své vlastní rodiny, moje babička jako dítě prodělala záškrť, což znamenalo, že...měla jako sakra štěstí, protože to je infekce, na kterou se umírá i dneska (...) A ta zkušenost, kterou ona měla, a to že taky věděla, že její vrstevníci a řada z těch vrstevníků stejnou nemoc jako nepřežila, takže když ona později jako dospěla a měla děti a ty děti mohly být očkovány, tak vlastně pro ní to znamenalo jako „já mám možnost svým dětem dát šanci, že nezažijí to samé co já“. My jsme dneska v situaci, že záškrť už naši rodiče nezažili, my taky ne a když máme naše děti, tak prostě záškrť je něco jako historickýho, jako divný trochu proti tomu očkovat, tak se tím nebudem jako zabývat. (novinářka, rozhovor, září 2018)

Tento příběh ukazuje propustnost sociálně-kolektivní paměti – jak se osobní zkušenost stane rodinným a společenským narativem, který formuje porozumění minulosti a podporuje současné praxe. Tělo babičky se díky narativní propustnosti stává součástí kolektivu těl nesoucích určitou sociálně-kolektivní paměť (o nebezpečí nemocí, běžnosti úmrtí a benefitech očkování).

Běžně užívaná fráze „očkování je obětí vlastního úspěchu“ odkazuje na zapomínání rizik nemocí a absenci zkušeností s nemocí díky očkování. Tento nedostatek sociálně-kolektivní paměti bývá často identifikován jako hlavní zdroj kritiky očkování (srov. Olpiński 2012). Novinářka v citaci výše popisuje vývoj skrze osobní, rodinnou historii. V předchozí části textu byly různé generace nositeli různorodých bio-imunních pamětí. V tomto příběhu, dřívější generace nesou sociálně sdílenou kolektivní paměť, která se postupně ztrácí s každou generací. Jednotlivé generace zde představují kolektivy těl sociálně-kolektivních pamětí. Podobný příklad znázorňuje zkušenost imunologa z přednášky pro starší publikum, když zdůrazňoval důležitost očkování, „tak mě měli v

podstatě za blázna a začali mi vysvětlovat, že to jim říkat nemusím, protože tomu umřel spolužák na záškrt, tamti měli po obrně postiženého bratrance nebo příbuzného“ (imunolog B, rozhovor, září 2018).¹⁴

Osobní zkušenosti s onemocněním ovšem vždy neznamenají, že člověk vnímá nemoci jako nebezpečné. Během přednášky o očkování prezentující socioložka argumentovala, že lidé ve věkové kategorii 65 a více let a většinou podporují očkování, protože pamatují nemoci a mají s nimi zkušenosti. Když přednáška skončila, jeden z posluchačů se přihlásil o slovo a sdílel, že patří do této věkové kategorie a považuje očkování za velmi důležité, ale že nerozumí, proč by lidé měli být očkovaní proti spalničkám, když se jedná o tak banální dětské onemocnění. Své vnímání spalniček dále podporoval vyprávění o vlastní zkušenosti s onemocněním. Přednášející důrazně odpověděla, že spalničky mohou být smrtelné – „čísla to dokazují“ – a proto jsou spalničky velmi nebezpečné. Muž z publika nevypadal přesvědčený. Nicméně se zdržel dalších komentářů (terénní poznámky, duben 2019).

Přestože mužovi osobní vzpomínky nepodporovaly sociálně-kolektivní narativ o nebezpečnosti spalniček, souhlasil s dominantním porozumění benefitů očkování, kterým sociálně-kolektivní narativy slouží. To může být ostatně důvodem, proč muž dále nejevil zájem o zdůrazňování své odlišné zkušenosti – mohl za tím být nezáměr o zpochybňování dominantní narativu či s ním nechtěl být spojován.

Další participanti otevřeně zpochybňují dominantní sociálně-kolektivní paměť úspěchu očkování. Argumentují, že přínosy očkování jsou přeceňované – další faktory podle nich zásadně pomohly snížit výskyt nemocí – „Ale není správně zhodnoceno, co se podílelo na tom, že dneska tady ty infekce už nejsou. Jo, že v první řadě to byla prostě ty hygienický, sanitární opatření“ (rodič B, rozhovor, listopad 2017) – a že „protože když se člověk podívá na jakékoliv historické grafy, tak vidíte, že ty nemoci šly dávno ke dnu (pozn: před zavedením očkování)“ (lékařka, rozhovor, duben 2018).

¹⁴ Fraser Harris už v roce 1915 podobně spojoval absenci paměti hrůz nemoci s kritikou očkování: „Mnoho lidí se v dnešní době nechá přesvědčit, aby se stali odpůrci očkování, protože ani oni ani jejich bludaři nikdy nepoznali, co je to epidemie pravých neštovic, nikdy na vlastní oči neviděli příšernou podívanou na člověka trpícího pravými neštovicemi“ (Harris 1915: 82).

S ohledem na jejich interpretaci sociálně-kolektivní paměti často označují příběhy o úspěchu očkování za mýtus „prostě spousta z té historie tomu neodpovídá“ (rodič B, rozhovor, listopad 2017). Aktéři pak někdy nabízejí alternativní narativy o poklesu nemocí ve snaze nahradit dominantní narativ a jeho implikace na současné očkovací praxe. Argumenty vztahující se k různým příčinám poklesu výskytu onemocnění jsou relativně běžné a řada autorů věnujících se kritice očkování popisuje stejné nebo podobné interpretace (Kata 2012; Hasmanová Marhánková 2014). V tomto případě slouží sociálně-kolektivní paměť jeho zpochybnění současných očkovacích praxí a systému.

V českém kontextu je sociálně-kolektivní paměť očkování propojena s komunistickou minulostí země. Na jedné straně se k tomuto období vztahují příběhy o tradici úspěšného očkovacího systému a inovací – „Československo bylo vždycky, a na to navazovala Česká republika, v podstatě vakcinační velmocí“ (imunolog A, rozhovor, říjen 2018). Na stranu druhou komunistický zdravotnický systém bývá zásadně kritizován – často v souvislosti s asymetrickými vztahy mezi lékaři a pacienty, kdy je hierarchie mezi nimi nezpochybnitelná a korespondují s paternalistickými vztahy státu směrem k jeho občanů (srov. Bazylevych 2011; Hasmanová Marhánková 2017; Trifunović 2019). Jeden z imunologů účastnícího se výzkumu popsal zdravotnictví socialistického režimu jako „čistou autoritativnost“. Podle něj se však současný zdravotnický systém odklání od autoritativnosti a paternalismu předchozího režimu, protože se „víc jako srovnává ten vztah lékař-pacient a v podstatě dejme tomu, že se blíží vztahu nějak poskytovatel služby-klient“ (imunolog B, rozhovor, září 2018).

Jiní participanti výzkumu však zdůrazňovali spíše spojitosti mezi současností a minulým režimem než jejich odlišnosti, především při kritice zákonné povinnosti očkování – „povinné očkování je v podstatě pozůstatek komunismu, který nemá v demokratické a svobodné společnosti, co dělat“ (právnička, rozhovor, březen 2018). V jejich vnímání prostřednictvím povinného očkovacího autoritativnost přetrvává (, přestože se může vyskytovat v jiné míře).

Lékařka zmiňuje, že očkování v lidech může budít dojem represe. „Už ta slova ‚povinnost‘, ‚musíte‘, ‚stát‘.“ Druhým dechem však lékařka dodává, že stát už alespoň přijal zodpovědnost za povinnost očkování tím, že

přistoupil na hrazení nežádoucích účinků. (terénní deník, O2, 10. května 2022)

Kontext (post)socialistického systému zdravotní péče bývá spojovaný s tématem důvěry (srov. Bazylevych 2011; Hasmanová Marhánková 2017). Za prvé se jedná o důvěru v očkování v období samotného socialistického režimu. Míru důvěry v očkování během socialistického režimu je ovšem obtížné vyhodnotit, protože, jak poznamenává srbská autorka Vesna Trifunović, „je nejisté, zde přijetí očkování během socialistické vlády bylo opravdu reflexí důvěry v lékaře (...) nebo byla ve skutečnosti imunizace vynuceným opatřením (...), které po čase začalo být pasivně bráno jako něco daného“ (Trifunović 2019: 513). Opět je zde důležité, jak konkrétní aktéři interpretují paměť proočkovánosti za minulého režimu – mohou snadno popsat obraz, kde jsou lidé za očkování vděční a rádi očkování podstupují, stejně jako situaci silně autoritativního režimu, který se na názory občanů příliš neptá a ti jen pasivně přijímají nastavená opatření (a kde kritika může být pečlivě skryta).

Lékařka zdůrazňuje, jak je nezbytné, aby se o odborné i společenské stránce očkování říkalo lidem, „protože dneska už to není takové, že všichni se posadí do autobusu a budou držet“. Svá slova doplňuje gestem vyhrnutí rukávu. „Já bych chtěla diskusi“, dodává lékařka. (terénní deník, O2, květen 2022)

Lékařka při argumentaci o potřebě debaty o očkování s laickou veřejností používá srovnání s minulým režimem, kdy podle ní lidé byli spíše zvyklí pasivně a mlčky přijímat rozhodnutí „s vyhrnutým rukávem“, což už dnes tolik neplatí. Její přirovnání výstižně ilustruje, jak nejednoznačné je interpretování přijímání očkování jako projevu důvěry. Zároveň volá po větší diskusi, která naznačuje větší míru symetričnosti vztahu mezi pacienty a lékaři.

Jak již ilustrují citace výše zdůrazňující represivní vnímání očkování pro jeho zákonnou povinnost, postsocialistický kontext se zásadně promítá do otázky důvěry v očkování jako současné praxe. Jaroslava Hasmanová Marhánková ve své práci vyzdvihuje příležitost výzkumu očkování v post-socialistickém kontextu, který „nabízí unikátní příležitost pro studium (re)definice zodpovědnosti za individuální/dětské zdraví a

procesu rozpadu/formování důvěry v autoritu lékařů a státu“ (Hasmanová Marhánková 2017: 224). Specifický kulturní a historický kontext post-socialistických zemí nám může ukázat jedinečnou práci se sociálně-kolektivní pamětí při procesech vytváření a vnímání důvěry / zodpovědnosti mezi pacientem-lékařem-státem. Změna režimu přináší příležitost (re)definice vztahů a práce s pamětí nám ukazuje, jak aktéři vnímají roli státu, očkování i kulturní vliv na chování občanů/pacientů.

Sociálně-kolektivní paměť může sloužit aktérům při argumentaci o dovednostech občanů/pacientů a následné podpoře současných očkovacích praxí (konkrétně zákonné povinnosti očkovat). Současná povinnost některých vakcín může naznačovat, že někteří lékařští experti a tvůrci politik zpochybňují míru zodpovědnosti jednotlivých občanů v otázkách veřejného zdraví. Jak v rozhovoru zmínil vakcinolog A, podle něj český národ není připraven na dobrovolné očkování, protože „systém je srovnatelný se západní Evropou, ale přístup lidí k prevenci a myšlení není srovnatelný“ (rozhovor listopad 2018). Podobným vzhledům se ve svém výzkumu zabývala srbská autorka Vesna Trifunović. V případě jejího výzkumu jdou někteří srbští experti se svými slovy o schopnosti zodpovědnosti národa ještě mnohem dále. Trifunović ukazuje tendence lékařských expertů, tvůrců politik a mediálních komentátorů srovnávat Srbsko se západními společnostmi se slovy, že „v civilizovaných zemích není otázka nezbytnosti očkování ani pokládána“ a dále vyobrazují Srby jako „ignoranty, pasivní, iracionální, emocionální, pověřčivé, naivní, náchylné k drbům a konspiračním teoriím, dokonce nedostatečně civilizované“ (Trifunović 2019: 516). Státní kontrola (která staví na předchozím politickém režimu) bývá při této perspektivě legitimizována jako nezbytná vzhledem ke vnímanému nedostatku zodpovědnosti v preventivní péči, která odlišuje východní země od Západu.

Sociálně-kolektivní paměť pomáhá zachytit specifika konkrétních kulturních kontextů očkování. Přestože postoje a argumenty vztahující se k očkování mohou být napříč kontinenty prakticky totožné (srovnat můžeme například argumenty kritiky očkování ve výzkumech Jennifer A. Reich (2016) a Jaroslavy Hasmanové Marhánkové (2017)), vnímání očkování může být specificky formováno na základě daného kulturního a sociálního kontextu. Český kontext tak kupříkladu vybízí ke specifickým otázkám důvěry ve stát ve vztahu k minulému režimu, zatímco v jiných zemích může nabývat jiné konotace propojení státu a farmaceutických firem. Kulturní a historický kontext

vytváří jedinečné směřování, kde není možné předpokládat, že vývoj jedné oblasti se dá čistě překlomit na vývoj směřování jiných kulturních kontextů (srov. Verdery 1996). Při analýze porozumění očkování je tedy klíčové brát v potaz danou kulturní tradici a způsoby, jak s ní aktéři pracují (včetně sociálně-kolektivní paměti, která se ke kulturní tradici váže). V českém kontextu to může být například specifické vztahování se k restrikcím, představě progresivnosti země jako vakcinační velmoci (propojené s dalšími oblastmi vědy a výzkumu) či přístupu k proaktivnosti v péči o své zdraví za strany pacientů / občanů / laiků a zodpovědnosti za něj.

Sociálně-kolektivní paměť očkování pracuje s interakčním aspektem paměti – popsaným Wolfem Kansteinerem (2002, viz výše). Účastníci a účastnice výzkumu často reagují na vnímání sociálně-kolektivní paměti jiných. Na jednu stranu, někteří mají tendence zpochybňovat úspěch očkování (, jak bývá deklarován dominantním narativem), a na stranu druhou, jiní často interpretují kritiku očkování jako nedostatek sociálně-kolektivní paměti o nemocech. Vzájemně zpochybňují své interpretace sociálně-kolektivní paměti, stejně jako zvolené očkovací praxe.

Studie Andrewa Wakefielda publikována v roce 1998 v časopise *The Lancet* dále ilustruje interakční povahu sociálně-kolektivní paměti očkování, a jak se i narativy o kritice očkování stávají jeho sociálně-kolektivní pamětí. Publikovaná studie naznačovala možné spojitosti mezi MMR vakcínou a autismem. Přestože byla studie v roce 2010 z časopisu stáhnuta, stala se velmi slavným a téměř rutinně zmiňovaným symbolem debat vztahujících se k očkováním. Zastánci očkování ji během výzkumu opakovaně používali jako ilustrační příklad neetického a zavádějícího výzkumu, o které se dle nich opírají aktéři, kteří jsou ve vztahu k očkování váhavější či přímo kritičtí. Přestože tyto skupiny účastníků ji v rámci mého výzkumu takřka nezmínili, sociálně-kolektivní paměť skandalizované Wakefieldovy studie utváří současné porozumění očkování a sociálních debat o očkování. Zároveň ukazuje, jak mohou aktéři v návaznosti na očekávané interpretace a argumenty druhých pracovat se sociálně-kolektivní pamětí jako protiargumentem.

Disertační výzkum se zaměřuje na výzkum povinných dětských očkování, která jsou aplikovaná již řadu let a mají vytvořené ustálenější sociálně-kolektivní paměti. Bez ohledu na proměnlivost očkovacích kalendářů a specifického složení jednotlivých

vakcín (postupem času se výrazně vyvíjel počet nemocí, proti kterým se očkuje v jedné vakcíně / injekci) má několik generací zkušenost a paměť spojenou s tímto povinným očkováním. Je tedy v jejich případě možné využívat narativu typu „předchozí generace očkování také přežily“. Očkovací praxe využívající nově představené vakcíny mohou vybízet aktéry k odlišnému vnímání a otázkám založených právě na nedostatku sociálně-kolektivní paměti včetně určité míry podezřívavosti a nedůvěry.

Přístup k novým vakcínám ilustruje vnímání očkování proti SARS-CoV-2. Při představování výzkumu v ordinacích dětských lékařů rodiče často odlišovali mezi „běžnými“ očkováními a „očkováním proti covidu“. Opakovaně se stávalo, že povinná očkování pro ně byla mnohem méně problematická. Ve svém výzkumu jsem se podrobněji srovnání těchto očkování nevěnovala. Předpokládám však, že sociálně-kolektivní paměť (a její absence) by mohla být jedním z důležitých faktorů odlišného vnímání těchto očkování.

Autoři, kteří se přímo věnovali spojení paměti a vnímání nemoci covid-19 (očkování proti ní) poukazují na roli časovosti ve vnímání bezpečnosti této vakcíny. Mia Harrison, Kari Lancaster a Tim Rhodes (2021) se konkrétně zabývali argumentem, že očkování proti SARS-CoV-2 bylo vyvinuto a schváleno v bezprecedentně rychlém čase, což se mohlo negativně promítnout na důvěru v bezpečnost a účinnost vakcíny. Podle autorů se z času na vývoj vakcíny dokonce stává ve vnímání lidí a médií důkaz bezpečnosti vakcíny (p.134). Přestože nelze samotnou vakcínu proti SARS-CoV-2 propojit s několikaletým výzkumem, dá se vakcína vnímat jako důsledek dlouhodobé historie vědy, kdy konkrétní vakcína stojí na lineárním čase pokroku, a tudíž argument o její bezpečnosti vychází z dlouhodobosti vědeckého výzkumu obecně (Harrison, Lancaster a Rhodes 2021: 150). Přestože některé aspekty vakcíny proti SARS-CoV-2 nesou rysy novosti, stále jsou napojeny na sociálně-kolektivní paměť spojenou s jiným očkováním, nemocemi a vědou obecně. Ať už předchozí kontext slouží jako zdůraznění jinakosti a specifčnosti dané vakcíny, nebo je vakcína vykreslena jako událost navazující na předchozí zkušenosti.

K přiblížení provázanosti nových interpretací sociálně-kolektivní paměti či propojení paměti s nově zavedenými vakcínami lze využít termíny kánon a archiv Aleidy Assmann (2010). Assmann vysvětluje termíny pomocí přirovnání k muzeu, kde kánon

je aktivně využívanou pamětí, která je pro návštěvníky vystavena v hlavních prostorách muzea. Archiv je skladištěm, které je naplněné nashromážděnými, skrytými předměty, které momentálně nejsou vystaveny jako součást expozice. Objekty v archivu čekají na případné pozdější vystavení. „Jsou otevřené novým kontextům a umožňují nové interpretace“ (p. 99). Nově představené vakcíny mohou navazovat na kánon zahrnující paměť nebezpečí nemocí a vědeckého pokroku umožňující vývoj vakcín. Zároveň kontexty nových nemocí mohou přesunout z archivu do kánonu některé prakticky nevyužívané vzpomínky na jiná onemocnění. Vered Vinitzky-Seroussi a Mathias Jalfim Maraschin (2021) se zabývali pamětí španělské chřipky skrze analýzu zmínek v médiích od jejího propuknutí v roce 1918. Podle autorů byla v některých obdobích španělská chřipka téměř zapomenuta a pro konstrukci její paměti byla zásadní pandemie covid-19, díky které byla španělská chřipka přesunuta ze zákoutí archivu na výsluní kánonu (Vinitzky-Seroussi a Maraschin 2021: 1480-1481). Podobně jako pandemie covid-19 mohou i další kontexty a události pomoci redefinovat, které aspekty minulosti se stanou součástí aktivně používané sociálně-kolektivní paměti a jakými způsoby je budou aktéři používat k interpretaci, podpoře a zpochybnění aktuálních očkovacích praxí. Hnacím motorem pro práci se sociálně-kolektivní pamětí je její vztahování se k přítomnosti.

3.1.3 Paměť žitých zkušeností

Všechny tři formy paměti jsou vtělené – všechny představují způsoby, jak si tělo pamatuje. Nicméně, paměť žitých zkušeností přímo staví na fenomenologické tradici *předobjektivního pohledu* (viz podkapitola *Tělo a paměť*). Paměť žitých zkušeností vypovídá o pocitech, vtělených vědění, vnitřních zkušenostech a jejich spojitost s argumentací a postoji ohledně očkování.

Při vyšetřování pediatrem začne dítě intenzivně plakat. Matka to komentuje „tak to nevyšlo“ a sestra „už si vzpomněla“. (...) Sestra znovu opakuje „si to pamatuje, vzpomněla si no“. (terénní deník, O1, leden 2022)

Dospělí komentují pláč dítěte. „Třeba si to pamatuje“, říká matka. Pediatr přitakává, že „oni si pamatují hodně“. „Od té doby, co dostala první injekci, není v klidu“ doplňuje matka. (terénní deník, O1, leden 2022)

Ptám se, zda si očkování podle ní děti pamatují. Doktorka zvažní a opakuje, že „rozhodně pamatujou, batolata si to pamatujou“. (terénní deník, O2, květen 2022)

Lékaři i rodiče se ve všech pozorovaných ordinacích shodovali na tom, že děti si pamatují předchozí očkování. Dospělí to většinou odsuzovali podle projevů neklidu a nedůvěry v lékaře, která začaly děti ukazovat po první injekci. Děti leckdy plakaly při jakémkoliv položení na přebalovací pult, kde u nemluvnat probíhají prohlídky, či v okamžiku, kdy se jich lékaři začali během vyšetření dotýkat. Tématu bolesti, která byla vnímaná jako příčina paměti dětí, se podrobněji věnuji v další kapitole „*Ted' to bude bolet*“: *bolest a pozice dětského těla*.

Propustnost těla zahrnuje propustnost zkušeností a pocitů. Annemarie Mol a John Law ve svém článku ukazují, jak blízcí lidé člověka s hypoglykemií mohou *cítit*, když člověku s hypoglykemií není dobře, což jeho blízkým pomáhá zapojit se do léčby (Mol, Law 2003, 52-54). V kontextu očkování mohou participanté podobně prožívat pocity jiných. V rozhovorech většina komunikačních partnerů nehovořila o svých vlastních

zkušenostech s očkováním, přestože nejspíše byli očkováni¹⁵. Namísto zkušeností s očkováním (a nemocemi) vlastního těla spíše popisovali žité zkušenosti spojené s těly jiných.

..tak jsem potkala spoustu lidí, který to očkování vlastně jako zasáhlo do života a normální člověk takové lidi nepotká a ovlivní to... (umělkyně, rozhovor, prosinec 2017)

Je to teda náročný (...) když třeba lékaři nám řeknou, ale „vy musíte očkovat, protože...uvědomte si já jsem viděl, jak umřelo dítě na tohle a já a vy jste to neviděl“ ...Ano, oni vidí tu tuhle negativní část, jo... (...) oni vidí tuhle negativní část a já zase vidím tuhle... tuhle tu negativní část. Takže jsem možná částečně ovlivněná tímhle, že vidím tyhle negativní dopady těchto represí. (rodič A, rozhovor, prosinec 2017)

Citace dvou matek ilustrují, jak setkávání se s lidmi se zkušeností s nežádoucími účinky očkování a rodiči čelícím sankcím participanty ovlivňuje. Ve druhé citaci matka a zároveň členka organizace rodičů kritických k současnému systému očkování popisuje, jak je ona sama ovlivněna spoluprací s rodiči, jejichž děti měly komplikace po očkování. Během rozhovoru zdůrazňovala případy, kdy lékařské autority nepovažovaly komplikace za nežádoucí účinky očkování, a rodiče čelili sankcím, pokud by se rozhodli dále neočkovat. Rodiče měli z pokračování s očkováním strach. Zároveň rodiče zažívali finanční problémy vznikající na základě vyloučení jejich dítěte ze státní školky (kvůli nekompletnímu očkování). Participantka srovnává svou zkušenost s rodiči se zkušenostmi doktora, který se setkává s dětmi, které umírají na nemoci. Říká, že rozumí perspektivě lékaře, nicméně, její zkušenost s rodiči ji také ovlivňuje.

Propustnost paměti žitých zkušeností je zásadně spojena se způsoby, jak zkušenost druhých s očkováním ovlivňuje porozumění očkování a očkovací strategie. Na základě tohoto vlivu uznal Ústavní soud výhradu (světského) svědomí jako oprávněnou výjimku z povinnosti očkovat. Ústředním argumentem pro Ústavní soud bylo, že jeden z rodičů,

¹⁵ Když hovořili o vlastním očkování, participanti většinou zmiňovali pouze vyvanutí svého očkování a možný nedostatek imunity navzdory tomu, že byli očkováni.

pracoval s dětmi s poruchami autistického spektra a rodič věřil, že tyto poruchy mohou mít spojitost s očkováním. Soud rozhodl ve prospěch rodičů, kteří odmítli očkovat své dítě kvůli dlouhodobé negativní zkušenosti s nežádoucími účinky očkování. Rozsudek ukazuje vnímanou propustnost paměti žitých zkušeností.

Propustnost paměti je možná napříč všemi těly. Nicméně, rodiče a jejich děti většinou vytváří unikátní režimy propustnosti – kolektivy těl. Jak ukazuje propustnost bio-imunní paměti mezi těhotnou matkou a jejím dítětem, těla rodičů a dětí mohou vytvářet specifické propustnosti včetně sdílení pocitů, zkušeností a vzpomínek zkušeností. Svaz pacientů české republiky (společně se skupinou rodičů) vydal brožuru *Jak zasáhl systém očkování do života některých rodin* (2015). Brožura se skládá z očkovacích příběhů sepsanými rodiči. Následující dva úryvky ukazují, jak rodiče popisují své pocity týkající se nežádoucích účinků, které se po očkování objevily u jejich dětí:

Nikdy na to nezapomenu. Syn se nedal uklidnit, jednu dobu nemohl ani dýchat a já už pak brečela s ním. (Svaz pacientů České republiky, 2015, 42)

Ještě dnes, po více jak roce mám stále slzy v očích, když si vzpomenu, co musela dcera prodělat. (49)

Tyto úryvky ukazují, jak rodiče mohou zažívat bolest svých dětí, jak živé tělesné zkušenosti jejich dětí mohou pro rodiče být a jak utváří jejich vzpomínky. Rodiče píše o tom, jak pociťovali utrpení svých dětí a jak se do nich tato bolest vepsala jako nezapomenutelná vzpomínka. Moje máma se mnou podobně sdílí paměť bolestivé žité zkušenosti, která doprovázela zlomeninu méj nohy.

Když mi bylo 6 let, měla jsem komplikovanou zlomeninu nohy, která se hojila řadu měsíců a způsobovala mi neskutečnou bolest. Já si pamatuji nehodu, kdy jsem si nohu zlomila. Pamatuji si bolest, přestože vzpomínky na ni mám dost v mlze. Paměť mé mámy je mnohem jasnější. Ona si pamatuje přesný den, kdy se nehoda stala, co všechno se během dne stalo. Nejjasněji si pamatuje bolest méj i její. Říká, že to byl jeden z nejhorších momentů jejího života. Já si pamatuji, že mě noha bolela. Moje máma si pamatuje, že mě zlomenina bolela způsobem, že jsem neustále brečela

bolestí, nemohla jsem spát a když jsem po dnech vyčerpání na chvíli usnula, bolest mě po chvíli znovu probudila. Ona prožívala bolest celou dobu se mnou. A když si dnes na událost vzpomene, prožitek bolesti se vrací spolu se vzpomínkami. (terénní deník, červen 2019)

Podobné příběhy ukazují, jak živé mohou být tělesné prožitky dětí pro jejich rodiče. Pro rodiče dokonce mohou být vzpomínky jasnější a evokující více bolesti než pro jejich děti (speciálně pokud byly v době, ke které se paměť váže, děti malé). Znalosti a prožitky rodičů se netýkají pouze velkých životních událostí, propustnost jejich prožitků a paměti je přítomná během každodenních situací.

Kromě partikulárně intenzivního sdílení zkušeností a pocitů, rodiče často zdůrazňují specifické rodičovské vědění o svých dětech (srov. Hasmanová Marhánková, Skalová 2016; Carrion 2018). Jedna členka rodičovské neziskové organizace zdůrazňovala důležitost sebevědomí rodičů v jejich vlastní znalosti o jejich dětech. Podporuje rodiče, aby „se nebáli své rodičovské intuice a následovali ji“ (rodič C, e-mail červen 2021). Intuice rodičů v tomto případě představuje expertízu, která zahrnuje detailní vtělené vědění o dětech. Se zdůrazňováním významnosti vědění rodičů jsem se během pozorování setkala i ze strany lékařů.

Proč by si matka vymýšlela (pozn.: zdravotní potíže). Vždycky musíte věřit rodičovi. Lidí, kteří by zveličovali, je málo. Rodiče to popíšou úplně přesně, že to není ono. Ten rodič to pozná. Já jsem s tím dítětem tady 15 minut, ona 24 hodin denně. To je to nejcennější. Věřit jim. Je to její dítě, tak to pozná. Je tady snaha to neakceptovat názory matek. Když matka řekne, že dítě 14 dní nespí, nepřírozeně pláče, klasicky řekne lékař, že to nesouvisí. (terénní deník, O1, leden 2022)

Matka „no minule měl po té živé (pozn.: vakcíně) několik měsíců teploty“. Pediatr „no tak to ne. Děkuji, že jste mi to připomněla. To nebudeme teď očkovat, až za rok, za dva“. „Dobře, to jsem ráda“ říká matka. (terénní deník, O1, únor 2022)

Dvě citace z jedné ordinace představují přístup lékaře, který vnímá vědění rodičů o zdraví a vývoji dětí za velmi důležitou expertízu, která mu pomáhá při léčbě. První citace uvádí jeho slova, kterými mi popisoval svůj přístup během pauzy mezi prohlídkami. Následující citace ukazuje, jak se jeho přístup promítá do samotné praxe a jak využívá žitou paměť rodičů při rozhodování o plánování očkování. Přestože se matka nesnažila odklad další dávky očkování prosazovat příliš důrazně, při rozhodnutí o odložení se jí výrazně ulevilo. Její paměť synových teplot byla klíčovým faktorem pro podobu následného synova očkování.

Přestože by se mohlo zdát, že moment, který vedl rodiče k odmítnutí pokračovat s očkováním, byla zkušenost se samotnými nežádoucími účinky vakcíny, pro řadu z nich to mohly být až zkušenosti, které na výskyt nežádoucích účinků navazovaly. Jaroslava Hasmanová Marhánková (2014) argumentuje, že zkušenost s nežádoucími účinky očkování jako taková nemusí představovat stěžejní moment, kdy se rodiče rozhodnou neočkovat své děti. V jejím výzkumu se několik rodičů rozhodlo odmítnout očkování teprve po zkušenosti s pediatry, kteří okamžitě bez nejmenších pochyb zavrhlí případnou možnost spojení stavu dítěte s očkováním nebo měli tendenci znevažovat stav dítěte, že se nejedná o nic vážného. Interakce s lékaři zde představuje významné a intenzivní žité zkušenosti ovlivňující dlouhodobé očkovací strategie rodičů.

Matka podepisuje informovaný souhlas a vypráví mi o jejich zkušenostech s očkováním. „Čeho jsme se děsili, bylo Bexsero, ale když už proděláte to a vidíte ty reakce, tak už víte, na co se máte připravit a víte že je to dobrý“. Ptám se jí, jak přesně u nich reakce na tuto vakcínu vypadaly. Říká, že to nebylo tak dramatické, jenomže dítě mělo větší horečky, že to bylo samozřejmě nepříjemné, ale že se to dá, že „je lepší tohleto, než to prodělat“. (terénní deník, O3, červen 2022)

Dál se matky ptám, jak to mají s očkováním. Říká, že dřív ani očkovat nechtěla, ale přesvědčily jí horečky starší dcery. Zjistila, že to nezvládá a nechce dál zažívat. (...) Dál vzpomíná, co ji vedlo nakonec k očkování. (terénní deník, O1, leden 2022)

Při podpisu informovaného souhlasu se matky ještě ptám, zda rozhodování o očkování bylo nějak jiné u staršího a mladšího dítěte. Matka říká, že asi ne jenom, že už teďka toho víc věděla, že je syn jenom o 2 roky starší, takže to (pozn.: paměť) ještě čerstvé. (terénní deník, O3, červen 2022)

Žité zkušenosti (a jejich paměť) se mohou vztahovat i k pocitu většího klidu při zdravotních potížích dětí a posílení důvěry v rodiče, že danou situaci zvládnou. První matka výstižně shrnuje slovy: „víte, že je to dobrý“. Pro druhou matku byla zkušenost s horečkami starší dcery natolik nepřijemná, že se rozhodla, že žádné větší choroby by nezvládla a raději bude očkovat – rozhodla se tedy vložit více důvěry do očkování než svých schopností zvládat nemoci dítěte. Přičemž tuto zkušenost aplikovala i při rozhodování o očkování mladšího dítěte. Vztahování se k předchozím zkušenostem se často projevuje i u přístupu k očkování u mladších dětí, kdy se rodiče snáze a rychleji rozhodují, jaký přístup je podle nich nejvhodnější. Při pozorování jsem se ve všech ordinacích setkala s předpokladem lékařů, že přístup k očkování rodičů bude u mladších sourozenců stejný jako u starších.

Různí aktéři mají různé zkušenosti s očkováním a nemocemi, tudíž i jejich paměť žitých zkušeností se může lišit. Například, aktéři mohou mít zkušenost s očkováním vlastního těla, očkováním svých dětí, s nežádoucími účinky očkování, nemocemi či léčbou nemocí jiných těl a jejich očkování. Všechny tyto zkušenosti se podílejí na utváření aktérova porozumění očkování.

V rozhovorech to byli především rodiče, kdo reflektoval paměť žitých zkušeností. V rozhovorech s jinými participanty (především lékařskými autoritami) se paměť žitých zkušeností vyskytovala o poznání méně frekventovaně. Lékaři (a další aktéři) opakovaně odkazovali k paměti žitých zkušeností v rámci konferencí a seminářů pro odbornou i laickou veřejnost. Běžnou součástí přednášek byly příběhy o nemocích (např. příbuzných, pacientů), často doprovázeny ilustračními fotografiemi. Například fotografie železných plic (ventilátoru pomáhajícímu pacientům dýchat) byly typickou ilustrací pro dětskou obrnu. Samotné použití příběhů nemusí odkazovat k paměti žitých zkušeností, i velmi osobní příběhy se zkušeností s nemocí by mohly odkazovat pouze na sociálně-kolektivní paměť. Způsoby, jak medicínští experti pracovali s pamětí, zahrnovaly také práci s pamětí žitých zkušeností, neboť zdůrazňovaly emocionální a

fyzické prožívání nemocí (většinou bolest). Prožití diskomfortu při pohledu na vybrané fotografie (v návaznosti na využití paměti žitých zkušeností) bylo součástí pro podpoření argumentu přednášejících.

Během odborné konference experti často ilustrovali své prezentace příběhy a fotografiemi svých případů, aby podpořili své argumenty nebezpečnosti nemocí a návazné důležitosti očkování. Žité zkušenosti byly obdobnou součástí argumentů jako grafy a statistiky. V rámci pozorování v ordinacích se vyskytovaly další způsoby, jak lékařští pracovníci pracovali s pamětí žitých zkušeností. Často byly spojeny s vlastní bolestivou zkušeností personálu (ať už při osobních zkušenostech s očkováním / nemocemi či skrze propustnost během jejich praxe). Podrobněji se vztahem paměti žitých zkušeností a praxí v ordinaci věnuji v kapitole „*Ted' to bude bolet*“: *bolest a pozice dětského těla*. V jedné ordinaci jsem se setkala i s praxí, kdy lékařka některé velmi konkrétní vzpomínky zapisovala do karet dětí.

Doktorka s matkou se smějí. Matka doktorce vypráví historku, jak se v noci vzbudila a dcera stála u ní. Lékařka zapisuje vzpomínku do karty a říká matce, že kolikrát maminkám u velkých dětí pak říká: „a pamatujete si ještě ‚jak‘“ a přečte jim vzpomínku a matky jsou celé nadšené. Doktorka nahlas čte, že tedy zapisuje do karty, že „pacientka si v noci přišla pro maminku“.

(terénní deník, O3, červen 2023).

Přestože situace z ordinace přímo nevypráví o očkování, ukazuje, jak lékaři mohou využívat oficiální lékařskou dokumentaci k uchování vzpomínek, které by mohly být jinak zapomenuty. Jejich zaznamenání v budoucnosti může přinést příjemné momenty společného vzpomínání lékařky a rodičů na dětství dětí.

V datech se paměť žité zkušenosti nejčastěji vyskytuje ve spojitosti s bolestí a její reflexí. Příčiny bolesti se liší, ale její paměť obdobně přetrvává (napříč různými typy dat a participanty). Jako výzkumnice jsem i já byla ovlivněna bolestí a její pamětí, podobně jako další účastníci a účastnice výzkumu. Výzkum mě vedl k reflexi vlastních zkušeností s očkováním. Prožívala jsem bolest, když jsem slyšela a četla příběhy o nežádoucích účincích očkování nebo projevy nemocí. Výzkumné zkušenost propouštěla tyto žité zkušenosti také do mého těla. Vepsala je do mého těla a jeho paměti (viz

Metodologie a příběh výzkumu). Přestože bolest není jediným projevem pamětižitých zkušeností, je obzvláště intenzivní a živá, díky čemuž je jednodušší ji popisovat a analyzovat. Vlivu bolesti na porozumění a prožívání očkování včetně propustnosti bolesti mezi těly jednotlivých aktérů se dále věnuji v následující kapitole („*Ted' to bude bolet*“: *bolest a pozice dětského těla*)

Způsoby, jakými participanti výzkumu (včetně mě samotné) nakládají s pamětížitých zkušeností, ukazují její nestabilitu. Doposud disertace vyobrazovala nestabilitu bioimunní a sociálně kolektivních pamětí u *procesů zapomínání* (např. vyvanutí imunity, zapomínání nebezpečnosti nemocí). Paměťžitých zkušeností demonstruje, jak je nestabilita paměti spojená také s *procesem vzpomínání*. Já mám kupříkladu vzpomínku na očkování tuberkulózy už od svých 11 let. Teprve nedávno (v kontextu svého výzkumu) jsem začala připisovat jiné významy jizvám, které toto očkování zanechává na ramenou. Další účastníci a účastnice výzkumu také začínají o svých zkušenostech uvažovat po čase odlišně.

Souvislost s očkováním mi došla až mnoho let později. Až když jsem řešila očkování pro dceru v těhotenství a pročítala si příbalové letky vakcín, poslouchala přednášky, tak jsem našla všechny své potíže vyjmenované v příbalovém letáku na Hep. B a došla mi časová shoda. (Svaz pacientů České republiky 2015, 86)

Citace ukazuje matku, kterou očkování dcery přivedlo k reinterpretaci vlastního zdraví a zkušeností s nemocemi. Také naznačuje selektivnost, s jakou rozumíme našim zkušenostem. Každý by nemusel po přečtení příbalového letáku vakcinace rozumět svým potížím stejně. Přestože všechna těla umožňují propustnost paměti, paměť prosakuje různorodě. Aktéři reagují odlišně na žité zkušenosti jiných – jeden příběh může být ignorován a zapomenut jedním člověkem, zdůrazněn někým dalším nebo (s ohledem na interpretaci příběhu) mu ostatní aktéři mohou přičíst zcela nová porozumění a zkušenosti. Selektivnost se spojena s různorodým vnímáním očkování stejně jako s pocitem (ne)sounáležitosti s určitými kolektivy těl.

3.2 Diskuse: paměť, očkování a kolektivy těl

Koncept paměti zdůrazňuje význam minulosti, individuálních biografí a sociálně historických temporalit při výzkumu očkování. Paměť očkování je nestabilní, podléhající selektivnosti a novým interpretacím a redefinicím. V různých kontextech mohou být obsahy paměti aktualizovány, stejně jako upozaděny. Skrze analýzu paměti očkování je možné propojit jeho aspekty, které bývají v debatách odděleny (např. imunitní procesy těla a žité zkušenosti z ordinací), a zároveň je všechny zasadit do těla, ve kterém paměť sídlí (stejně jako očkování).

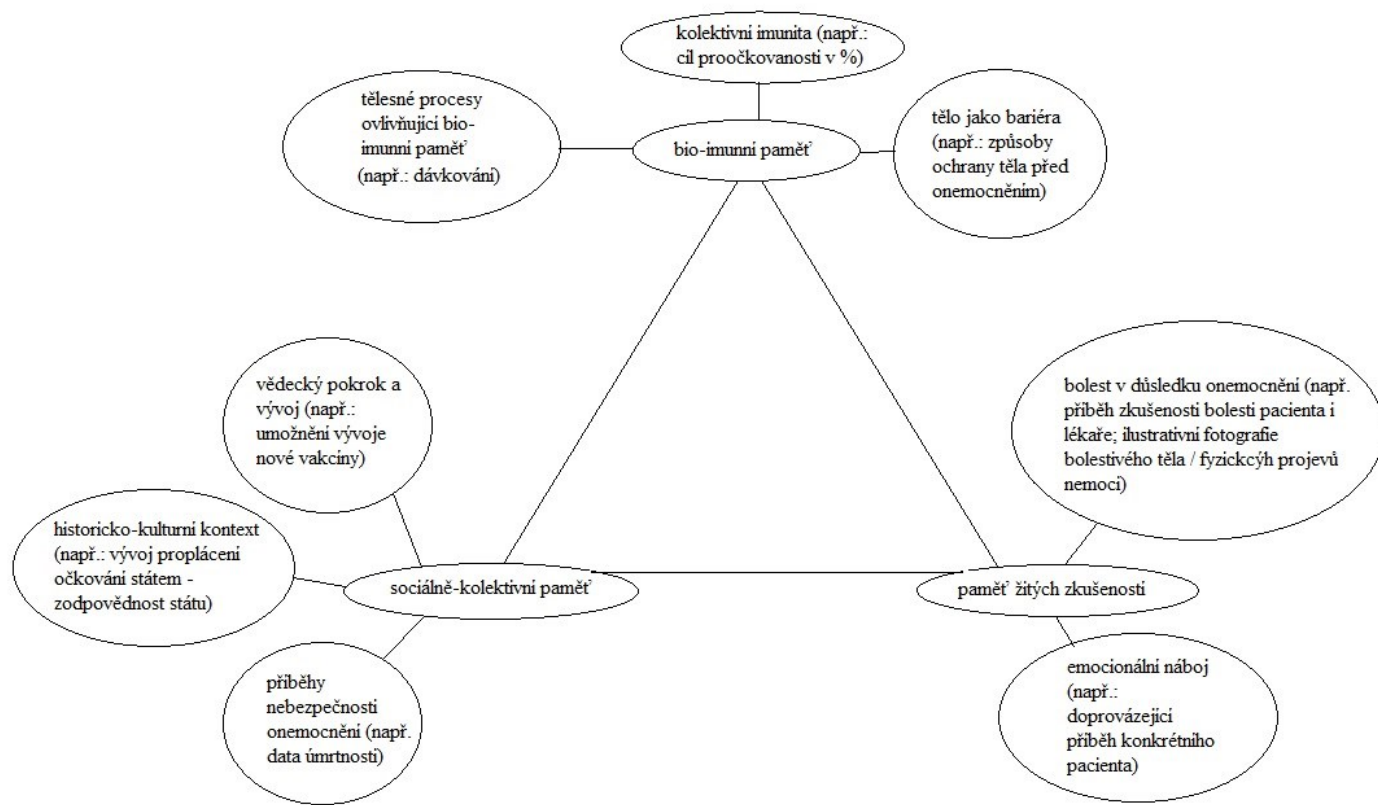
Propojenost těchto aspektů očkování podporuje provázanost jednotlivých forem paměti. Aktérova práce s pamětí zdůrazňující konkrétní formu paměti poddhaluje záměr, který on či ona do svého vyprávění vkládá. Bio-imunní paměť ukazuje častý konsensus ve vztahu k tělesným procesům spojených s očkováním a obranyschopností organismu (např. na základě jakých impulzů může vznikat bio-imunní paměť). Obsahy bio-imunní paměti se často vztahují k otázce jejímu trvání v čase, ztrátě a obnově. Implikace pro současné očkovací praxe (např. kdy, jakou vakcínou očkovat, jestli vůbec očkovat proti dané nemoci) jsou hnacím motorem pro práci se sociálně-kolektivní pamětí, když se aktéři pomocí zvoleného vyprávění o minulosti snaží podpořit či zpochybnit některou z praxí. Pokud aktéři zdůrazňují emocionální a tělesné zážitky s nemocemi či očkováním (většinou ve vztahu k diskomfortu a bolesti), pracují s pamětí žitých zkušeností. Pro popsání vztahu mezi jednotlivými formami paměti je vhodné nejdříve shrnout některé obsahy jednotlivých forem paměti, které byly představeny v předchozích podkapitolách.

BIO-IMUNNÍ PAMĚŤ	
obsah	popis
kolektivní imunita	propustnost bio-imunní paměti; její sdílení včetně kolektivního sdílení nepropustnosti infekcí / onemocnění
tělo jako bariéra	využití bio-imunní paměti jako imunitní ochrany těl (případně těl skrze propustnost paměti)
ztráta bio-imunní paměti	otázka dlouhodobosti trvání bio-imunní paměti; procesy zapomínání a jejich vztah k volbě podnětů vytvářející paměť
obnova / prodlužování bio-imunní paměti	způsoby obnovování / prodlužování paměti
pasivní imunizace	využívání propustnosti pro vytváření bio-imunní paměti (např. skrze těhotné tělo)
generační vrstvy paměti	rozložení těl s různými podobami bio-imunní paměti v populaci
tělesné procesy ovlivňují bio-imunní paměť	způsoby, jak tělo vytváří bio-imunní paměť a jejich vliv na zvolené praxe (např. opakování dávkování vakcín)
přítomnost viru ve společnosti	cirkulace viru ve společnosti jako způsob obnovy bio-imunní paměti

SOCIÁLNĚ-KOLEKTIVNÍ PAMĚŤ	
obsah	popis
sdílení příběhů	vyprávění o minulých podobách a vývoji očkování / nemocí; potřeba sdílení příběhů
implikace příběhů o minulosti pro přítomnost / budoucnost	záměr vypravěče příběhu; sociálně-kolektivní paměť jako zásadní argumentační rámec pro současné očkovací praxe
očkování jako „oběť vlastního úspěchu“	interpretace poklesu zájmu o očkování jako ztráty sociálně-kolektivní paměti o nebezpečí nemocí
otázka nebezpečnosti jednotlivých vakcín / nemocí	příběhy o nebezpečnosti a jejich implikace pro současné praxe
„taky jsme to přežili“	argument bezpečnosti vakcín na základě dlouhodobé zkušenosti společnosti s vakcínami (s konkrétními vakcínami či obecně s očkováním)
alternativní narativy o poklesu nemocí	příběhy o poklesu výskytu onemocnění zdůrazňující jiné příčiny než očkování
historicko-kulturní kontexty	např. vliv komunistického režimu na vývoj důvěry ve stát/autority/očkování, vztah lékař-pacient a zodpovědnost za zdraví státu i občanů
vědecký pokrok a vývoj	podpora důvěry v nově vyvinuté vakcíny; využití sociálně-kolektivní paměti s jinými vakcínami a projevy pokroku / vědy / medicíny

PAMĚŤ ŽITÝCH ZKUŠENOSTÍ	
obsah	popis
„děti si to pamatují“	předpoklad dospělých, že děti si pamatují zkušenost s očkováním (injekcí, bolestí); projevy odkazující na paměť dětí; navazující strategie dospělých
bolest	včetně cítění bolesti druhých; bolest jako argument; zkušenost s nežádoucími účinky vakcín a nemocemi
režimy paměti rodičů a dětí	specifika propustnosti paměti žitých zkušeností mezi rodiči a dětmi / dětmi a rodiči
emoce	emociální náboj spojený s paměti žitých zkušeností (často v návaznosti na prožitek bolesti)
průběh očkovacích praxí	zkušenost s očkováním většinou z ordinací dětských lékařů
rodičovské vědění	rodičovská expertíza o dětech (jejich zdraví, tělech, vývoji, chování atd.) vznikající na základě žitých zkušeností a jejich paměti
práce s vlastními zkušenostmi	důraz na emociální a fyzické prožívání; selektivnost a (re)interpretace zkušeností

Obsahy jednotlivých forem paměti zahrnují témata, ke kterým se aktéři pomocí práce s danou formou paměti vyjadřují, a způsoby zvolené argumentace a záměrů aktérů (včetně implikací pro očkovací praxe). Na základě zkušeností z terénu jsem vytvořila modelovou situaci přednášky o konkrétní vakcíně a onemocnění, proti kterému daná vakcína chrání, na které ilustruji provázanost forem paměti a jejich obsahů.



Obr.1: modelová situace přednášky o možnostech nové vakcíny, která by mohla být prezentovaná na odborné konferenci, a možné zapojené formy a obsahy paměti

Všechny zvolené způsoby odkazování ke třem formám paměti se podílejí na vyznění argumentu přednášející/ho. Formy paměti a jejich obsahy se pro účely argumentu přednášky vzájemně podporují a jsou provázány napříč konkrétními obsahy. Ve většině případů aktéři rozumí, vnímají a zažívají očkování ve vztahu ke všem třem formám paměti a všechny formy také používají při deklarování svých postojů a při debatách o očkování.

Spojení všech forem paměti umožňuje lépe propojit očkování s tělem a zdůraznit kolektivy těl, které by mohly uniknout naší pozornosti, kdybychom se zaměřili jenom na jeden aspekt očkování a kolektivy těl, které jsou běžně zmiňované v očkovacích debatách (např. kolektiv populace, kolektiv vytvářející kolektivní imunitu nebo kolektiv

kritiků očkování). Ani bio-imunní paměť, která se úzce pojí s vnímáním kolektivní imunity, nemůže být limitována spojením s jedním kolektivem těl populace nesoucí kolektivní imunitu.

Aktérská práce s bio-imunní pamětí odhaluje bohatou rozmanitost kolektivů těl, které jsou s touto formou paměti spojené (např. kolektivy těl generací s podobnou bio-imunní pamětí, kolektiv těl matky a dítěte / dětí sdílející imunizaci, kolektiv těl dětí ve třídě či škole sdílející ochranu proti nemocem). Práce s bio-imunní pamětí zdůrazňuje její časový aspekt, skrze který jsou formovány různé podoby kolektivů těl. Nestálost bio-imunní paměti (a její silné zdůrazňování aktéry) naznačuje nestálost kolektivů fyzických těl a jejich sdílené imunity, se kterými aktéři pracují. Aktéři se s nestabilitou bio-imunní paměti a jejím dopadem na podoby kolektivů těl vyrovnávají odlišnými způsoby. Pro některé je to právě nestálost paměti, která předurčuje neexistenci kolektivu těl nesoucí kolektivní imunitu. Pro jiné existuje tento kolektiv navzdory individuální nestabilitě tělesné paměti.

Řada autorů se věnovala podobám solidarity a individualistickým přístupům v rozhodování o očkování (srov. Skea et al. 2008; Reich 2014; Estep, Greenberg 2020), avšak nezabývali se podrobněji spojením nedostatku imaginace širších kolektivů (a jeho vlivu na míru solidarity s nimi) a vnímaným biologicky-imunitním procesům těl. Sociálně-ekonomická privilegovanost některých rodičů a neoliberalistický přístup ke zdraví zaměřený na jedince může hrát svou roli při nedostatku imaginací skupin žijících v jiných životních podmínkách za hranicemi známého homogenního sousedství. Ovšem vnímaný biologicko-imunitní rozměr těl může tento přístup ještě prohloubit. Pokud aktéři považují kolektiv těl nesoucí kolektivní imunitu za neexistující nebo v jejich imaginacích chybí ztotožnění se s kolektivy těl přesahujícími jejich sousedství, nemají důvod být solidární s tímto kolektivem a těly, které mají být jeho součástí. Přičemž přímé vnímání neexistence kolektivu těl nesoucí kolektivní imunitu může být přímo využito při argumentačních snahách legitimizace nezohledňování zájmu jiných lidí a kolektivů těl, se kterými se ztotožňují a jejichž existenci silně vnímají.

Při práci se sociálně-kolektivní pamětí je obzvláště patrné, jak aktéři pracují s pamětí v souvislosti s argumentačními snahami podpořit svá očkovací rozhodnutí a postoje. Ve spojení s interakční povahou paměti, kdy aktéři do práce s pamětí zapojují předpoklady

o příbězích jiných aktérů a jejich očkovacích postojů, se aktéry volené (ne)očkovací praxe promítají také do vnímaných kolektivů těl a především jejich (ne)ztotožňováním se s určitým kolektivem nesoucím danou sociálně-kolektivní paměť. V tomto ohledu bývá často příslušnost ke kolektivu nesoucí danou paměť propojena s kolektivem se specifickým postojem k očkování. Jak ukazuje příběh babičky novinářky představený na začátku podkapitoly o této formě paměti, skrze narace mohou být těla zařazena do kolektivu také jinými aktéry – novinářka může svým vyprávěním a svou prací s pamětí začleňovat babiččin příběh do kolektivu těl s podobnou pamětí a zároveň do kolektivu zdůrazňujícím důležitost očkování a jeho benefity.

Vnímání očkování, sounáležitost s kolektivem těl a práce s pamětí se mohou také dostat do určitého konfliktu, což bylo vidět v situaci přednášky představené v rámci sociálně-kolektivní paměti. Komentující muž z publika se neztotožňoval s očekávaným kolektivem těl starších 65 let nesoucí sociálně-kolektivní paměti o nebezpečí onemocnění, když na základě své žité paměti považoval spalničky za banální dětské onemocnění. Zároveň však nejspíše nechtěl být ani vyřazen z kolektivu lidí přijímajících očkování a být považován za stoupence kritiky očkování. Svou paměť tedy s přednášející a dalšími posluchači přednášky sdílel, avšak nesnažil se za své vnímání spalniček nikterak bojovat, když jej přednášející razantně zavrhla.

Účast v sociálních skupinách se navíc odráží na tom, s jakými narativy a paměťmi se setkáváme a jak mohou pomáhat reinterpretovat či utvrzovat naše konkrétní osobní vzpomínky, čímž dále upevňujeme naši příslušnost k danému kolektivu nesoucí specifickou paměť. Selektivnost práce s pamětí spojená s přítomností v určitém kolektivu těl se projevuje u sociálně-kolektivní i u paměti žitých zkušeností.

U paměti žitých zkušeností je patrné, jak fyzické setkávání se s jinými těly podporuje práci s pamětí. Kontakt s jinými ve spojení s vyvoláním vlastních vtělených vzpomínek představuje základ pro práci s touto pamětí. V tomto ohledu forma paměti koresponduje s fenomenologickou konceptualizací paměti sídlící v těle (srov. Merleau-Ponty 2013; Szaló 2017). Vystavení se specifickým situacím (např. tělům zažívajícím bolest) podporuje specifickou práci s pamětí a (re)interpelaci svých žitých zkušeností, tudíž kontakt s těly prožívající onemocnění nebo stavy chápané jako nežádoucí účinky po očkování může zásadně ovlivňovat vnímání očkování.

Aktéři zároveň projevují svou proaktivnost a selektivnost v tom, jaké situace a jakými způsoby na ně budou působit – přestože se například fyzicky setkají s určitým onemocněním, podoba jejich prožitku není určena pouze samotným fyzickým kontaktem. Žité zkušenosti jsou interpretovány v kontextu vytvořeného vnímání očkování a ztotožňování se s určitými kolektivy těl. Interpretace očkování aktérů se na základě jejich žitých zkušeností může měnit, zároveň však způsoby, jak danou situaci zažívají, jsou ovlivněny již vytvořeným kognitivním rámcem očkování.

Paměť žitých zkušeností podporuje argumenty o relační a situační povaze důvěry a váhavosti očkování, které přináší předchozí výzkum (např. Brownlie, Howson 2005; Hasmanová Marhánková 2014, 2017; Nurmi, Jaakola 2023; Vuolanto et al. 2024). Důvěra aktérů v očkování, zdravotníky i vlastní kompetence je vytvářena skrze konkrétní situace, při kterých je také zapojena paměť předchozích žitých zkušeností a na základě kterých se další části paměti vytváří. Kupříkladu prožitek strachu a nejistoty při zvládnutí onemocnění dětí může vést k oslabení důvěry ve vlastní kompetence při podobných situacích a posílení důvěry ve zdravotníky a jejich doporučení. Podobně může nepříjemná situace z ordinace, kdy zdravotníci zpochybňují rodičem vnímanou závažnost stavu dítěte a spojení s očkováním, být základem pro vytváření nedůvěry nejenom vůči konkrétnímu personálu ordinace, ale také vůči zdravotníkům, zdravotnickému systému a očkování obecně. Paměť žitých zkušeností ukazuje, jak se prožité situace zapisují do těl aktérů a jak s nimi dále pracují.

Aktéřská práce s paměti spojené s očkováním ukazuje, jak jsou jejich vnímání očkování, očkovací postoje a volby provázané s paměti. Podrobnější zaměření se na paměť pomáhá dále rozklíčovat další souvislosti s rozhodováním o očkování a jeho vnímání, které by při zaměření pozornosti primárně na aktéřské volby mohly výzkumu uniknout. Při veškeré práci s paměti (bez ohledu na danou formu paměti) aktéři demonstrují svou proaktivnost. V následující analytické kapitole se zabývám tím, jaké podoby má vnímání proaktivnosti těl v ordinacích dětských lékařů při samotných situacích spojenými s očkovacími praxemi a jak souvisí se vznikajícími kolektivy těl.

4. „Ted' to bude bolet“: bolest a pozice dětského těla

Zásadním faktorem formujícím podobu české očkovací praxe je její vykonávání dětskými lékaři. Očkování se stává součástí kontaktu dětí a rodičů s lékařem. Často se odehrává v rámci preventivních prohlídek (, pokud není návštěva naplánována přímo za účelem očkování). To ovlivňuje povahu očkování. Běžně se očkuje v záplavě jiných témat, která rodiče s lékaři či lékařkami probírají (od růstu, stolice a pohybu přes řečové dovednosti až po úzkosti, strachy a chování v kolektivu).

Očkování v ordinacích dětských lékařů není jediným univerzálním evropským systémem. Očkování může probíhat také ve specializovaných očkovacích centrech, na klinikách či ve školách. Při zařazení očkování do prohlídek u praktických lékařů / lékařek pro děti a dorost bývá tato praxe ovlivněna dlouhodobým vztahem pacientů, rodičů a zdravotníků. Jedná se pouze o jednu z interakcí mezi aktéry a jejich vzájemné vztahy jsou udržovány před i po očkování. Určitou specifičnost českého kontextu při praxích a vztazích s dětskými lékaři a lékařkami zachybuje ve své knize *One Blue Child* Susanna Trnka (2017), která při výzkumu astmatu srovnává případy v České republice a na Novém Zélandu.

Trnka českou zdravotní péči popisuje jako „hierarchický model, který podporuje lékařskou autoritu a expertízu“ (p.98). Trnkou vykreslený obraz české zdravotní péče je kombinací rysů minulého režimu a post-socialistických proměň přesouvající zodpovědnost do rukou pacientů a posunu ke komercializaci, kdy mají pacienti možnost výběru a změny lékařů. Konkrétně v pediatrii je ovšem možnost volby lékaře či lékařky komplikovanější kvůli nedostatku praktiků a dlouhodobému snižování jejich počtu zapříčiněným vysokým průměrným věkem dětských lékařů a jejich odchodem do důchodu. Tudíž v konečném důsledku mohou být rodiče ve svém obvodu leckdy odkázáni pouze na možnost jednoho lékaře, který je ochotný je do své praxe přijmout, a obzvláště náročné se může stát najít nového lékaře, pokud si rodič přeje jej změnit na základě osobních preferencí.

Podle Trnky „má mnoho pacientů a praktiků zájem navazovat dlouhodobě vztahy“ (p. 98) a řada pacientů a rodičů je „motivováno touhou udělat svému lékaři radost“ (p. 111). Své závěry Trnka ilustruje na příkladech dávání darů lékařům. Přestože jsem se

při svém pozorování s obdarováním lékařů a lékařek prakticky nesetkala, ocitla jsem se například v situaci, kdy lékař chválil pečení jedné z matek, když jí říkal, že přestože spoustu matek nosí do ordinace cukroví, shodli se, že ona vyhrála to nejlepší, což dotyčnou matku očividně potěšilo (terénní poznámky, O1, leden 2022). Na rodičích byla často vidět velká vstřícnost k pediatrovi / pediatričkám a snaha udržovat s nimi dobré vztahy, což je patrné v řadě případů popsaných dále v kapitole. Hlavními významnými rysy praktické péče dětských lékařů a lékařek ve výzkumu Trnky i mé disertační práce je tedy dlouhodobost vztahů, aktivní spolupráce mezi rodiči a lékaři / lékařkami, hierarchie vztahů a silná autorita lékařů / lékařek.

Centrálním tématem očkování v ordinacích se stává bolest. Bolest ovlivňuje celou situaci a ve srovnání s jinými úkony v ordinaci (např. měřením, vážením) se tak stává specifickým momentem. Z očkování se stává referenční bod, kdy „se něco děje“, kdy něco bolí.

Matka potvrzuje vše kromě teplot a pak říká: „Já myslela, že očkujeme, tak dobrý“. Sestra s úlevným hlasem „dneska nic nebude“. (terénní deník, O1, leden 2022)

Matka mluví na plačící dítě „tady se nic nedělá, tady se jenom měří“. (terénní deník, O1, březen 2022)

Sestra uklidňuje dítě slovy „dneska se nic dít nebude“. (...) Matka syna ve stoje svléká a znovu opakuje „nemusíš se bát“. Dítě je rudé od pláče. Vyděšeně se rozhlíží, drží se matky a chvílemi až kašle pláčem. Dítě se nechce svlékat. (terénní deník, O1, leden 2022)

Přestože kojenci často pláčou při samotném vyšetření lékařů a dávají najevo svou nepohodu i u jiných úkonů prohlídky, dospělí většinou odkazují na očkování jako to, „kdy se něco děje“, „kdy to bolí“. ¹⁶U jiných úkonů bývá běžné, že dospělí reagují na

¹⁶ Označením dospělí odkazují souhrnně na rodiče, lékaře / lékařky a sestry. Výrazem zdravotníci zahrnuji veškerý zdravotnický personál ordinace (lékaře / lékařky a sestry). Pokud chci odkázat na specifčnost pozice některých dospělých uvádím je přímo.

pláč dítěte se slovy „tady se nic nedělá, nic se neděje“. Kdy „to“ zastupuje bolest, případně přímo bolestivé očkování. Jak je vidět v poslední citaci, přestože dítě dává svým pláčem jasně najevo, že jsou pro něj úkony vyšetření velmi nepříjemné, matka reaguje jinak, než kdyby dávalo najevo strach z očkování. Matka se snažila dítě neverbálně utěšit (chováním, hlazením), ale slovně dávala najevo, že reakce dítěte není potřebná, protože dneska se přeci očkovat nebude. Očkování v tomto ohledu zaujímá naprosto specifickou pozici. Navíc pokud naopak kojeneček či batole při samotném vpichu nepláče či rychle po očkování plakat přestává, je chváleno jako výjimka a obzvlášť statečné.

Babička na dítě volá jménem, aby se na ní otočil a nedíval se na injekci. „On se rád dívá“: říká matka. Dítě je úplně potichu, bohužel nevidím jeho výraz přes všechny dospělé. „Ten je šikovnej“: komentuje to babička s tónem úžasu a matka dodává: „Ty jsi pašák“. Sestra se přidává „Jak na to kouká“ a „to je zajímavý vid“ směrem k dítěti. (terénní deník, O1, červen 2022)

Bolest odráží i symbolická pojmenování pro injekci, kdy se zdůrazňuje píchání injekce. O injekci se běžně mluví jako o „včeličce“ či „pigáru“.

Matka říká dítěti: „pan doktor tě píchne a půjdeme“. (...) „to bude pouze malá včelka“, říká matka a dělá zvuk bručení (bzzz). (...) dítě okamžitě začíná rvát a ukazuje si na ruku. „Tam to píchlo. Tam přiletěla včelička“ říkám mu matka a bere ho do náruče. (...) „Já vím, pan doktor ti dal vakcínu. Já vím. Bude to lepší“ uklidňuje matka ještě dítě a odchází z ordinace. (...) „No už je pryč včelička. Už nebolí. Bolest už je pryč“. (terénní deník, O1, červen 2022)

Pacientovi je asi 5 let, je to kluk a říká matce, že nechce k doktorce. Matka na to odpovídá, že nebude *pích pích*. (terénní deník, O2, květen 2022)

„Dostaneš včeličku, kamaráde“, říká otec synovi. (terénní deník, O2, květen 2022)

„Dostaneš pigáro, to bude řev“, říká otec dítěti. (terénní deník, O2, květen 2022)

Jak je vidět z první citace výše, někdy rodiče používají pojem včelička, aby zdůraznili pomíjivost a malou míru bolesti. Matka na slově včelička přímo ukazuje, že sice opravdu injekce přišla a způsobila dítěti bolest, ale zároveň po chvilce „odletěla“ a podobně rychle přešla i bolest. Jiní rodiče používali pojmy „včelička“ a „pigáro“ s větší cyničností, kdy příliš nerozvíjeli aspekt pomíjivosti bolesti, ale spíše symbolické označení použili pro suché konstatování, že k bolesti dojde.

Beth Elverdam (2011) realizovala výzkum v ordinacích dětských lékařů v Dánsku, kde se podobně jako v České republice očkování stává součástí preventivních prohlídek u dětských lékařů. Elverdam také argumentuje, že prohlídky, kdy dochází k imunizaci dítěte, se od jiných odlišují (mimo jiné kvůli přítomnosti bolesti z injekce). V jejím výzkumu o injekci dospělí také referují ve spojení s vpichem do kůže, bolestí a nepříjemností celé situace. Konkrétně účastníci výzkumu používali například přirovnání ke kousnutí komárem či píchnutím špendlíku, přičemž daná přirovnání využívali obdobně jako matka v citaci výše pro zdůraznění malé míry a pomíjivosti bolesti. „O injekci je referováno jako o něčem bezvýznamném, a zároveň, je zmiňovaná neustále“ (ibid.: 347). Elverdam upozorňuje na rozkol mezi zvolenými slovy odkazujícími na bezvýznamnost injekce a zároveň celkovým rozhovorem v ordinaci, kdy se dospělí ve vzájemném rozhovoru neustále vrací k tématu injekce.

Vztahování se dospělých, ať už se jedná o rodiče nebo zdravotníky, k bolesti dítěte formuje celou očkovací praxi. Jsou to dospělí, kdo svými slovy určuje „co bolí“, „kdy se něco děje“. Dospělí nabízí strategie předcházení bolesti (a reakcí dítěte na bolest). Rodiče například vysvětlují dítěti, co se bude dít a tiší následný pláč. Lékařský personál vytváří postup očkování, přičemž mohou zapojovat různé strategie předcházení bolesti. Například nechávají rodičům prostor pro ticho dětí, někteří pediatři k objímání dětí přímo vybízejí. Lékaři mohou také zapojit nástroje, které například formou chlazení pomohou zmírnit bolest a/nebo odvést pozornost dítěte od bolesti.

Pozice dospělých k bolesti dítěte je zásadně ovlivněna dvěma faktory, které již byly zmíněny v předchozích kapitolách (*Tělesná propustnost a Paměť žitých zkušeností*). Za

prvé, díky propustnosti těl mohou dospělí také cítit bolest, kterou zažívá dětské tělo. Za druhé jsou ovlivněny pamětí žitých zkušeností, která může odkazovat na zážitky, kdy prvotní podnět bolesti přicházel z jejich vlastního těla či na zkušenosti, kdy opět díky propustnosti těl cítili v minulosti bolest druhých. Způsob managementu bolesti tak může být například ovlivněn reakcí rodiče, kterému samotnému je nepříjemné zažívat bolest dítěte, či lékaře, který má osobní nepříjemné zkušenosti s očkováním či strach z jehel a tuto svou zkušenost zohledňuje při vytváření strategií své lékařské praxe.

Zároveň se můžeme potkat s větší celospolečenskou snahou předcházet bolesti a potenciálnímu traumatu (nejenom u dětí). U rodičů to například odráží směřování k tzv. kontaktnímu rodičovství, respektující výchově či Nevýchově, kdy se zmíněné způsoby výchovy snaží předcházet stresu dětí a vytvářet pro ně pocit bezpečí (Masopustová et al. 2018: 36-43). Podobně můžeme sledovat důraz na empatické a komunikační dovednosti lékařských autorit, který se projevuje už při lékařském vzdělávání. Podle výzkumu Karen Smith, Grega Normana a Jean Decety medicí během studia zlepšovali své schopnosti rozeznávat emocionální rozpoložení druhých, rozpoznávat jemnějších výrazů bolesti včetně větší citlivosti pro výrazy bolesti v obličeji (Smith, Norman, Decety 2017: 1154-55). Ze strany rodičů i lékařského personálu tedy často může být vidět zvětšující se snaha tematizovat bolest pacientů a snahy bolesti maximálně předcházet.

Kombinace vnímání očkování jako toho, „kdy se něco děje“, a prožívání bolesti a nepříjemnosti dospělými utváří specifické režimy přijímání dětské aktivní subjektivity a způsobů objektivizace dítěte – kdy je na prohlídce dítě vyšetřováno a zároveň na něj / ni dospělí promítají svá vnímání a prožitky. Dítě tedy na jednu stranu může například projevit, že ho injekce bolí pláčem, nebo dávat najevo strach z vakcíny, což dospělí do (jisté míry) mohou přijmout jako legitimní reakci. Na druhou stranu však mohou dospělí posilovat významy dané situace skrze vlastní prožitky – například očekáváním nelibosti dítěte dříve, než ji dítě projeví, určením, co bolí a co nebolí nebo zaváděním strategie managementu bolesti, skrze které chtějí zásadně ulevit svému vlastnímu prožívání bolesti.

V následující podkapitole *Dítě jako aktivní subjekt, objekt a promítací objekt* na konkrétních momentech prohlídek spojených s očkováním (a bolestí) ukazují, jak bývají

dětští pacienti zahrnováni do prohlídky jako aktivní subjekty dospělými aktéry a kde zastávají spíše role objektů a promítacích objektů, na které dospělý promítají svá vlastní vnímání a očekávání. Následně v kapitole *Management (projevování) bolesti* popisují možné strategie předcházení bolesti, dětské reakci na bolest a jejich vztah k prožívání bolesti dospělými. Kapitola *Diskuse: bolest, dynamika aktérských vztahů a kolektivy těl* se zaměřuje na vliv bolesti na vztah rodiče a dítěte a vztah dětského pacienta a lékaře (vztahy jsou popisovány z pozic dospělých) a diskutuje podoby kolektivů těl vznikajících při očkování v ordinacích.

4.1 Dítě jako aktivní subjekt, objekt a promítací objekt

Očkování a jeho spojení s bolestí zároveň vytváří jedinečné momenty ve vztahu dospělých k přístupu k aktérství dítěte a promítání svých vlastních interpretací očkování a bolesti na tělo dítěte (jako objektu). Jednotliví lékaři a lékařky během prohlídek komunikovali přímo s dětmi různě intenzivně. Někteří se během prohlídky spíše věnovali rodičům, jiní se k dítěti obraceli častěji. Vždy zároveň záleželo na celkovém kontextu prohlídky, věku dítěte, jaká témata bylo potřeba mezi rodiči a zdravotnickým personálem probrat a dalších faktorech. Především u menších dětí se i přímá komunikace zdravotníků k dětem může vztahovat k rodičům. Lékaři tak například mohou žertem říkat něco dítěti jako podnět pro pobavení / úlevu pro dospělé (viz *Management (projevování) bolesti*). Ve všech třech ordinacích však bylo očkování většinou momentem, kdy lékaři, lékařky a sestry mluvili na rodiče stejně jako na samotného pacienta/-ku. Právě přítomnost bolesti, kterou většinou dospělí vyhodnocují jako relevantní – „něco se děje“ – ve spojení s pláčem dítěte vedou k tomu, že dospělí svými reakcemi potvrzují vnímané aktérství dítěte. Zároveň tělo dítěte během imunizace stále vystupuje v roli objektu – objektu medicínské péče, objektu, na který dospělí promítají svá vlastní vnímání situace, objektu, o kterém se dospělí baví mezi sebou.

Dětské tělo během prohlídek ztělesňuje různé aspekty tělesnosti, které se pojí s různou mírou aktivity dítěte a způsoby nakládání s aktivností dítěte a dětským tělem dospělými aktéry. Dítě je subjektem i objektem (Lock, Nguyen 2018), dětské tělo je tělem individuálním, sociálním i politickým (Scheper-Hughes, Lock 1987) a stává se předmětem biomoci (Foucault 2006). Bez dítěte by nedošlo k samotné návštěvě lékaře. Podle věku dítěte – velikosti a mobility jeho těla – se odvíjí využívaný prostor ordinace a celkový pohyb všech aktérů. Někdy se dospělí sklánějí nad dítětem nad přebalovacím pultem. Přestože s dítětem dospělí hýbou například kvůli vážení a měření, většina prohlídky se odehrává právě na přebalovacím pultu. Starší děti svým pohybem obsadí mnohem větší prostor ordinace a spoluurčují, jak se bude během prohlídky prostor ordinace využívat.

Dítě je bezesporu aktérem ve všech situacích spojených s prohlídkou u lékaře. Disertační výzkum ovšem ukazuje různorodost jeho aktérství v souvislosti se způsoby, jakou proaktivnost mu připisují a umožňují dospělí aktéři, kteří jsou ve vztahu k dítěti

ve výrazně mocensky silnější pozici (srov. Jarkovská 2009). Mocenská asymetrie mezi dětmi a dospělými vzniká na základě autority dospělosti odvozené od věku a v případě lékaře i institucionální autority profese (Tates, Meeuwesen 2001: 840). S rostoucím věkem dítěte často roste také míra subjektivity a vlastního rozhodování (, ke které mu dávají dospělí aktéři prostor). Vzhledem k zaměření výzkumu na povinná očkování většina dat z ordinací vznikla u prohlídek dětí mladších 3 let, přičemž prohlídky spojené s očkováním se odehrávaly převážně do 18. měsíce věku dětí. Vzhledem k nízkému věku dětí byla věková nerovnost a její vliv na vnímanou subjektivitu dítěte a objektivizaci dětského těla při mém pozorování obzvláště patrná. Přestože většina pozorovaných prohlídek byla s pacienty mladších 3 let, výjimečně jsem se zúčastnila také prohlídek (výrazně) starších dětí. Ani adolescentní věk pacientů ovšem nemusel znamenat, že budou významně zapojeni do prohlídky.

Do ordinace přichází matka s 13letou dcerou. (...) Sestra se otáčí na dítě a říká „ale zuj si botky, prosím tě“. Moje ani matky boty neřeší. Lékařka se hned ptá matky, jakou mají poslední zprávu z neurologie. Doktorka si nechává od matky vyprávět, co všechno se dělo od poslední zprávy, kterou má v kartě z roku 2020. Matka vypráví, co je dceři, říkala že však dlouho nikde nebyli, až poslední 14 dní se jí udělalo nějak hodně špatně. Lékařka si vše píše do karty. Delší dobu sedí matka u lékařky a popisuje zdravotní stav dívky. Současně sestra dívku vyšetřuje. (...) Lékařka velice rychle píše do počítače a pokládá spoustu doplňujících otázek matce na zdravotní stav dívky a matka vypráví. S dívkou nikdo přímo nemluví. Sestra jí jenom velice krátce instruuje při měření výšky a vážení. Dále jí sestra měřit tlak a řekne jí, ať se položí na lehátko. Doktorka se ptá matky, zda už dívka měla měsíčky. Matka řekne, že 1x asi 4 dny, pak se poprvé otočí na dívku a zeptá se, zda to souhlasí. Dívka pouze zamumlá *hmm* na souhlas. (...) Lékařka přistupuje k dívce, která leží na lůžku a jde ji vyšetřit. U vyšetření se lékařka dívky ptá, zda dělá nějaké kroužky a hned si vlastně sama odpovídá že asi ne. „Jsi hodně na mobilu?“ ptá se jí. Všechny dívčiny odpovědi jsou jenom lehké zamumlání. (...) Po vyšetření říká doktorka dívce, ať se obleče a ptá se matky, zda chodí k zubaři. Následně se otáčí na dívku a říká jí, že hubená je hodně. Matka však hnedka říká, že hodně baští a vypráví o tom, že hned jak se dívka nají, tak se jde zvážit, aby byla co nejtěžší. (...) Po skončení prohlídky odcházím do čekárny domluvit souhlas s

výzkumem s další rodinou a vidím tam ještě matku s dcerou z předchozí prohlídky. Dívka už vypadá výrazně živěji. Slyším, jak už se víc projevuje a hlasitěji mluví s matkou. Vypadá jako úplně jiná bytost, jako kdyby obživla potom, co odešla z ordinace. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Bez ohledu na věk dívky se personál ordinace ptal na její zdravotní stav její matky. Komunikace s dívkou představovala hlavně pokyny, co má dělat, aby mohla být vyšetřena. Přestože s matkou se dívka po prohlídce aktivně projevovала, během prohlídky byly její odpovědi velmi krátké a většinou se jednalo pouze o citoslovce souhlasu. Lékařka se mohla zaměřit na matku jako na kvalitnější zdroj informací – člověka, který toho řekne více a především rychleji (, což je pro chod ordinace velmi významná hodnota). V síti vztahu lékař-pacient-rodíč to určit může být také rodič, kdo vytváří menší možnost zapojení pacienta / dítěte. Kiek Tates a Ludwien Meeuwesen (2001) při své analýze komunikace doktorů-rodíčů-děti zjistili, že rodiče vyčleňovali děti z komunikace tím, že v polovině případů reagovali na podněty, které doktoři směřovali na děti (p. 846). Tendence rodičů zasahovat do konverzace, „pomáhat“ lepší komunikaci mezi personálem ordinace a dětmi, ilustruje také následující situace v terénu.

Dítě má na 5leté prohlídce namalovat obrázek. Sestra je s ním a společně s matkou v čekárně, kde se snaží vést dítě k malování. Poté, co mu sestra zadá instrukce, je matka ještě dovysvětluje. Sestra ji prosí, ať mu neradí, že potřebuje, aby to zvládnul sám. Obě ženy dítě opakovaně chválí. Poté sestra ukazuje dítěti další papír, kde je namalovaná situace u vody. Sestra pokládá dítěti spoustu otázek (kde co je), na které on odpovídá. Někdy do toho vstoupí matka, načež sestra říká: „prosím, nezasahujte mi do toho. Já vím, že to je automatika rodičů“. Sestra se ptá dítěte, doptává se a chválí. (terénní deník, O3, červen 2022)

Úryvek z terénního deníku přímo ukazuje situaci, kdy zapojování se rodiče na úkor prostoru pro děti může být kontraproduktivní pro samotné vyšetření. Sestra svou reakcí k matce dává najevo, že je to pro ni běžné až automatické chování rodičů. Jak ukazuje známá práce Annette Lareau (2002), komunikace s lékaři odráží sociální nerovnosti a sociálně-ekonomicky silnější rodiny mají výrazně větší potenciál naučit děti, jak s lékaři

(a jinými autoritami) komunikovat (p. 766-769). Pokud nemají děti prostor se postupně zapojovat do interakcí se zdravotníky, nelze očekávat, že v určitém věku zničehožnic dokáží být za přítomnosti rodičů pro lékaře primárním komunikačním partnerem. Věk dětí se tedy určitě podílí na míře zapojení dětí do lékařských prohlídek, ovšem je spojen s dalšími určujícími faktory (jako např. sociálně-ekonomická pozice) a nemusí nutně znamenat, že starší děti jsou výrazně aktivněji zapojeny do prohlídky^{17 18}.

Abych vyjádřila různorodost míry připsaného aktérství dítěti dospělými, pracuji s termíny aktivní subjekt, objekt a promítací objekt. Rozdělení do tří kategorií mi umožňuje zachytit způsoby, jak se dospělí vztahují k dětskému tělu, a identifikovat, který způsob se v dané situaci jeví jako dominantní, přestože často je možné považovat dětské tělo za aktivní subjekt, objekt i promítací objekt. Protože se primárně snažím zachytit, jak se k dítěti vztahují druzí, záměrně pracuji s dichotomií subjekt a objekt. Výrazem aktivní subjekt rozumím vnímání dítěte jako lidské bytosti s vlastní *agency* a subjektivitou. Dítě je pochopitelně vždy aktivním subjektem, v některých momentech však dávají dospělí pro jeho aktivní subjektivitu větší prostor. Jednalo se například o situace, kdy dospělí vyhodnotili reakce dítěte jako oprávněnou, nebo momenty, kdy dospělý aktér komunikoval přímo s dítětem a nevyužíval primárně mluvení na dítě jako způsob komentování situace pro dospělé posluchače (především u malých dětí). Dětské tělo je objektem ve smyslu fyzické přítomnosti v prostoru, ke které se další aktéři mohou vztahovat – mohou se ho dotýkat, hýbat s ním, chodit okolo něj – a zároveň se výraz objekt vztahuje k pojetí lidského těla jako objektu pro biomedicínský pohled (*clinical gaze* (Foucault 2010)), který lidská těla specificky objektivizuje a „pitvá“. Termín promítací objekt zachycuje momenty objektivizace dětského těla, kdy si na něj ostatní dospělí aktéři promítají své prožitky, zkušenosti a pocity a více či méně vědomě se k nim vztahují. Přestože by se mohlo jednat pouze o jeden z aspektů, jakým se dětské tělo stává objektem, vytvořila jsem pro něj samostatnou kategorii, neboť právě způsoby, jak a co promítají dospělí na děti zásadně ovlivňuje celkové dění v ordinacích.

¹⁷ V českém prostředí navíc může stále doznívat vliv post-socialistického kontextu a lékařského paternalismu (viz 3.1.2 *Sociálně-kolektivní paměť*).

¹⁸ Navíc jak ukazuje ve svém výzkumu Susanna Trnka, i u mladých dospělých může stále převládat tendence rodičů manažerovat péči o zdraví svých potomků a simultánně rodiče mohou projevovat rozhořčení, že bez ohledu na svůj věk jejich syn či dcera nepřebírá plnou zodpovědnost za péči o své zdraví (Trnka 2017: 138-139).

4.1.1 Dítě jako aktivní subjekt

Během očkování v ordinacích dochází k jedinečným situacím, který vypovídají o vnímání dítěte jako aktivního subjektu – lidském aktéru s *agency*, se subjektivním prožíváním situace a vyjadřováním se k ní ze strany dospělých. Dospělí dávají najevo vnímanou aktivnost dítěte přímou komunikací s ním/ní, uznáváním jeho/jejího pláče jako adekvátní reakce na bolest způsobenou injekcí, upozorňováním na to, co dítě ví a co si pamatuje, a tematizováním jeho/její spolupráce s dospělými.

Podle dat Elizabeth Plumridge, Felicity Goodyear-Smith a Jima Rosse (2009), kteří studovali komunikaci mezi rodiči a sestrami během imunizace v ordinacích na Novém Zélandu, se debata okolo samotné aplikace vakcíny lišila v porovnání se zbylým časem návštěvy, protože sestra a rodič mluvili na dítě spíše než vzájemně sami na sebe (ibid. 1189). Při jejich výzkumu byly prohlídky nahrávány, takže mohl výzkumný tým přesně zaznamenat a spočítat jednotlivá slova. Já na základě zúčastněného pozorování nedokáži vyhodnotit přesný poměr rozhovorů mezi jednotlivými aktéry. Přesto dokáži říct, že reakce dítěte na vakcínu (, ať už jako pláč oznamující bolest po aplikaci, či projevy strachu před očkováním) vytvářely momenty, kdy se dospělí (zdravotníci i rodiče) intenzivněji vztahovali k dětem a komunikovali s nimi.

Momenty okolo aplikace vakcíny jsou jedinečné z hlediska přímé komunikace s dítětem (a především reagování na jeho/její reakce). Protože dospělí vyhodnocují očkování jako momenty, kdy se dítěti děje něco bolestivého, bývá jeho/její reakce vnímána jako adekvátní. Na rozdíl od jiných okamžiků, kdy dítě projevuje svou nepohodu či strach, po očkování se jeho/její nelibost přímo očekává, tudíž je pro ni vytvořený prostor a často je jí přizpůsobený následný postup dospělých.

Probíhá očkování, matka se sestrou pomáhají očkující doktorce držet dítě. Sestra i matka na dítě mluví. Doktorka klasicky říká, že jakmile „d’obne“, tak má matka dítě zvednout. Dítě po očkování pláče a všichni (pozn.: doktorka, matka, sestra) na něj mluví, že byl statečný. (terénní deník, O3, květen 2022)

Sestra říká: „pak ho zvedněte ať ví, že je konec“. (terénní deník, O3, květen 2022)

V jedné ze zkoumaných ordinací bylo nedílnou součástí instrukcí pro rodiče před a během očkování, aby dítě po vpichu okamžitě vzali do náručí. Zdravotnický personál to opakovaně vysvětloval tím, že tak dítě bude vědět, že úkon očkování skončil a dítě je v bezpečí u rodiče (skoro ve všech případech u matky). Když rodiče konejšili děti v jiných situacích než po očkování, leckdy se stávalo, že se snažili dítě co nejdříve uchlácholit, aby mohla prohlídka pokračovat co nejrychleji a nejhladčeji.

Sestra s matkou měří dítě a sestra se jí přitom snaží rozptýlit obrázky zvířatek na metru. „Seš želva“ říká sestra dítěti. Matka jí říká „nefňukej, miláčku, nic se neděje“. Pak si bere dceru do náruče. (...) Matka se sestru s dítětem při měření trošku bojují. Matka stále opakuje, že se nic neděje a už u toho zní přísněji. (terénní deník, O2, květen 2022)

Situace z první citace popisuje pláč dítěte a reakce dospělých při měření a vážení dítěte. Stupňující se podráždění matky projevené přísnějším tónem hlasu naznačuje matčinu prožívanou nepohodu a menší míru trpělivosti s pláčem dítěte. Míra trpělivosti dospělých s dětskými projevy nelibosti v souvislosti s očkováním je o poznání větší¹⁹.

Pro porozumění míry trpělivost rodičů a jejich reakcí na chování a reakce dítěte je potřeba vnímat celkovou hierarchii vztahů v ordinaci a možnou snahu rodičů disciplinovat své dítě, aby si rodiče udrželi dobré vztahy se zdravotníky a jejich způsob rodičovství nebyl ze strany personálu ordinace vnímán negativně. Během svého pozorování jsem se ve všech ordinacích setkala s hodnocením rodičů ze strany personálu. To se vždy odehrávalo bez účasti rodičů, ovšem nepochybuji, že rodiče si nesou určitou představu, jak by se mělo ideálně chovat jejich dítě i oni sami a že některé chování může být personálem vnímáno nelibě. Hodnocení lékařů, lékařek a sester se týkalo hlavně momentů, kdy podle nich rodiče nedostatečně disciplinovali své děti, což

¹⁹ Na míře trpělivosti se také odráží věk dětí, kdy dospělí s přibývajícím věkem dětí očekávají, že budou situaci zvládat lépe – budu lépe „spolupracovat“ (viz dále).

dle personálu mělo negativní dopad na hladký průběh prohlídky a častou „nespolupráci“ dítěte (viz dále)²⁰.

Jedním ze způsobů, jak dávají dospělí najevo vnímanou aktivní subjektivitu dětí, je odkazování na jejich paměť očkování a nedůvěru, kterou dávají děti najevo, že by se při prohlídce má dítě něco nestandardního a nepříjemného. Ve výzkumu Bet Elverdam pediater přímo žertuje, když 15měsíční dítě před očkováním směřovalo ke dveřím, že je „dítě chytré, že cítí nekalost“ (Elverdam 2011: 344).

Doktorka se po očkování obrací na dítě: „řekni, já to věděla, že sem chodím“.
A pak doktorka dál matce vysvětluje, že děti přesně ví, že jim bývá podezřelý, že se neváží a neměří a nedělají ty normální věci. (terénní deník, O3, květen 2022)

Přestože doktorka v citaci vysvětluje matce, že podle ní děti rozumí situaci okolo očkování – ukazují svou aktivní subjektivitu (např. projevováním nedůvěry v situaci) tím, že doktorka mluví na dítě způsobem mluvením *za* dítě („řekni, já to věděla“) ho zároveň vede do pasivní role objektu. Hranice mezi objektem a subjektem je v tomto ohledu velmi tenká a některé rétorické obraty mohou ukazovat jistou míru pnutí. Pnutí mezi důrazem dospělých na aktivní subjektivitu dítěte a snahou jej umírnovat, vést k poslušnosti (manipulovat s jeho/jejím aktérství) v mých datech nejlépe ilustruje koncept spolupráce.

Za spolupráci dospělí označují jednání dětí, kdy se podílejí na prohlídce nebo případně když se jí aktivně nebrání. V prvním případě spolupráce jsou děti aktivní – projevují svou aktivní subjektivitu. V druhém případě jsou děti – dětská těla spíše pasivní – nechávají se vyšetřit a vystupují spíše jako objekty. Dospělí především oceňují momenty (chválí a odměňují), kdy děti „krásně spolupracují“ a aktivně se podílejí na prohlídce. Jinými slovy, svými aktivitami pomáhají domněle hladkému průběhu prohlídky podle představ dospělých. Spolupracují tedy způsobem, jak je dospělí učí a chtějí, aby spolupracovali. Svým způsobem se jedná o kvazispolupráci spíše než o

²⁰ Susanna Trnka (2017) se v lázeňském zařízení při výzkumu astmatu přímo setkala s hrdým prohlášením doktora/doktorky, že „vzorně vychovávají i maminky“, když jí účastník/účastnice výzkumu ukazoval/-a, jak pěkně si matky srovnaly zuté boty (p. 130).

spolupráci. Na jednu stranu tedy dospělí idealizují proaktivnost dětí, na druhou stranu ji však chtějí formovat podle svých představ a potřeb.

Děti mohou svou aktivní subjektivitu také projevit v momentech, kdy dle dospělých „nespolupracují“. Situace „nespolupráce“ často ukazují formy dětské aktivní subjektivity a způsoby, jak k ní dospělí přistupují – jak se jí případně snaží usměrňovat. I zde hraje roli, pokud jsou dospělými aktivity v ordinaci vyhodnoceny jako náročnější – „když se něco děje“ – a děti jsou malé. V takových případech mívají dospělí větší toleranci k dětské „nespolupráci“ stejně jako k jiným projevům nelibosti.

O spolupráci mohou dospělí také žertovat. I příklad situace z výzkumu Beth Elverdam, kdy doktor hodnotí chytrost utíkajícího dítěte, by mohl být vyhodnocen jako „nespolupráce“. Na podobnou ambivalenci situací poukazuje Susanna Trnka (2017), když je „asertivní dítě, které se nebojí dát najevo, co ona či on chce, obdivován/-a a zároveň je její/jeho chování vnímáno jako hluboce problematické, protože zpochybňuje autoritu rodičů a jiných autorit“ (např. učitelů či lékařů) (p. 137).

Doktorka často mluví na dítě (6 měsíců). Říká jí, že je šikovná a že hodně spolupracuje a že je strašně zvědavá. (terénní deník, O3, květen 2022)

Dítě (8 měsíců) je v klidu a nechává se vyšetřit. Sestra komentuje, že se dítě stále směje. Pediatr říká, že ji položí, že to se jí asi nebude líbit. Dítě začne být trochu neklidné, načež jí matka v žertu říká „spolupracuj“ a zabavuje ji s ponožkou. (terénní deník, O1, únor 2022)

Sestra se po neúspěšném vyšetření sluchu snaží přesvědčit dítě alespoň na měření tlaku. Obě ženy sedí s dítětem (3 roky) na lehátku vysvětlují postup a snaží se nalákat na daný proces. Sestra jí říká, že jí dá pěknou manžetku s rybičkama a že rybičky se budou nafukovat. tlak na nakonec úspěšně změří. (...) dítěti se prohlídka lékařkou nelíbí. Doktorka jí konejší „všechno v pořádku, šikovná holčička“. „Ukážeš mi zoubky jako tygr?“ snaží se doktorka motivovat dívku k vyšetření. (...) Matka dceři říká, že dneska nespolupracuje. Dítě by chtělo bonbón a matka jí odpovídá „to je jenom pro hodné holčičky“. (terénní deník, O2, květen 2022)

První dva úryvky z terénního deníku ukazují chválení dítěte a žertování o spolupráci. V posledním úryvku už je spolupráce nastavená jako požadované chování, kdy „hodné holčičky spolupracují“. Tento požadavek klade matka na svou 3letou dceru²¹. Dcera se v této situaci rozhodně nechtěla podílet na prohlídce, čímž vyjadřovala svou aktivní subjektivitu. Slova matky o „hodných holčičkách“ demonstrují způsoby disciplinace dětské aktivní subjektivity, která se dospělým v daném momentě zdá jako „nevhodná“, která se jim nehodí. „Nespolupráce“ dětí může být dospělými spojována se s horšenými možnostmi realizace vyšetření a očkování.

„Já ti všechno budu říkat, není se čeho bát“ říká doktorka dítěti (6-9 let). (...) „Poslouchej mě. Chvilku koukej. Když budeš spolupracovat, píchnu malinko, když podržíš tak to bolet nebude. Když se budeš prát, budu tě muset píchnout hluboko a bolet to bude. (terénní deník, O3, květen 2022)

Matka synovi (5 let) domlouvá že to není sranda a říká mu, že nespolupracuje a přemlouvá ho, ať maluje. (terénní deník, O3, červen 2022)

V prvním úryvku z terénního deníku lékařka přímo spojuje pacientovi nespolupráci s větším rizikem bolesti z očkování. U druhého úryvku se dítě nechtělo podílet na malování obrázku, což je součástí pětileté prohlídky. Tříleté a pětileté prohlídky jedna ze sester označovala za obzvláště náročné.

Sestra mi říká, že s dětmi na prevencích ve věku 3 a 5 let „je to náročné“. Děti se bojí a ještě moc nespolupracují. „Jsou to těžký prevence a dlouhý“ vysvětluje mi. „některý ne, někdy jsou 3letý neskutečně šikovný, ale nestává

²¹ Právě věk 3 let se mi na základě mého pozorování jevil jako určitá hranice, kdy se požadavky na spolupráci dítěte v ordinaci zvětšují. To může mít souvislost s tím, že se jedná o věk, kdy děti běžně nastupují do školky, dochází k posunu v psychomotorickém vývoji a zároveň se po delší době vrací na prevenci k lékaři. Protože první „vlna“ očkování většinou končí okolo 18. měsíce dítěte a další prevence přichází až ve 3. roku dítěte, mezi těmito dvěma momenty nastává delší časové období, kdy děti na prevence do ordinace nechodí. I tato větší časové mezera mohla mít za následek, že jsem při pozorování požadavky, které se kladou na 3leté děti vnímala jako větší skok a výrazně intenzivnější, než jak tomu bylo u mladších dětí.

se to moc často. Děti ještě mívají separační úzkost. Bojí se. Neví, co je čeká. Pamatují si, že byli očkovaní. To je separačka. To je normální“, pokračuje sestra. (terénní deník, O3, červen 2022)

Během těchto prevencí jsou děti ještě relativně malé a zároveň je potřeba, aby se účastnily řady úkonů. Navíc, jak zmiňuje sestra, děti běžně mívají i separační úzkost a bojí se (personálu i prostředí ordinace). Interpretace sestry ukazuje, že zdravotníci mohou na základě svých zkušeností a znalostí spojovat porozumění věku dítěte s jeho/jejím psychomotorickým vývojem, od čehož se zároveň mohou odvíjet způsoby, jak vnímají aktivní subjektivitu dětí. Paměť očkovaní se na strachu a nezájmu dětí o „spolupráci“ také může podílet.

4.1.2 Dítě jako objekt

Klasické porozumění (dětskému) tělu jako objektu, který je možné vidět, dotknout se ho, zkoumat jej apod., se při mém pozorování vztahovalo k biomedicínskému pohledu, a pohybu aktérů po ordinaci. Zároveň, jak už ukázal příklad „spolupráce“, bývá dětmi – dětskými těly – v ordinaci manipulováno také sociálními (a mentálními) způsoby, kdy dospělí usměrňují (či přímo potlačují) jejich aktivní subjektivitu.

K prohlídkám u lékařů dochází kvůli potřebě sledovat, zkoumat a vyhodnocovat zdravotní stav dětí – jejich těl. Biomedicínský pohled tak provází celou návštěvu. Vývoj dětí se například měří podle tabulek růstu, kdy jsou dětská těla měřena a vážena, aby bylo možné vyhodnotit, zda se vyvíjí podle běžné křivky. Přestože při preventivních prohlídkách příliš často nedochází k testům, které by zkoumaly běžným okem neviditelné tělesné jevy (např. ke krevním testům), biomedicínský pohled zaměřený na analýzu dětského těla (a sloužící biomoci (Foucault 2006)) je stále přítomný.

Aby bylo možné dětské tělo prohlédnout – zkoumat jej jako objekt biomedicínského zájmu, je potřeba k němu přistupovat jako k objektu existujícímu ve fyzickém světě, který je možný vidět, dotýkat se jej pohybovat se okolo něj, s ním. Při etnografii v ordinacích jsem sledovala, jak se způsob pohybu dospělých a využívání prostoru ordinace vztahovalo k dětskému tělu. Nepřekvapivě se postupy prohlídek, využívaná místa ordinace a pohyb aktérů po ordinaci odvíjely od věku dítěte. S přibývajícím věkem a schopností pohybu se při prohlídkách začaly využívat další části ordinace (lehátko, různé židle, nástěnné metry, tabule na měření zraku,...).

Materialita těla kojence s omezenými možnostmi pohybu získává nezanedbatelné aktérství. Tělo sice vystupuje jako objekt, který jiní zkoumají, zároveň však formuje pohyb ostatních. Prostory ordinace, jednotlivá místa a kusy nábytku jsou využívány tak, jak potřebuje tělo kojence. S přibývajícím věkem a mobilitou bývá dítě postupně více vedeno, aby zohledňovalo prostor ordinace, jeho pravidla a požadavky dospělých aktérů.

Dítě (6 let) si lehá na lehátko a pohodlně se rozvaluje s rukami za hlavou. Matka jej usměrňuje: „nejsi na wellness pobytě“. (terénní deník, O1, červen 2022)

Učení dětí tomu, jaké chování v ordinacích je a není „vhodné“, je důležitým socializačním procesem (například ve vztahu k chování spojeném s institucemi a autoritami). K němu se také vztahují požadavky „spolupráce“. Dítě, které se nechává bez odporu vyšetřit, bývá chváleno jako „šikovné“ či „spolupracující“. Určování „vhodnosti“ chování dětí se lišilo napříč ordinacemi a odráželo v sobě podoby a vnímání lékařských autorit, způsoby komunikace, míru striktnosti pravidel ordinace, toleranci dětského chování a vnímání dětské aktivní subjektivity

Po příchodu do ordinace si matka odkládá kabelku na židli sestry a hledá synův průkaz. Sleduji, jak rodina využívá a obsazuje prostor ordinace. Po zkušenosti z jiné ordinace najednou jejich pohyb zaujme mou pozornost. V druhé ordinaci by tohle chování působilo až drze a nemístně. (...) Celkově mi situace přijde mnohem méně formální než v jiných ordinacích. Mám pocit, že chování rodičů v ordinaci by pro zdravotníky z jiných ordinací naprosto nepřijatelné (např. pozdní příchody, využívání celého prostoru ordinace, atd.). Zdá se mi, že jsou zde rodiče „méně ukázanější“ a zároveň že chování v ordinaci více kopíruje chování a pohyby dětí. (terénní deník, O1, červen 2022)

Pohyb a způsoby využívání materiality prostoru ukazuje, jak je v jednotlivých ordinacích balancováno přístup k aktivní subjektivě dětí, kdy se děti mohou projevat způsobem, který by na jednom místě mohl být vyhodnocený jako „neukázněný, nespolupracující“ a na místě druhém jako jednoduše „přirozeně dětský“, kdy je sice do jisté míry potřeba usměrňovat děti, aby se učili, jaké chování je v ordinacích žádoucí (i ve smyslu přínosu pro hladký průběh prohlídky) a zároveň nedocházelo k vedení dětí k pasivitě a nezapojování se do prohlídky.

4.1.3 Dítě jako promítací objekt a bolest dospělých

Hlavním porozuměním situace, které zúčastnění aktéři sdílí a které dospělí promítají na dětské tělo (i předtím, než si dítě vůbec získá vlastní zkušenost a vytvoří vlastní porozumění), je spojení očkování s bolestí. Kolektivní vnímání spojitosti očkování s bolestí vede k jejímu očekávání, na základě kterého se aktéři na bolest připravují, což často zahrnuje snahu dospělých aktérů upozorňovat děti na očekávanou bolest. Konkrétním přípravným strategiím se věnuji v podkapitole *Management (projevování) bolesti*. Kromě využití očekávanosti bolesti k přípravě dětí skrze popisování toho, co se bude dít, s sebou přístup řady dospělých nese až jistou míru „prorocství“, kdy dětem dopředu sdělují, že následná akce (očkování) „bude bolet“, „nebude se jim líbit“ apod.

Matka si bere dceru na klín a doktorka říká dítěti: „asi úplně spokojená nebudeš“. (terénní deník, O2, květen 2022)

Po zjištění, že dnes je na prohlídce ještě čeká očkování se matka obrací na dítě se slovy „dneska to bude mazec“. Pediatr to komentuje „to tušila“, čímž reaguje na předchozí pláč dítěte. (...) Sestra dezinfikuje dítěti místo pro vpich a dítě už pláče. „ještě nemusíš, až za chvíli“ říká dítěti sestra. (terénní deník, O1, březen 2022)

Když se po podpisu souhlasu vracím do ordinace, slyším ještě matku říkat otci v čekárně: „to bude zase řev“. (terénní deník, O2, květen 2022)

„pak to bude drama“ říká matka a doptává se pediatra na otázky ohledně nehtů dítěte, aby to stihla před „dramatem“ očkování. (...) „bohužel bude ještě trápeníčko“ říká matka dítěti. (...) Po očkování bere matka dítě do náručí a říká „to bylo trápení“. Dítě přestává plakat. (...) Když dítě začíná opět plakat, reaguje matka: „to bylo zákeřný“. (terénní deník, O1, březen 2022)

„Prorocství“ s sebou vesměs nese očekávání negativních pocitů dítěte, jejich projevů a vzniku celkově nepříjemné až dramatické situace. Očekávání reakce dítě může pramenit z předchozí zkušenosti rodiče („bude zase řev“). Jak je vidět v poslední citaci, přístup dospělého může být velmi praktický, když chce předpokládané reakci dítěte a očkování

přizpůsobit ostatní činnosti prohlídky (např. zeptání se lékaře na otázky). Pokud je očkování součástí preventivní prohlídky, bývá posledním úkonem. Nejspíše právě kvůli očekávané reakci dítěte na bolest očkování. Pokud v jedné ordinaci potřebovala doktorka s rodičem ještě něco dořešit, dávala důrazně dítěti najevo, že už je konec. Často se například rozloučil máváním nebo zvedla důrazně ruce, že už nesahá.

V citacích výše je vidět, že na predikci nespokojenosti dítěte se podílí i personál ordinace, který podobně jako rodič dítěti prorokuje, že se mu očkování nebude líbit. V jiných situacích může být predikce rodiče o reakci dítěte personálem považována za její přivolání a potvrzení.

„Teď to bylo náročné (pozn.: předchozí vyšetření). Teď vás budu zdržovat, teď to nepůjde“ říká matka na chodbě doktorce a doktorka odpovídá „Když ji v tom podpoříte...“ a dál slova doktorky neslyším, protože sestra v ordinaci přitakává. „Ta ji v tom ještě podpoří. To je hrozný“. (terénní deník, O3, červen 2022)

Sestra říká, že podle jejího názoru hodně záleží na tom, jak k očkování přistupují matky, že pokud jsou matky sami vyděšené a vystresované, vystresuje se i to dítě. Pokud se matka k tomu staví dobře, tak dítě taky a zvládá to výborně. (...) „Když matka hysterčí, když není klidná, tak ani dítě není“. (terénní deník, O3, květen 2022)

Částečný rozdíl mezi situacemi, které mohou být vnímané jako „podpoření“ a zhoršení možnosti prohlídky rodičem, a kolektivním mluvením o budoucí bolesti a nespokojenost dítěte, může představovat zapojení odmítnutí úkonu dítětem („nespolupráci“). V první citaci může matčino predikování „nespolupráce“ dítěte vycházet pouze z toho, že sama matka už nechce s dítětem absolvovat další vyšetření kvůli prožití bolesti (obou z nich). Druhá citace však naznačuje, že pokud matky obecně emocionálně nezvládají očkování dítěte (kam nejspíše patří i strach z bolesti,) bude podobně silně emocionálně reagovat i dítě (alespoň je o tom přesvědčená citovaná sestra).

Ať už se jedná o predikci bolesti spojenou s určitým žertem a nadsázkou či situace, kdy dle slov doktorky a sestry rodiče verbalizovaným očekáváním bolesti a „nespolupráce“ dítěte situaci přivolávají, obě reakce jsou odrazem toho, jak sami dospělí zvládají (či nezvládají) bolest dětí. U očekávání bolesti a „proroctví“ nepříjemné situace se spojuje aktivní subjektivita dítě, kdy dítě dává najevo nespokojenost (, které dospělí rozumí), a zažívání situace dospělými, kteří své prožitky mohou promítat do očekávání reakce dětí, čímž dle některých aktérů mohou částečně dětské reakce přivolávat.

Bolest dospělých

Dospělí mohou prožívání své bolesti spojit s různými strategiemi vyrovnávání se s bolestí, které nám umožňují analyticky zachytit samotnou přítomnost jejich bolesti. Leckdy se stávalo, že rodiče sami přímo verbalizovali své nepříjemné pocity.

Otec při odchodu říká: „už to je, zvládnuls to statečně. Já taky nesnáším injekce.“ (terénní deník, O1, leden 2022)

Na příští prohlídkou jdou oba rodiče. Domlouváme souhlas. Rodiče říkají, že teď budou očkovat a snad bude nadlouho pokoj aspoň na půl rok. Dítě u očkování prý hodně pláče. Na obou rodičích je vidět, že je to pro ně hodně stresující. Matka poté přímo zmiňuje, že ona sama očkování dítěte moc nezvládá. (terénní deník, O2, květen 2022)

Dobře“ odpovídá matka a mluví na dítě „teď to nebude příjemný, teď to bude studený“. (...) Dítě pláče u vážení. Matka jí říká „miláčku, promiň“. (terénní deník, O1, březen 2022)

V posledním záznamu z terénního deníku je přímo vidět, že i u nepříjemných stavů a strachů vyvolaných „pouhým“ vážením matka silně vnímá pláč dcery, a kromě upozornění dopředu na nepříjemnost situace se dceři také potřebuje následně omluvit, aby vyjádřila svou lítost nad vzniklou nepohodou. Při etnografii jsem pozorovala, že míra prožívání bolesti se nepřekvapivě lišila podle počtu a věku dětí, kdy „prvorodiče“ kojenců bývali nejvyděšenější.

Jako strategii vyrovnávání se s bolestí někdy dospělí používali nadsázku a humor. Jindy se snažili „mít očkování brzo za sebou“. Lékaři rodiče běžně uklidňují, když má mezi očkováním nastat delší časový odstup nebo se jedná o poslední dávku, a tudíž mají očkování všichni za sebou či mají za sebou období častého očkování.

Dítě vypadá trošku vyděšeně, matka na něj „co tě tak vylekalo“, což pediatr komentuje tím, že „tuší, že ještě něco bude, finále“. Matka se tomu zasměje. „Stejně nás to nemine, tak je to dobré si to odbýt“ říká mi matka. (terénní deník, O1, leden 2022)

Pediatr říká matce, jak by naplánoval následující dávky očkování. „To bude duben, druhá dávka do léta a máte pokoj a další až na jaře“. (terénní deník, O1, únor 2022)

Při jednom pozorování vznikla situace, kdy v ordinaci probíhaly odběry krve a já jsem zůstala v čekárně se dvěma dalšími rodinami. Mohla jsem pozorovat, jak reagují na pláč a křik dítěte, který se důrazně linul z ordinace. Bylo vidět, že nikomu z přítomných nebyl pláč lhostejný. Všichni se snažili vyrovnat se s nepříjemností situace. Jediný, kdo nereagoval, byl 3letý chlapec, kterého rodiče důrazně rozptylovali, aby pláč jiného pacienta ideálně vůbec nezaznamenal.

Sedím s rodiči v čekárně, zatímco doktorka se sestrou v ordinaci odebírají pacientovi krev. Slyším šílený pláč dítěte a důrazné domlouvání doktorky. Je vidět, že řev z ordinace nikomu v čekárně nedělá dobře. (...) Matka s otcem se snaží zabavit 3letého syna, aby neslyšel pláč a nebál se jít do ordinace. „Si toho všimne“: říká matka otcí. Další větší dítě (12 let) s matkou si z pláče dělají trošku legraci a zároveň dítě říká, že „to je hrůza“ a pochoduje po čekárně, až jde na chvíli ven. Dítě v ordinaci stále pláče. Matka staršího dítěte se po jeho návratu do čekárny snaží nepříjemnou situaci zlehčit a ptá se syna v žertu „jestli má jít s ním“ (...) „Ne, že budeš taky takhle brečet“ říká mu se smíchem dále matka. (...) Otec 3letého syna v čekárně komentuje pláč. Neslyším samotnou poznámku, pouze odpověď matky: „si myslíš, že to bude mít jinak?“ a pak říká otcí něco ve smyslu: „Jaký je to u zubaře?“. Zní to jako by matka nenarážela pouze na reakce jejich syna u zubaře, ale současně také na pocity

otce. Otec vážně odpovídá, že „to je něco jinýho“. „Jo, něco jinýho“ dobírá si ho matka. (terénní deník, O2, květen 2022)

Na situaci je vidět snaha o humor (matka staršího dítěte), uniknutí ze situace (starší dítě), rozptýlení dítěte (rodiče mladšího dítěte), zdůraznění (matka mladšího dítěte) i odmítnutí (otec mladšího dítěte) podobnosti s vlastními zkušenostmi a bolestí. Osobně jsem na sobě vnímala, že mám husí kůži hlavně ze slov doktorky („Všichni se bojí. To jenom štípne. To ti nepomůže“). O to víc jsem se ponořila do role výzkumnice a zaměřila svou pozornost na zápisky jedinečných dat, což byla má strategie, jak se s bolestí vyrovnat.

Bolest dospělých při očkovacích strategiích hraje nepopíratelně důležitou roli. Prolíná se ve všech aspektech nakládání a reakcí na očkování a bolest dětí. Zásadně také stojí za strategiemi managementu bolesti zvolenými jednotlivými ordinacemi. Při managementu bolesti se aktéři leckdy snaží simultánně minimalizovat bolest všech zúčastněných. V některých momentech se však strategie zvolené jednotlivými aktéry mohou dostávat do konfliktu.

Pediatr říká, že dají tu druhou dávku a matka se ptá, zda by to šlo u kojení. Pediatr říká, že s tím nemá dobrou zkušenost a nedoporučuje to, aby se nehýbal, že to pak víc bolí. Matka nevypadá přesvědčeně. Pediatr pokračuje, že to držení rukou vypadá strašidelně, když na něm všichni leží, ale že to bolí méně. „Když se bude mlít, mnohem víc to bolí“. Pediatr opakuje, že u kojení se to neosvědčilo. Matka stále nevypadá přesvědčeně. Pediatr na ni netlačí a přijde mi, že si možná neprosadí svůj přístup. Dítě pláče u oblékání. Matka říká, že jak pak brečí, že „to zase bolí mě“. Pediatr navrhuje „tak tady necháme tatínka a maminka půjde do čekárny. Někdy se stává, že zůstane pouze jeden rodič a druhý odchází“. Na to matka nereaguje, obléká stále brečící dítě a ještě trochu smlouvá s doktorem. Doktor říká, „už jenom jednu injekci, aby si v Městě (pozn: anonymizováno kam se stěhují) neřekli, že tady v Praze neočkujeme, aby nás nepomluvili“. Oba rodiče se tomu zasmějí.

Pediatr instruuje, že je dobré položit dítě na pultu našikmo. Otec říká dítěti, že „už jenom injekci a bude to“. Matka leží hodně nad dítětem. Pediatr kontroluje

vzduch v injekci. Dítě drží oba rodiče, doktor je instruuje „držte obě ručičky“, matka mu ručičky líbá. Pediatr začne odpočet „raz, dva, tři“. Dítě je sekundy v klidu a pak začne neuvěřitelný pláč. Otec mu říká, že je to potřeba „abys nechytil morybundus“. Máma si dítě hned bere na kojení. Chvíli je v klidu a pak musí matka přestat kojit kvůli škytavému pláči. (terénní deník, O1, leden 2022)

Popsaná situace zahrnuje několik různých strategií vyrovnávání se s bolestí – návrh matky kojit dítě u očkování, lékařská strategie fixace těla, návrh pediatra, aby se matka očkování neúčastnila, snaha doktora uvolnit atmosféru žertováním, líbání držných rukou, otcovo vysvětlování přínosu očkování dítěti a závěrečné ticho dítěte kojením. Některé strategie jsou vzájemně v konfliktu a je možné zvolit pouze jednu z nich – buď je možné kojení při očkování, nebo je možná fixace dítěte držáním končetin. Jiné se vzájemně podporují – fixace, žertování, líbání, vysvětlování, konejšení. Jednotlivé strategie odráží nepříjemnost a bolestivost situace pro dospělé aktéry, ať už ji přímo verbalizují jako matka, či se nepřímo snaží situaci odlehčit jako doktor humorem či otec vysvětlováním. Přestože je všem dospělým nepříjemná bolest dítěte a snaží se jí předejít, jejich strategie jsou zásadně ovlivněné také snahou předcházet bolesti své a dalších dospělých.

Očkování představuje situaci, kdy dospělí mohou ambivalentně dětskému tělu připisovat větší míru aktérství a subjektivity a zároveň jej specificky objektivizovat skrze promítání svých vlastních prožitků, porozuměním a emocím. Promítání perspektivy dospělých jistě může formovat zkušenost dětí (např. skrze vnímání strachu rodičů či jejich „prorocství“ bolesti a nepříjemnosti situace). Porozumění dětskému tělu jako promítacímu objektu nám umožňuje zachytit vzájemnost vztahování a prožívání situací přítomnými aktéry. Vzniklé situace poodkrývají další polohu propustnosti těl. Díky propustnosti těl mohou jednotliví aktéři cítit prožitky ostatních, lépe s nimi sdílet porozumění dané situace a vzájemně se ovlivňovat při budování nových významů. Navíc propustnost a promítání významů a prožitků zásadně formují nejenom vztahování se mezi zúčastněnými aktéry ale také samotné strategie managementu bolesti (a další postupy ordinace).

4.2 Management (projevování) bolesti

Při vyrovnávání se s bolestí během očkování zaujímají aktéři řadu strategií. Některé z nich se přímo zaměřují na minimalizaci bolesti způsobené injekcí dětskému tělu. Řada ze strategií však odráží mnohem komplexnější propletení přítomných propustných těl, kdy otázka, na jaká těla zažívající bolest či diskomfort daná strategie cílí, nemá tak jednoznačnou a přímočarou odpověď. V této podkapitole v první řadě představím přístup jednotlivých ordinací k očkování, obecné přístupy zdravotníků a výrazné rysy managementu bolesti daných ordinací. Následně popisují vybrané situace vztahující se k managementu bolesti v jejich chronologickém pořadí, jak k nim dochází během návštěvy ordinace, při které se očkuje.²² V závěrečné části analyzuji představené momenty a strategie především s ohledem na otázku, jakým způsobem jsou dané strategie managementu bolesti dětí a jak představují management bolesti dospělých – tudíž často management dětského projevoování prožívané bolesti.

Postupy a přístupy jednotlivých ordinací k očkování, managementu bolesti a vztahování se k reakcím dětí na bolest se mezi sebou lišily. Rozdíly byly jistě v míře proočkovanosti pacientů, v autoritativnosti personálu ordinace či ve snaze vysvětlovat a debatovat s rodiči a pacienty. Odlišnosti se projevovaly především ve způsobu neformálnosti a autoritativnosti – toho, jaké jednání ze strany dospělých a dětí je považováno za vhodné a jaké je vnímáno jako nevhodné, nerespektující, drzé v daném prostředí a ve vztahu k lékařským autoritám.

Ve všech ordinacích bylo zřejmé, že všichni pracovníci dělají to nejlepší, co pro své pacienty udělat mohou – co považují za to nejlepší. Ano, jeden z lékařů volil spíše komunikaci formou dialogu, kde s rodiči domlouval rozhodnutí včetně očkování, druhá lékařka spíše autoritativně rozhodla a prostor pro dialog byl menší. U obou lékařů převažovali rodiče, kterým daný přístup vyhovoval, kteří za něj byli rádi²³. Všichni lékaři vysvětlovali rodičům očkování – v různé míře, v závislosti na množství času, zájmu rodičů a obecném vyhodnocení potřeby detailnosti informací k dané situaci.

²² Snahy předcházení bolesti a vyrovnávání se s ní jsou patrné také před a po dané prohlídce (vzhledem k dlouhodobosti péče a vztahů aktérů).

²³ To jsem vyhodnotila na základě debat s rodiči v čekárnách během vyjednávání souhlasu s očkováním, kdy mi rodiče velmi často říkali o v spokojenosti s lékaři.

Rodiče ve všech ordinacích většinou vypadali, že mají dostatek informací, který potřebují / chtějí mít. Ve všech ordinacích se osobní preference, zkušenosti a vnímání lékařů odrážely na zvolených postupech.

Pro první ordinaci bylo charakteristické, že lékař se domlouval s rodiči, kdy dítě nechat naočkovat. Nechával prostor pro dialog a leckdy nechal závěrečné rozhodnutí, zda se dnes bude očkovat na rodičích. Podle lékaře se mu tato strategie osvědčila lépe než „nátlakový / konfrontační způsob jednání a vedla k akceptaci očkování i u části rodičů, kteří měli z očkování svého dítěte značné obavy a chtěli jej proto odložit do pozdějšího věku“ (e-mailová komunikace, O1, prosinec 2023). Informace o vakcínách a nemocích dával rodičům postupně v průběhu několika prohlídek. Obecně se při prohlídkách více zaměřoval na konejšení rodičů než dětí. Matky tak například uklidňoval, když se jim nedařilo kojit. Ze všech lékařů tedy nejméně mluvil na děti, nejméně je chválit a nejméně se jich dotýkal. Doktorky spíše sem tam dítě pohladily. Je možné, že se míra dotyků odvíjela od genderu lékaře, s jistotou to však nemohu potvrdit. I protože nejméně mluvil lékař na děti, trávil velké množství času debatami s rodiči a zodpovídání všech jejich různorodých dotazů. Očkování nejčastěji probíhalo na přebalovacím pultu, lékař jej vždy odpočítával a rodiče se také podíleli na fixaci končetin dětí. Doktor i sestra často rozeznívali dětem zvonkohru visící nad přebalovacím pultem. Oba zdravotníci velmi často (několikrát během jednoho dne / pozorování) zmiňovali dětskou paměť očkování (a bolesti očkování). Mezi sebou zdravotníci nejčastěji kritizovali rodiče za pozdní příchody, které byly v této ordinaci velmi běžné.

Dítě vypadá po prohlídce trošku vyděšeně, matka na něj „co tě tak vylekalo“, což pediatr komentuje tím, že „tuší, že ještě něco bude, finále“. Matka se tomu zasměje. (...) Pediatr říká dítěti, že jej „nepotěší“. Ťukne do zvonkohry, udělá odpočítávání „raz, dva, tři“, píchne injekci a dítě do sekundy pláče. Matka uklidňuje dítě, že „dneska už je po všem“ a konejší ji v náruči. Sestra říká, že „dobrý, můžete“ Matka dále mluví na dítě a rozptyluje ji veselým, hravým hlasem „už je to dobrý“. Dítě stále pláče, avšak už jenom něžně a po chvilce přestává. „A je to, vid’“, říká ji matka. Dítě se v klidu nechává obléct zpátky vleže na pultu. (terénní poznámky, O2, leden 2022)

Ze zkráceného popisu postupu očkování z první ordinace je patrné lékařovo žertování. Žertování bylo v této ordinaci jedním z hlavních způsobů, jak se vyrovnávat s bolestí, což je dáno i zaměřením pediatra na konejšení rodičů. Pro konejšení dítěte nechává lékař i sestra především prostor matce. Zaměření na rodiče odpovídá i lékařův otevřený přístup pro domlouvání, kdy se bude očkovat, kdy v této ordinaci měli rodiče největší prostor pro zapojení se do rozhodování.

Ve druhé ordinaci panoval největší řád a systém, což se odráželo i na největší snaze systematizovat a kooperovat aktivity pro mé pozorování. Doktorka se neustále snažila zlepšovat systém managementu ordinace – např. zaváděním technologií pro objednávání pacientů. Lékařka velmi často konejšila děti, chválila je a jejich vzhled, hladila je. Aktivně se snažila pomoc zabavovat děti, když na prohlídku přicházela (většinou) matka s více dětmi. O očkování byli rodiče informováni napříč prohlídkami. Pediatrička jim dávala při každém i nepovinném očkování podepsovat souhlas s očkovaním (nesouhlas rodiče podepisovali pouze u povinného očkování). Při podepisování souhlasu s výzkumem mi rodiče často říkali, že mají veškerá očkování, která jim doktorka doporučila, protože ji věří. Avšak často nevěděli, jaká očkování to jsou, přestože vždy podepsali souhlas s očkovaním. Doktorka se snažila minimálně u prvních dávek vysvětlovat, proti čemu očkují, a pokud měli rodiče otázky, pečlivě na ně odpovídala. Podobně jako nechávala čas na zodpovězení dotazů rodičů, věnovala svůj čas mně a vysvětlovala mi svůj přístup k lékařské praxi a oborovým debatám. Ve srovnání s ostatními ordinacemi probíhalo očkování nejčastěji na klíně rodičů, kdy rodiče pomáhali dítě držet a zároveň byli neustále u něj. Personál v ordinaci často hodnotil chování dětí jako spolupráci či nespoleupráci a vztahoval své hodnocení chování dětí k hodnocení výchově rodičů. Celkově se v přístupu ordinace mísila péče a autoritativnost.

Podle pediatričky se starší děti bojí a ptají se, zda to nebude bolet. Říká, že si myslí, že to není taková bolest, ale děti se hlavně bojí, jak vidí jehlu. Doktorka říká, že tohle je malá bolest (porovnává s náročnějšími vyšetřeními). „Já si myslím, že mají větší strach, než je to bolí. Jsou zákroky, které fakt bolí. Nemá smysl, aby je to zbytečně bolelo, třeba u zubaře. Tohle je jenom krátký a trochu nepříjemný. Uplácíme je bonbonem“. (...) „Někdy ty děti hodně vyvádí před očkovaním a když se jich zeptáte, zda to opravdu tak bolelo, tak ty 10 až 11 let

řeknou, že jasně, protože nechtějí přiznat, že zbytečně vyváděli, ale 5letý přiznají, že to tolik nebolelo, že se jenom báli“. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Pediatricka tématizovala míru bolesti a odvíjející se adekvátnosti strachu dětí (a jeho projevů), z čehož by se mohlo zdát, že očkování téměř nebolí. Přesto i ona tématizovala paměť na očkování u velmi malých dětí, která by mohla souviset s bolestí očkování, omlouvala se po očkování (např. 3leté pacientce slovy „už jdeme pryč (pozn.: s injekcí), promiň, promiň“ (terénní poznámky, O2. květen 2023) nebo upozorňovala na „vyčítavý pohled“ dítěte (3 měsíce) po očkování a následný pláč „Jak se kouknul na mě. Vím no“. (...) „Už mu tečou slzy“ povídá doktorka. (ibid.)). Domnívám se, že v tomto ohledu dělala doktorka rozdíly v závislosti na věku dětí, kdy u kojenců a batolat mohla být vnímaná míra bolesti větší než u větších dětí. Nejspíše i proto se v citacích výše odkazuje na konkrétní věkové kategorie dětí. Hodnocení míry bolesti a adekvátnosti projevů strachu koresponduje s častým zmiňováním tématu (ne)spolupráce v ordinaci a využíváním sladkého jako formy odměny a tišení.

Třetí ordinaci lékařka dávala rodičům k podpisu celkový souhlas s očkováním, přičemž pečlivě vysvětlovala všechny nemoci a nechávala rodičům prostor, aby si vše rozmysleli a přinesli zpátky podepsaný souhlas. Někdy také rodiče později nevěděli, proti jaké nemoci je daná vakcína a jaké je její schéma. V těchto případech jim doktorka zopakovala informace a doporučovala vyfotit si souhlas, aby pro příště věděli. Při očkování už tedy informovala především o možných projevech a reakcích těla na danou vakcínu. Informování o možných vakcínách a nemocech probíhalo záměrně v čekárně, protože lékařka se ráda doptávala čekajících matek na jejich zkušenosti, aby i z nich si mohli rodiče vytvořit obrázek o očkování a odnést si pocit důvěry. V ordinaci pracovaly naplno dvě sestry a ordinace měla nejdelsí pracovní dobu. Běžně pracovaly až dvanáct hodin. To se podepisovalo na zdravotním stavu a vyčerpání zdravotnic. V ordinaci bylo velmi rušno. Ordinace se skládala ze dvou místností (plus čekárny) a sestry se často věnovaly jedné rodině, zatímco lékařka vyšetřovala druhou. Management ordinace byl v rukách sester, které velmi nerady dělaly ústupky rodičům (např. nečekané spojování prohlídek několika sourozenců), aby dodržely velmi nabitý rozvrh. Doktorka však leckdy rodičům vyhověla bez ohledu na předchozí nesouhlas sester, což z jejich strany vyvolávalo značnou nevoli. Očkování častěji probíhalo na přebalovacím pultu, kde dítě

držela jedna sestra a doktorka. Ženy kladly velký důraz na to, aby následně rodič vzal dítě do náruče, aby dítě vědělo, že očkování skončilo a je v bezpečí. Doktorka se ve srovnání s ostatními lékaři nejvíce zaměřovala na vysvětlování vývoje dětí rodičům, včetně psychického vývoje. Zdůrazňovala tak například období, kdy dítě pláče, kdykoliv se k němu přiblíží někdo jiný než rodič nebo „imunitní okno“ (věk 4-7 měsíců), které je dobré využívat k seznamování se s alergeny. Pediatrička kladla velký důraz na vztah s pacienty a zapojovala nástroje (berušku, kostku mléka) k předcházení a tišení bolesti. Nejčastěji personál rodiče kritizoval za tzv. utvrzování a „prorocství nespolutpřáče“ (viz podkapitola 4.1.3).

Doktorka mi vypráví, jak se vždycky šíleně bála očkování a vysvětluje mi, že se snaží tedy zmírnit i strach u dětí. „Už kvůli tomu, že si můžete dovolit jim nabrat krev a naočkovat. Vědí, že to neděláte schválně, že jim úmyslně nezpůsobujete bolest, že to děláte z nějakého důvodu. Takže jim vždycky vysvětluju, o co jde. Blbý je, když třeba nespolutpřáče maminky a řeknou dětem – ona už ti nikdy nic zlého neudělá. Říkám, to ale děláte špatně, protože přijde na to očkování ještě mockrát. A já tady nejsem za tu zlou. Já se snažím vašemu dítěti prospět, ale když to budete takhle podávat, tak mě bude mít za tu zlou a bude ve mně spatřovat příčinu něčeho špatného, ale takhle to není. (...) Také jim (pozn.: rodičům) říkáme, aby jim nelhali, že to nebude bolet. (...) Já jim říkám – to není pravda, nějaká bolest bude, ale když je na to připravíte, budou to čekat“. (...) „Snažím se to udělat tak, abych jim nezpůsobovala zbytečnou bolest a abychom zůstali přátelé, co nejdéle to jde. Je důležitý, aby vám důvěřoval a pak ty starší děti s vámi spolupracují“. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

Doktorka při managementu bolesti očkování vycházela ze svých zkušeností a velmi intenzivního strachu z injekcí. I proto prý zavádí v ordinaci nástroje jako kostku mléka či berušku, aby pomáhala předcházet a tišit bolest dětí (viz dále). To vše spojovala s důležitostí vytváření si vztahu důvěry s pacienty.

Rozdíly a souvislosti mezi přímým managementem bolesti dítěte, management reakcí dítěte a managementem dětské bolesti zažívané dospělými jsou především patrné v jednotlivých krocích spojených s očkováním. Management bolesti (a reakcí na bolest)

zahrnuje přípravu dítěte na bolest, strategie předcházení bolesti při samotné aplikaci injekce (fixace těla dítěte, rychlost očkování, odvádění pozornosti), následné konejšení, tišení, chlácholení a odměňování. Do způsobů předcházení bolesti dítěte se zapojují rodiče i lékařský personál a zdravotníci / zdravotnice v jednotlivých ordinacích mohou při svých praxích klást důraz na jiné momenty, přístupy managementu.

Příprava

Protože se při očkování bolest očekává, děti i rodiče na ni bývají připravováni. Rodiče mohou dětem dopředu říkat o tom, že je čeká očkování, aby se společně o očkování mohli pobavit a dítě bylo připravenější. Někteří kladou na přípravu velký důraz, aby dítěti situaci co nejvíce usnadnili a limitovali jeho/její negativní vztah k očkování.

Když se po podepsání souhlasu vracím do ordinace, tak ještě slyším z čekárny, jak matka říká dítěti: „jsi připravený, na to?“, čímž nejspíše odkazuje na plánované očkování. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Po podepsání souhlasu se matka zase obrací na dítě „bude zase takový píchánek, ale bude to jenom chvilinka, jo? Zvládneme to.“. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

Matka mi vysvětluje, že se snaží dítě na očkování připravit, že mají takovou plastovou injekci a že ji naočkování bere synovi sebou. Syn má injekci jako hračku a ona to používá jako takové uklidnění, aby věděl, co ho čeká. Matka říká, že dneska na injekci zapomněla, ale že to nevádí, že dneska očkovat nebudou. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Dítě začíná být očividně nervózní z očkování a matka se vrací k předchozí debatě a říká dítěti: „Vždyť jsme si to říkali. To štípne a bude to dobrý“. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

Příprava zahrnuje debaty o očkování, kdy rodiče přiznávají dětem, že injekce může bolet, ale vysvětlují míru a krátkodobost bolesti. To nejspíše pomáhá i samotnému rodiči se s bolestivou situací vyrovnat. Opakovaně jsem se však setkávala se situacemi, kdy mi například rodiče před vyšetřením říkali, jak dítě na očkování připravují, ale že

dnes je očkování nečeká (jako například žena z citace mluvící o plastové injekci), aby následně po vstupu do ordinace zjistili, že očkování má být součástí prohlídky. To je samozřejmě opět dáno povahou očkování v ordinaci dětských praktických lékařů, kdy očkování je pouhou součástí různorodých úkonů a mezi aktéry může dojít ke zmatení či nedorozumění, zda očkování bude či nebude součástí další prohlídky.

„Neboj, to bude šup šup“ přesvědčuje matka plačící dítě, když ho chce položit na pult na prohlídku. „Dneska nebude žádný očkování“ chce matka dítě utiшит, avšak do toho vstoupí doktorka i sestra s tím, že očkování bude. Sestra pak hned uklidňuje matku, že to je však poslední. Doktorka říká, že to je ta živá vakcína na zarděnky a příušnice, že ta je povinná. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Doktor začne s tématem očkování hned u příchodu. kdy říká matce, že by mohli dát mladšímu dítěti nějaké očkování. Matka na to odpovídá: „no ale já jsem mu to nepovídala“. Doktor s žertem odpovídá „tak já mu to řeknu“. „No“, reaguje pouze matka. Chvilí očkování neřeší a věnují se jiným tématům. (...) Matka vysvětluje, že synovi před příchodem do ordinace říkala, že se nemusí bát, že nic nebude tak, aby mu něco nezatajila, že zatím syn zvládal očkování skvěle, tak aby to nezkazila. „Ty děti si vyskakují“ říká v žertu doktor. „No, já mu to vždycky vysvětluju předem, co se bude dít“ pokračuje matka a doktor říká, že to není problém, že dají termín na srpen. (terénní poznámky, O1, červen 2022)

Zda k očkování nakonec dojde či nikoliv, záleží na domluvě rodiče s lékařem, o jak důležité téma se pro rodiče jedná i jak otevření k posunutí očkování lékař je. U druhé citace je patrný stres matky z představy, že by měla nedodržet, co synovi slíbila a „zradit“ jej. Přestože lékař během diskuse žertuje, pro matku nemusí nadsázka jeho slov patrná a bylo na ní vidět, jak se snaží ustát svou pozici a vyjednat odklad. I v ordinaci, kde se očkování běžně posouvá, bylo pro rodiče leckdy náročné, když potřebovali domluvit odklad a zjevně se jim ulevilo, když doktor souhlasil. Přestože lékař v této ordinaci volil s rodiči většinou domluvu o očkování formou dialogu, kdy často nechával závěrečné rozhodnutí na rodiči, zda se bude očkovat během této či pozdější prohlídky („Záleží na vás.“, „Nechám to na vás“). I zde byla patrná pozice autority lékaře, kdy si

mohl prosadit některá svá rozhodnutí, přestože rodiče přicházeli s jinou představou (viz kojení u očkování v závěru podkapitoly *Dítě jako promítací objekt a bolest dospělých*). Přítomnost autority lékaře byla ovšem nejzřetelnější právě z určité nervozity rodičů, když chtěli vyjednat odklad očkování.

Aplikace

Každá ordinace měla svůj zavedený postup aplikace vakcíny. Injekce zpravidla připravovaly sestry, přičemž se často s lékaři opakovaně domlouvaly, že mají správnou injekci. Kojenci se ve všech ordinacích očkovali na přebalovacím pultu. Větší děti byly leckdy očkovány na klíně rodičů. Nejstarší pacienti dostávali injekci v sedě na lehátku či na židli. Personál ordinace rodičům dával pokyny, co a kdy během aplikace očkování mají dělat. Většinou se jednalo o instrukce, jak dítě fixovat a konejšit. Instrukce rodiče dostávali v různé míře podle zkušeností s danou situací. Některé věty se však v ordinaci opakovaly prakticky pokaždé, např. v jedné ordinaci instrukce zvednout dítě do náruče po aplikaci očkování. Injekci píchali samotní lékaři.

Kromě situace citované v předchozí části práce, kde matka smlouvala s lékařem možnost očkování během kojení, jsem se nesečkala s jinou formou vyjednávání samotného postupu aplikace vakcíny mezi zdravotníky a rodiči. Při aplikaci (a těsně před ní) dochází spíše k vyjednávání mezi dospělými a dětmi. Protože většina pozorování probíhala při prohlídkách velmi malých dětí, s vyjednáváním očkování s dětmi jsem se setkala méně, protože k němu dochází především u starších dětí (, než jsou batolata). K vyjednávání nicméně zcela jistě dochází. Následující terénní poznámka ilustruje očkování proti klíšťové encefalitidě kluka ve školním věku (6-9 let).

„Já ti všechno budu říkat, není se čeho bát“ říká doktorka dítěti. (...) „Poslouchej mě. Chvilku koukej. Když budeš spolupracovat, píchnu malinko, když podržíš tak to bolet nebude. Když se budeš prát, budu tě muset píchnout hluboko a bolet to bude. Máme tady takovou berušku. Ta chladí, chceš ji?“. Doktorka dítěti vše vysvětluje trpělivě, vyčkává s očkováním, avšak zní velice důrazně a celkem přísně. Ženy dávají dítěti chladící berušku na rameno, dítě sebou cuká a řve. „Až bude hezky vychlazené, tak začneme. Nepíchnu tě, než si neřekneme. Nikdo to nemá rád, ale je lepší nechat se jednou píchnout, než ležet v nemocnici a nechat do sebe píchat pořád. Poslouchej“. Dítě šíleně řve.

„Poslouchej, už jsme spolu zvládli tolik věcí, zvládneme i tohle“. Sestra říká dítěti, ať povolí sval, ať to tolik nebolí. Několikrát to opakuje a dítě řve. Poté všechny ženy (včetně matky) dítě drží a očkují. Jakmile skončí, říká doktorka dítěti „dál tam nejsem, jsem pryč, šikulka, šikulka. Dáme znova berušku? Aby krásně chladila a nebolelo to“. Dávají mu na rameno berušku. Dál doktorka pokračuje: „Ted' budeš mít na dlouho klid. Můžeš se smát klíš'atům, ale pozor na ně, ještě je tu borelióza“. (terénní poznámky, O3, květen 2022)

Zaznamenaná situace byla zcela jistě nejdelším vyjednáváním očkování s dítětem, které jsem během výzkumu pozorovala. S dítětem primárně vyjednávala samotná doktorka, takže přestože sestra s matkou na dítě také mluvily – především ve snaze dítě utiřit slovy jako „neboj“, „to bude dobrý“ – soustředila jsem své poznámky hlavně na slova doktorky. Ostatní zúčastněné ženy také nechávaly největší prostor pro vyjednávání doktorce.

Doktorka se při vyjednávání zaměřovala na vysvětlování a budování vztahu / důvěry. Formy vysvětlování zahrnují argumenty spojené s minimalizací bolesti – „Když budeš spolupracovat, píchnu malinko, když podržíš tak to bolet nebude.“ – a účelu očkování, který zároveň obsahuje argumenty o minimalizaci bolesti – „je lepší nechat se jednou píchnout, než ležet v nemocnici a nechat do sebe píchat pořád“. Při vyjednávání doktorka ujišťovala pacienta, že nebude píchat injekci, dokud mu neřekne, čímž se snažila posilovat vzájemnou důvěru, podobně využívala odkazování na společně vytvořený vztah a zvládnutí předchozích situací „už jsme spolu zvládli tolik věcí, zvládneme i tohle“. Specifickou kategorií je část argumentu „Nikdo to nemá rád“. Ten kombinuje přitakání, že očkování je nepříjemné, nepříjemnost očkování je konstatovaná jako fakt, který tak prostě je, a zároveň se skrze nepříjemnost vytváří prostor pro vzájemné porozumění a sdílení toho „nepříjemného životního faktu“. V neposlední řadě je vidět, že doktorka se snažila dítě chválit a nabízet možnosti tišení bolesti pomocí tzv. berušky. Beruška představuje zařízení, které pomocí vibrací má před (a při) očkování(m) odvádět pozornost dítěte od bolesti a po očkování nabízí tišení bolesti pomocí chlazení.

Poté sestra přinese berušku. Doktorka vysvětluje dítěti, co je beruška, že to je takový zlepšovák, který chladí a vibruje. Ptá se matky, zda si vzpomíná na

terapii mlíkem, že to byla kostka mlíka a třepala s ní. Matka si nevzpomíná. Doktorka vysvětlí principy berušky, že odvádí pozornost a potom říká matce, kde má berušku držet. (...) Když kluka naočkuje, ptá se ho, co říká na berušku a říká mu, že to zblbne hlavu a že mu teď nastaví masírovací mód a dává berušku přímo na vpich. To jsou zlepšováky“, komentuje to matka. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

Pak mi doktorka vysvětluje, jak se dá přehlušit vjem bolesti jiným vjemem – „přehlušíte bolestivý podnět“ – což je princip berušky. Doktorka vypráví, že dříve používali mraženou kostku mléka. Říká tomu „terapie mlíkem“. Dávala kostku na rameno a trásla jí rukou a říkala „třesu třesu bez, kdes byla má milá dnes“ a to podle doktorky odvede pozornost dětí. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

Přestože management bolesti pomocí berušky a kostky mléka byl specifický pro tuto ordinaci. Také v jiných ordinacích se personál snažil při managementu bolesti odvádět pozornost dětí např. pomocí zvonkohry. Někdy se o odvádění pozornosti dětí od injekce snažili také rodiče, když se jich například ptali a vyprávěli jim, co budou dělat posléze během dne.

Konejšení

Při aplikaci injekce nejaktivnější roli zastává personál ordinace. Při konejšení je prostor věnován především rodičům. Zdravotníci nechávají rodiče, aby děti konejšili objímáním a jsou to také rodiče, kdo v tento moment na dítě nejvíce mluví – např. přitakávají dítěti, že to bylo nepříjemné / bolestivé, chválení, uklidňují ho/ji, že už je konec. U konejšení se projevují různorodé formy komunikace, na které jsou v jednotlivých rodinách zvyklí včetně specifického žertování. Personál ordinace často děti také chválil, jak byly šikovné a statečné. Konejšení a chlácholení bývá nedílnou součástí očkování, jehož důležitost zdůrazňují a dávají najevo prakticky všichni zúčastnění dospělí.

Očkování probíhá na pultu vleže. Jsou u toho oba rodiče. Dítě po vpichu hned začíná plakat a doktorka říká „už tě máma zachrání“. Oba rodiče mu říkají, že už je to dobré. Otec dítě chová a tiší „ššš“. (terénní deník, O2, květen 2023)

Následně se ptám na bolest, jak se vyrovnávají s tím, že se děti bojí a že očkování bolí. Vidím, že sestra zpozorněla a poslouchá. Doktorka říká, že očkují hlavně malé děti do 2 let, že dítě brečí, ale že se snaží, aby bylo u maminky na klíně, aby byla matka poblíž. A aby se pak dítě hned obléklo a matka ho pak pochová, nakojí. (terénní deník, O2, červen 2023)

Odměňování

Někdy dospělí zůstávají u chválení dítěte jako formy odměňování, leckdy ovšem přidávají hmotné odměny. Odměna po očkování ve formě obrázku – omalovánky či samolepky – je pro mě v mých vzpomínkách na tolik zásadní, že se stala součástí názvu mé disertační práce ještě dávno předtím, než jsem vkročila do terénu ordinací. Při pozorování jsem zjistila, že hmotné odměny nebývají vždy součástí očkování. Zde se velmi výrazně projevují preference jednotlivých ordinací. V každé z ordinací děti mohly něco dostat. Jednalo se hlavně o obrázky, omalovánky, drobné hračky a sladké bonbóny. Přestože v každé ordinaci odměny byly, jenom v jedné z nich s nimi zdravotníci pracovali velmi systematicky a pravidelně, kdy děti dostávali odměnu po každém očkování a také v dalších případech. Odměny zde také například sloužily jako způsob, jak dítě zabavit, především pokud se jednalo o staršího sourozence vyšetřovaného dítěte.

Poté, co dítě naočkují, matka s doktorkou najednou říkají: “to je všechno, to je celý“. Poté dítě chválí, že neřekl ani slovo, že ani nepípl. Doktorka mu okamžitě nabízí bonbón. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Sestra se ptá dítěte, jestli chce obrázek. Dítě mlčí. Sestra pokračuje, ti dám obrázek a pan doktor tě vyšetří. (..) Sestra dává dítěti obrázek se slovy „a nebudeš se bát příště (říká to velmi mile)“. Matka „nebudeš že jo, že je to v pohodě. Doma si to vymaluješ“. Dítě kouká upřeně na obrázek. (terénní poznámky, O1, leden 2022)

Matka přemlouvá starší dceru, že za chvíli půjdou, že to ještě musí chvílku vydržet, že potom bude nanuk, ať je hodná holčička. Dodává, že přišli kvůli prohlídce bráchy. (...) Starší dcera pořád trošku kňourá na mámu a chytá se jí, načež lékařka dítěti podává krabici s drobnými hračkami z Kinder vajčeka a

říká jí: „na, ať se zabavíš“. Matka se snaží přimět dceru, aby poděkovala se slovy „jak se říká“. (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Drobné předměty mohou sloužit jako snaha udělat dítěti radost i během prohlídek, kdy nedochází k očkování, i zde se často tematizuje strach a dárek slouží jako motivace či odměna za překonání strachu. Rodiče mohou odměny také používat, většinou jako motivaci při vyjednávání ke spolupráci. Sem ostatně patří i slibování „nanuka“ v předchozím úryvku terénních poznámek.

Matka přemlouvá dítě k očkování a smlouvá s ním, co všechno dostane, když se nechá naočkovat. „Čím tě mám přemluvit?“ ptá se ho matka a dítě posléze říká, že by chtělo plyšáka. Domlouvají se tedy, že po očkování mu matka malého plyšáka koupí. Delší dobu debatují a pak to máma uzavírá se slovy: „něco koupíme a už to zvládneš bez scény. (terénní poznámky, O3, květen 2022)

Sestra vypráví historku, jak naočkovali dítě a dítě ani nemrklo. Otec mu říká „já ti říkám breč“ a dítě nic. Sestra dál vypráví, že pak otec řekl, že mu slíbil tablet, když nebude dělat scény a brečet. Dítě to vydrželo a jeli pro tablet. „Ten se bál. Bylo to vidět, ale vydržel to. Borec to byl. Strach v očích, úplně neuvěřitelný, ale ani se nehnul“. (terénní poznámky, O3, červen 2022)

V případech, kdy rodiče používají dárky jako motivaci při vyjednávání s dětmi, se je většinou snaží vést k určitému chování – „spolupráci“ – a předcházet tak chování jinému – projevům strachu, „scénám“, velkému pláči. Poslední citovaný úryvek ukazuje, že rodiče a děti umí být velmi kreativní a odhodlaní při těchto „vyjednávacích hrách“.

Odměny vystupují jako určitá forma daru, včetně jeho recipročního očekávání – formy závazku (srov. Mauss 1999). V případě, kdy rodiče používají odměny při vyjednávání před samotným očkováním, je závazek „spolupracovat“ ze strany dítěte výměnou za odměnu explicitně formulovaný (např. matka koupí plyšáka, ale už to dítě „zvládne bez scény“). V momentech, kdy dítěti není odměna dopředu přímo slibována, ale bývá běžná a mluví se o ní v jiných situacích („bonbóny jsou jenom pro hodné holčičky“) se

děti učí, za jaké chování dostanou odměnu, a tudíž také podmíněnost dostání/přijetí odměny jako formy závazku – výměny něčeho za něco.

Praxe managementu, které primárně cílí na dětskou fyzickou bolest, představují například fixaci dětského těla při očkování a používající tišících prostředků jako tzn. berušky nebo kostky mléka. Jak zmiňuje lékařka v citaci představující princip berušky, nástroj je zásadně spojený s odváděním pozornosti dítěte, přičemž využívá fyzické impulzy. Na odvádění pozornosti se soustředí také systém odměňování po očkování a slibování odměn před a při očkování. Odměny se snaží odvést především mentální pozornost a úzce souvisí s obecným předpokladem, že očkování může bolet a že děti dávají najevo svůj strach a bolest z očkování. V tomto ohledu odměny představují především management dětských reakcí na očkování a dětské projevy bolesti. Zároveň mohou sloužit k propojování paměti očkování s příjemnými momenty.

Praxe konejšení, kdy hlavně rodiče dostávají prostor na objímání, tišení, verbální chlácholení, kojení aj. dětí, znamenají komplexní strategii. Do jisté míry bývá tišena přímá bolest dítěte, rodičovi může pomoc konejšení vyrovnat se s vlastní bolestí, kterou může zažívat při bolesti dítěte, situaci mu / jí může částečně ulehčovat, že má nástroj, kterým může o dítě pečovat. Zároveň se jedná o důležitý prvek k managementu bolesti a jejího projevu pro zdravotníky, kteří se mohou ke konejšení rodičů přidat. Případně mohou zdravotníci konejšení nechat čistě v režii rodičů, kteří zde vystupují jako ti nejbližší dítěte a mohou mu / jí poskytnout největší pocit bezpečí, čímž se zdravotníci také mohou lépe vyrovnávat s potenciálně kolektivně nepříjemnou či bolestivou situací. V praxích zdravotníků je při managementu bolesti patrný rys rutiny. Každá z ordinací měla svůj rámcový scénář, jak očkování probíhá (s ohledem na věkové skupiny dětí). Zapojení rodičů či přenechání prostoru rodičů pro konejšení dětí může přispívat k „hladkému“ chodu prohlídky, kdy zaběhnuté rutiny pomáhají s náročným časovým harmonogramem ordinací.

Žertování zdravotníků a rodičů je strategií, která se orientuje především na bolest dospělých. U řady strategií však nelze říct, že by se aktéři orientovali pouze na bolest jednoho z nich. Management bolesti dětí, management bolesti dětí prožívané dospělými a management dětských projevů na bolest, které mívají souvislost s bolestivým prožitkem dospělých, jsou vzájemně propletené strategie. Především pokud jsou

prožitky všech zúčastněných vzájemně v souladu, lze odlišovat jednotlivé motivace velice těžko. V momentě, kdy se dostávají jednotlivé aspekty do konfliktu, bývají jednotlivé tendence očividnější.

K primárnímu konfliktu dochází v momentech, kdy dospělí vnímají dětskou reakci jako neadekvátní (nebo ji za takovou alespoň označují), kdy nejsou přesvědčeni o míře skutečné bolesti dítěte a kdy se dětského projevení diskomfortu dostává do konfliktu s potřebami dospělých – hladkým chodem ordinace a usnadňování práce zdravotníkům ze strany rodičů. Vliv, jak dospělí vyhodnocují situaci a reakce dětí jako adekvátní, je patrný na tematizování strachu a statečnosti, kdy statečnost znamená určité překonávání strachu.

Statečnost u dětí se cení. Když sestra popisovala příběh s dítětem, které za neprojevení strachu a bolesti dostalo tablet (viz citace výše), byl z ní cítit i po letech velký obdiv. Ten pramenil hlavně z toho, že dítě neprojevovalo strach, přestože se dle ní očividně neskutečně bálo. Následující dvě citace ukazují, že dospělí mají radost, když jsou děti statečné. Když dají děti najevo svůj strach v omezené míře a zároveň ho překonají – situaci absolvují, zvládnou.

Matka říká dítěti, že byla „taková statečná, vid““. Vesele dál mluví na dítě a hladí ji „super, super““. (terénní poznámky, O1, leden 2022)

Lékařka říká: „bál jsi se, ale zvládl jsi to, jsi šikovnej““. Dítě nepláče, ale stále se dívá na náplast na své ruce. Náplast je barevná s nějakými zvířátky. V ruce dítě drží hračku křečka. Lékařka říká dítěti, ať řekne křečkovi, že se bál, ale že to zvládl, že to bylo všechno dobrý (terénní poznámky, O2, květen 2022)

Radost dospělých ze „statečnosti“ dětí se projevuje především chválením dětí. Pokud naopak děti projevují velkou míru strachu, může například přijít vyjednávání nebo případně může být jejich chování neadekvátní třeba označením za „dělání scén“. Oba případy poukazují na nepříjemnost projevů strachu a bolesti dětmi pro dospělé. Dítěti způsobuje bolest očkování. Bojí se očkování. Dospělým působí bolest dětský pláč. Bojí se dětských projevů strachu, „nespolupráce“, „scén“, tudíž vyhodnocování

(ne)adekvátnosti dětského strachu a jeho projevů může být pro dospělé strategií, jak se s nepříjemnými pocity vyrovnávat.

Sestra mi říká, že ona má pocit, že to ty děti tolik nebolí. Má prý zkušenost z vlastního syna, který byl vždy o očkování značně „hysterický“, ale pak pochopil, že mu nic nepomůže. Sestra říká, že často ty děti pláčou dopředu nebo těsně po očkování a rychle se uklidní. (terénní poznámky, O3, květen 2022)

V ordinaci zvyšuje doktorka na dítě hlas „když se budeš kroutit, píchnu tě dvakrát, takhle jenom jednou. Všichni se bojí. To jenom štípne. To ti nepomůže“. Dítě šíleně řve. Poté se ozve chvála „krása, dobrý“. (...) Stále se ozývá dětský pláč a „bolí“ mezi vzlyky. „Už ne, už nebolí“ říká doktorka. (terénní poznámky, O3, květen 2022)

Přestože dospělí ponechávají prostor pro aktivní subjektivitu dětí (, aby projevovaly svůj strach a bolest,) o tom, co je adekvátní leckdy „rozhodují“ dospělí. Přestože v úryvku z terénního deníku dítě říká, že jej místo vpichu bolí, doktorka svými posledními slovy „rozhoduje“ o tom, že to nebolí. Při podobných úsudcích vychází dospělí ze svých žitých zkušeností – ze zkušeností svého těla a těla jiných (včetně dětských). Prostor pro uplatňování svých znalostí ze zkušeností získávají díky své mocensky silnější pozici, kterou mohou legitimizovat samotnou kombinací vyššího věku a odvozeného většího počtu zkušeností²⁴.

Autorita rodičů a zdravotníků, na základě které mohou rozhodovat o přítomnosti bolesti a vyhodnocovat adekvátnost dětských reakcí, bývá opřena o jiné pozice. Dospělí celkově sdílejí autoritu starších, kteří již podobné situace zažili. Zdravotníci se dále mohou opírat o expertní autoritu a zkušenosti s očkováním s řadou dětí. V momentech, kdy dospělí nevyhodnocují dětskou reakci jako přiměřenou, navíc bývá očividnější zohledňování hierarchií v ordinaci (především ze strany rodičů). Rodiče se tedy mohou

²⁴ Děti, které neprojevovaly strachy a ani bolest po očkování, byly při mém pozorování výjimkou. Z překvapených a udivených reakcí ostatních dospělých usuzuji, že i pro ně se jednalo o neočekávaný moment. Přestože dospělí většinou o statečnosti mluvili v kontextu překování strachu, i v momentech, kdy děti strach ani bolest v podstatě neprojevovaly, je chválili podobným způsobem.

například soustředit na disciplinaci dětských projevů diskomfortu, aby demonstrovali své výchovné kompetence a (pro dlouhodobé udržení dobrých vztahů) dali najevo snahu ulehčit prohlídku personálu ordinace, svou „spolupráci“ a snahu „udělat radost“ zdravotníkům.

Management bolesti lékařů / lékařek a sester se může lišit podle konkrétního rozdělení činností a přístupů k pacientům v jednotlivých ordinacích. Obecně lze říci, že rozdílná pozice může být dána například tím, kdo vpichuje injekci (viz další kapitola). Sestry většinou byly v ordinacích hlavními manažerkami chodu ordinace (z pohledu administrativy a harmonogramu prohlídek). U všech sester jsem vnímala určitý „tlak“ pramenící z orientace na plynulé stíhání harmonogramu prohlídek. Například opakované pochvalování sestry z první ordinace, že při mé přítomnosti se matky nezdržují tolik povídáním s lékařem (viz představení ordinací v kapitole *Metodologie a příběh výzkumu*), naznačovalo její průběžné sledování, jak dlouho probíhají prohlídky a jestli se ordinace nedostává do časového skluzu.

4.3 Diskuse: bolest, dynamika aktérských vztahů a kolektivy těl

Všichni aktéři se k sobě v ordinacích vzájemně se vztahují a ovlivňují se (i ve vztahu prožívání bolesti). V každé situaci v ordinacích vzniká spleť sítí vztahů mezi dítětem (dětmi), rodiči, lékaři, sestrami (a výzkumníci). V této podkapitole zaměřuji pozornost na vztahy dítěte-rodiče a dítěte-zdravotníků s ohledem na prožívání (dětské) bolesti a vztahy rodičů-zdravotníků s ohledem na dětské projevování bolesti.

Vztah dítěte a rodičů pochopitelně překračuje hranice ordinace. Situace v ordinaci jsou pouze malým výsekem toho, co společně prožívají. Situace v ordinaci je specifická, neboť se dítě leckdy může cítit nepříjemně, zažívat bolest, bát se. Rodiče se většinou snaží vytvořit dítěti pozitivní vztah k ordinaci a zdravotníkům, přestože čas v ordinaci nemusí být vždy strávený příjemně. Udržet si dobré vztahy se zdravotníky. Zároveň se snaží rodiče posílit jejich vzájemný vztah s dítětem a nezradit důvěru, kterou budují i za dveřmi ordinace.

Pediatr říká, že dnes „dostane včeličku“. (...) Pediatr začíná dítě vyšetřovat a dítě (8 měsíců) šíleně brečí. „Asi tuší, co se děje“ říká pediatr. (...) Dítě je na chvíli v klidu a pak při otáčení pediatrem začne opět plakat. Matka utěšuje různými zdrobnělinami jména. (...) Po skončení vyšetření dítě stále pláče. Matka ji uklidňuje: „mamka je tady, nic se neděje“. Matka s pediatrem ještě řeší nějaké otázky a sestra chystá injekci. Dítě stále pláče. Matka se znovu obrací na dceru a říká „sem jezdíme rádi přece“. (...) Dítě se úplně třepce brekem. Sestra jej posouvá a připravuje na pultu. Rozehrávají zvonkohru nad pultem, dítě si ji všimne a na vteřinu přestane s pláčem. Pediatr odpočívá „raz, dva, tři“, matka se snaží rozptýlit dítě otázkou „kdo na nás čeká doma (podáno mateřským milujícím a hravým hlasem)“ a pediatr aplikuje vakcínu. „A je to“ říká doktor. Dítě šíleně brečí. (terénní poznámky, O1, únor 2022)

Úryvek z terénních poznámek se zaměřuje na reakce matky při očkování dcery. Je vidět, jak dceru utěšuje zdrobnělinami, upozorňováním na svou přítomnost „mamka je tady“, která značí bezpečí „nic se neděje“, jak se snaží odvádět pozornost „kdo nás čeká doma“ a snaží se upozornit na pozitivní vztah rodiny k ordinaci „sem jezdíme rádi přece“ (nejspíše také s ohledem na zdravotníky a jejich „potěšení“). Aktivita matky

celkově ukazuje dítěti, že v ní má oporu. Být pro děti oporou a poskytnout jim pocit bezpečí jsou hlavní způsoby, jak se rodiče snaží nezradit jejich důvěru. I proto je dopředu připravují na případné nepříjemnosti a bolest a může pro rodiče být náročné, pokud dítěti slíbí, že dnes se očkovat nebude a lékař by stejně očkovat měl²⁵.

Přestože do rovnice vztahu s pacientem musí zahrnovat i jeho/její rodiče, kteří ostatně bývají ti první (a primární), s kým má lékař kontakt a s kým prvotně řeší péči o pacienta/pacientku, vytváření důvěry mezi lékaři a dětmi je klíčovým aspektem praxí ordinací. Děni během preventivních prohlídek a společné vytváření vztahu pak může mimo jiné oběma stranám pomáhat lépe zvládat náročnější vyšetření a případné čelení závažnějším onemocněním.

Lékař se s dětmi většinou setkává pouze v ordinaci, kde se pro děti mohou odehrávat nepříjemné situace. Navíc to bývá právě lékař, kdo přímo dítěti aplikuje („píchá“) injekci – způsobuje bolest. Nejenom prostředí ordinace si tedy může dítě spojovat s bolestí, ale také samotnou osobu lékaře/lékařky.

Sestra rozeznívá zvonkohru a říká dítěti „já jsem ti to nepíchala“ – asi se na ní dívá podezřívavě / vyděšeně (nevidím na pult). Rodiče se smějí. (O1, terénní poznámky, leden 2022)

Dítě se směje. „To je radosti a my vás píchneme. No to je hrozný“ říká doktorka. (O2, terénní poznámky, květen 2022)

Sestra říká, že dítě je takové veselé. Opravdu se se zájmem a obrovským úsměvem dívá po ordinaci. „Dvakrát jsme očkovali a pořád se na mě usmívá“ povídá sestra. (O1, terénní poznámky, leden 2022)

²⁵ Ve svých nepublikovaných manuskriptech vycházejících z projektu VAX-TRUST Dino Numerato a Jaroslava Hasmanová Marhánková argumentují, že přestože existuje velký korpus literatury zabývající se důvěrou v očkování jako technologii (většinou ze strany rodičů či medicínských pracovníků) důvěře ze strany zdravotníků v rodiče či mezi rodiči a dětmi (v kontextu lékařských zařízení a prohlídek) pozornost zatím věnována prakticky nebyla. Děni v ordinaci však ovlivňuje důvěra mezi všemi zúčastněnými aktéry.

Lékařský personál často žertoval, že oni (či někdo z nich) jsou původci bolesti. Žertování a přímé mluvení o vztahu pacient-lékař ve svém výzkumu pozorovala i Beth Elverdam, která uvádí, že podobné přímé komentování vztahu pacient-lékař ze strany pediatrů se odehrávalo hlavně v situacích zahrnující očkování (Elverdam 2011). Součástí této verbalizace je nechávání prostor pro „dětské výčitky“.

Doktorka začíná očkovat se slovy „neboj, kočička“. Dítě pláče. Sestra říká „jsi šikulka, jsi šikovnej“. (...) Otec drží po očkování dítě v náručí a říká, že „už je dobrej“. Doktorka se obrací na dítě „postěžuj si, že to tady bylo takový divný. (O2, terénní poznámky, květen 2022)

Když odchází, matka se ptá dcery, zda řekne paní doktorce pápá. Doktorka odpovídá „řekni ne, píchala mě“. (O3, terénní poznámky, květen 2022)

Dítě si bere matka a ptá se ho „už dobrý?“. Doktorka to ještě komentuje „tak jsme mu něco dělali no“. (O2, terénní poznámky, květen 2022)

Do jisté míry se určitě jedná o nadsázku, která ovšem zahrnuje způsoby, jak se mohou zdravotníci vyrovnávat s tím, že jejich aktivita působí dětem bolest. Jedna z lékařek dávala najevo jasnou hranici, kdy s bolestí už nechtěla být spojována, přestože v citaci jejích slov zmíněné výše (v předchozí kapitole v části představující jednotlivé ordinace) je vidět, že i ona někdy s dětmi (rodiči) žertovala o výčitkách kvůli píchání injekce. Hranicí pro ni bylo, když ji rodiče (nejspíše asi u větších dětí) spojovali s tím zlým (bolestivým), kdy by doktorka mohla být „za tu zlou“ a mohlo by to narušit její vztah s dítětem.

Doktorka spojovala přátelství a důvěru s dítětem s aspektem spolupráce, který usnadňuje prohlídky. Budování vztahu lékaře s pacientem / dítětem však může mít pochopitelně dalekosáhlejší dopad např. na obecnou socializaci dítěte ve vztahu k institucím a (nejenom) lékařským autoritám, zrovna tak jako zkušenost s medicínskými institucemi může ovlivnit vztah k očkování. Vytváření důvěry a vztahu mezi dětmi a zdravotníky opět upozorňuje na významnost komunikace pediatrů s dětmi, protože, jak uvádí ve své práci Kiek Tates a Ludwien Meeuwesen, v literatuře bylo „opakovaně prokázáno, že větší množství přímé komunikace mezi pediatrem a dítětem

se podílí na zlepšování jejich vztahu ve smyslu spokojenosti s péčí, dodržování léčby a k lepším výsledkům v oblasti zdraví (2001: 839).

Jak již bylo zmíněno v přechozích částech kapitoly, v rámci situací v ordinaci zaujímá dětské tělo centrální pozici, avšak jeho postavení a prostor, který se dostává jeho/jejímu sebeprojevení, bývají zásadně určovány dospělými aktéry. Veškeré dění v ordinaci a vztahy dospělých s dětmi se odehrávají s ohledem na sítě vztahů mezi dospělými a hierarchiemi přítomnými mezi nimi. Tendence zohledňování dlouhodobých dobrých vztahů mezi rodiči a zdravotníky bývá při dění v ordinaci všudypřítomná. Orientace rodičů či zdravotníků na jiné dospělé aktéry bývá především patrná v momentech, kdy není z jejich strany vyhodnocená reakce dětí jako adekvátní – kdy se dětská aktivní subjektivita nepotkává s promítnutími dospělých – a dospělí se tedy spíše na management samotné bolesti spíše mohou zaměřovat na management dětských projevů bolesti, což většinou dělají právě s ohledem na jiné dospělé a dynamiky vztahů mezi nimi.

Perspektiva uvažující nad zúčastněnými aktéry jako kolektivem těl nám umožňuje zdůrazňovat jejich vzájemnou tělesnou propustnost a způsoby, jak sdílená či nesdílená prožívána bolest může zapadat do celkových vztahů / kontextu a formovat jednání aktérů. Prožívání bolesti se skrze tělesnou propustnost stává klíčovým faktorem pro vzniklý kolektiv těl v ordinaci. Kolektivně prožívaná bolest má potenciál propojovat všechna zúčastněná těla napříč vznikajícími hierarchiemi a pozicemi, které udávají kontext vzniklým situacím. Fenomenologický přístup soustředící se na prožitky zdůrazňuje tělesný aspekt a jeho souvislost s jednáním aktérům (srov. Merleau-Ponty 2013). Nejedná se pouze o kognitivní, mentální motivace, které by ovlivňovaly rozhodnutí jednotlivců. Pokud bychom se zaměřili pouze na otázky hierarchií mezi aktéry, způsoby disciplinace, snah udržování dlouhodobých vztahů či vzájemné (ne)důvěry či její absence mezi aktéry (srov. Nurmi, Jaakola 2023), mohlo by nám uniknout, na kolik jsou konkrétní očkovací strategie ovlivněny prvkem bolesti a způsoby, jak aktéři (ne)sdílejí její prožívání.

Způsoby, jak dospělí prožívají či neprožívají bolest dětského těla, jsou klíčovým faktorem dění v ordinaci. Dospělí ze své mocensky silnější pozice jsou těmi, kteří mohou dávat prostor pro aktivní subjektivitu dětí a pomáhají tak udávat její povahu v

dané situaci. Zároveň svými vlastními prožitky promítnutými na dětská těla a žitá skrze kolektivně prožívané tělesnosti mohou ovlivňovat strategie vztahující se k dětským tělům a případně přímo „rozhodovat“ o neexistenci dětské bolesti a neadekvátnosti jejich projevů diskomfortu. Na kolik dávají dospělí prostor pro dětské prožívání bolesti, přiznávají legitimitu dětské bolesti a jejich strategie managementu bolesti jsou v souladu s potenciálním prožíváním bolesti všech zúčastněných, utváří podobu očkovacích praxí i vznikajících kolektivů těl.

Závěr: Kolektivy těl, paměť, bolest a očkování

Ve své práci jsem se prostřednictvím zdůraznění role těl a tělesností snažila nabídnout přístup k výzkumu očkování odklánějící se od očkovacích debat, voleb a rozhodnutí. Konkrétně jsem se zaměřila na způsoby, jak se aktéři vztahují k očkování prostřednictvím práce s pamětí a bolestí a snažila jsem se identifikovat kolektivy těl, které se v jejich výpovědích a interakcích objevují. Skrze koncept paměti jsem propojovala různorodé roviny očkování objevující se ve výpovědích aktérů. Paměť chápu jako ukotvenou v těle, sídlící v těle. Tělesná propustnost dává vzniknout kolektivům těl spojených s pamětí a jejími formami (bio-imunní, sociálně-kolektivní a paměti žitých zkušeností). Tři formy paměti souvisejí s různorodými aspekty očkování. Formy paměti jsou silně provázané. Ke spojení výpovědí aktérů s jednotlivými formami paměti jsem docházela na základě analýzy způsobů aktérské práce s pamětí.

Bio-imunní paměť se soustředí na fyzické procesy těl, přičemž v kontextu očkování bývá aktéry zdůrazňována především paměť spojená s imunitou. Aktéři při práci s bio-imunní pamětí zdůrazňují její časovou nestálost, která se odráží také ve způsobech, jak se aktéři vztahují ke kolektivům těl spojených s bio-imunní pamětí. Sociálně-kolektivní paměť zahrnuje příběhy o minulosti a minulých praxích, které si aktéři vypráví s ohledem na implikace pro praxe současné či budoucí. Záměr vyprávění paměti soustředící se na implikace pro očkovací praxe může často také ovlivňovat, jakých kolektivů těl se aktéři skrze své vyprávění stávají součástí a vůči jakým kolektivům se vymezují. Při práci s pamětí žitých zkušeností aktéři orientují spojení vnímání očkování s prožíváním konkrétních situací, osobních i sdílených zkušeností, bolesti a emocí. Stejně jako při práci s touto pamětí také při vztahování se ke kolektivům těl s pamětí spojených aktéři projevují svou proaktivnost a selektivnost vůči tomu, jaké zážitky a jakými způsoby se odráží na jejich vnímání očkování. Zaměření na paměť, její formy a související kolektivy těl nám umožňuje propojovat různorodá vnímání očkování a tělesností spojených s očkováním.

V ordinacích dětských lékařů a lékařek se konfigurace setkávajících těl utváří ve vztahu k dětskému tělu a způsoby, jak dospělí k přistupují k dětskému aktérství a jak na dětské tělo promítají své vlastní prožitky a zkušenosti, čímž formují vzniklý kolektiv těl či kolektivy těl jedinečné pro danou situaci. Těla setkávající se v ordinacích se soustředí

okolo dětského těla a na dětské tělo jako středobod, který dal na prvním místě dané situaci vzniknout. To ovšem neznamená, že vždy vzniká prostor pro vnímání dítěte jako aktivního subjektu.

Můj výzkumný přístup do jisté míry kopíruje jednání dospělých, kteří leckdy nevytváří podmínky pro projevení aktérství dítěte na symetrické úrovni k jejich vlastnímu aktérství. Má výzkumná rozhodnutí vycházející ze zatížení pozice dospělého mě přivedla ke kritickému pohledu na asymetrickou pozici dětí v pediatrických praxích a vytvoření označení promítající objekt pro dětská těla, který je mým výchozím bodem pro pochopení, jakým způsobem se těla v ordinacích setkávají a jaké kolektivy vytváří. Promítací objekt zdůrazňuje centralitu dětského těla, vzájemné propojení aktérů v dané situaci (vytvářející kolektiv těl) a asymetrii mezi dospělými a dětskými aktéry. Jednání dospělých může být zásadně ovlivněno vlastním prožíváním a tělesnými zážitky vznikajícími i díky tělesné propustnosti. Dospělí mohou také své jednání orientovat na ostatní přítomné dospělé aktéry (mimo jiné ohledem na dlouhodobé vztahy).

Kolektivy těl neustále vznikají – nabývají své podoby – skrze praxe, procesualnost a díky propustné povaze těl, která umožňuje, aby těla skrze kontakt s okolím neustále utvářela. Stejně jako samotná těla zahrnují různé úrovně (fyzické, sociální, symbolické, emocionální aj.) jejich kolektivy také nesou mnohočetné významy. Různorodost kolektivů těl je v disertační práci například vyjádřena ve spojení s formami paměti. Aktéři se ke kolektivům těl mohou vztahovat díky obrazům, porozuměním a fyzické přítomnosti. Při fyzickém setkávání těl vznikají kolektivy těl nejenom na základě biologických tělesných procesů (např. ve spojení s imunitou), ale také s dalšími způsoby (sdíleného) prožívání tělesnosti. Těla setkávající se v ordinaci tak například vytvářejí kolektivy s ohledem na (ne)sdílené prožívání bolesti spojené s výkonem očkování.

Zaměření výzkumného přístupu na tělo a tělesnost ukazuje situovanost samotného očkování, jeho utváření skrze praxe a jeho mnohočetné podoby (vztahující se mimo jiné k formám paměti). Zažívání očkování a žité zkušenosti s ním spojené utváří způsoby jeho vnímání, kdy při současných praxích prostřednictvím promítání prožívání očkování dospělými vznikají kolektivy těl budoucích dospělých a jejich imaginace očkování.

Přístup orientovaný na tělo a tělesnost přináší depolarizační potenciál pro výzkum očkování. Jeho důležitým rysem je hledání spojitostí mezi aktéry bez ohledu na jejich názory a pozice. Aktérská stanoviska a návazná představa polarizované debaty mohou být při výzkumu zaměřeném na aktérské postoje naopak posilovány (srov. Blume 2006; Reich 2014; Estep, Greenberg 2020). Přestože například prostřednictvím přesunutí pozornosti na váhání o očkování (např. MacDonald 2015; Peretti-Watel et al. 2019; Marhánková, Kotherová, Numerato 2024) a důvěru očkování (např. Brownlie, Howson 2015; Nurmi, Jaakola 2023; Vuolanto et al. 2024) se již výzkum od představy dvou jasně vymezených názorových skupin odvrací, výzkumná perspektiva zaměřená na těla a tělesnost nám může pomoci jít při těchto snahách ještě o kus dále. V první řadě se perspektiva těl zaměřuje na zachycení různorodých rovin vnímání očkování. Dále skrze přímé soustředění se na tělesnost jako prožívání s ohledem na těla a tělesnou propustnost zdůrazňuje sdílené zkušenosti a zážitky mezi aktéry a jejich promítnutí do vnímání očkování. V neposlední řadě v návaznosti na tělesnou propustnost může při zdůraznění kolektivů těl nacházet další spojující sklony, přestože přináležení ke kolektivu s sebou leckdy přináší také určitý vymezující se charakter vůči jiným kolektivům. Díky tomu, že se aktéři neustále stávají součástí řady kolektivů těl, přechody a hranice mezi nimi mohou být fluidnější než u identit vystavených na deklaraci názorů a konkrétních rozhodnutí a nabízejí větší různorodost, kterou nelze jednoznačně škálovat dvěma polaritami.

Předchozí výzkum upozorňuje na interakční charakter důvěry mezi aktéry (např. Boas, Rosenthal, Davidovitch 2016; Vuolanto et al. 2024). Právě interakční charakter a situovanost důvěry poukazují na přesah budování důvěry za kognitivní, mentální procesy. Například Hagai Boas, Anat Rosenthal a Nadav Davidovitch (2016) ve své práci ukazují na význam dlouhodobých vztahů zdravotníků s rodinami, jejich letitých závazků vůči komunitě a „přímého kontaktu s rodinami v 'terénu'“ (p. 5-8). Domnívám se, že autory identifikovaný vliv zdravotníků vycházející z dlouhodobých vztahů s rodinami je dán také sdíleným tělesným prožíváním a vztahováním se, ke kterému dochází právě díky přímému kontaktu při lékařských praxích.

Ostatně procesy ztracení důvěry mohou být také spojené s tělesným prožíváním. Jak například popisují v části věnující se paměti žitých zkušeností, zážitky spojené s reakcí lékařů na zdravotní stav dětí po očkování mohou být pro rodiče klíčovými momenty pro

vznik nedůvěry vůči zdravotníkům i očkování (srov. Jaroslava Hasmanová Marhánková 2014). Prvky tělesnosti lze zachytit také ve výzkumu Johanny Nurmi a Joniho Jaakola (2023) a v jejich čtyřech narativech ztráty důvěry, kde to často také bývají konkrétní zkušenosti, které se pro participanty stávají bodem zlomu v jejich důvěře v očkování. Autoři těchto výzkumů se bohužel tělům a tělesnostem explicitně ve svých pracích nevěnují a jejich souvislosti s aktérským vnímáním očkováním tak zůstávají pouze naznačeny. Domnívám se, že systematická práce s aspektem tělesného prožívání by mohla být pro budoucí výzkum důvěry očkování obzvláště přínosná a mohla by dát procesy budování a ztráty důvěry do dalších souvislostí.

Snahou mé práce bylo navázat na předchozí výzkum očkování a nabídnout přístup nesoustředící se na očkovací debaty, postoje k očkování a rozhodování o očkování. Způsoby, jak se aktéři vztahují ke svým tělům a tělesnostem, jak v kontextu očkování pracují s pamětí, jak se stávají součástí kolektivů těl a jak se vymezují vůči jiným kolektivům těl, zásadně souvisejí s jejich vnímáním očkování a rozhodnutími, která s ohledem na očkování činí. Na jednu stranu jejich očkovací postoje vychází z jejich přístupů k tělům, paměti a kolektivům těl, na stranu druhou tyto přístupy formují jejich očkovací postoje. Budoucí výzkum by mohl využít přístup zaměřený na těla, kolektivy těl a tělesnost a propojit jej s výzkumem o očkovacích debatách, rozhodování a volbách očkovacích praxích.

Summary

In my thesis, I try to offer an approach to vaccination research that departs from vaccination debates and decisions by emphasising the role of bodies and embodiment. Specifically, I focus on the ways how actors relate to vaccination through their memory work and their experiencing pain. I identify collectives of bodies that appear in actors' narratives and interactions. With the concept of memory, I link the different aspects of vaccination described by the actors and identify three forms of memory (bio-immune, social-collective and memory of lived experience).

Bio-immune memory refers to the body's physical memory, gained to protect itself from diseases. Actors working with bio-immune memory emphasise its temporal impermanence, which is also reflected in the way actors relate to the collectives of bodies associated with bio-immune memory. Social-collective memory focuses on socially shared narratives about diseases and vaccination in the past that actors tell regarding the implications for current or future practices. Through narratives they become part of certain collectives of bodies and could distance themselves from another collectives. Their attitudes towards current vaccination practices may shape their interests in their association with certain collectives. The memory of lived experience refers to feelings, embodied knowledge and pain. While working with this form of memory, actors could show some level of selectiveness towards which experience and collectives of bodies they would become affected.

The bodies meeting in paediatric practices are brought to the clinic by the child's body and they are centred around the child's body. However, this does not mean that the child is always seen as an active subject. To some extent, my research approach replicates the approach of adults who often do not create the conditions for the child's agency to manifest on a level symmetrical to their own agency. While this is certainly a limitation of my work, it is perhaps also a possible advantage in that it offers the potential to examine and explore the resulting configuration of bodies. Certainly, research decisions based on my adult position have led me to look critically at the position of children in paediatric practices and to create a term object of projection to describe child's body. The term is my starting point for understanding how bodies come together in practices and the collectives they form.

The ways in which actors relate to their bodies, how they work with memory in relation to vaccination, how they become part of collectives of bodies and how they define themselves in relation to collectives of bodies are fundamentally related to their perceptions of vaccination and the decisions they make about vaccination. On the one hand, their attitudes towards vaccination are based on their embodiment, memory work and the collectives of bodies that they relate to. On the other hand, their embodiment, memory work and belonging to the collective of bodies shape their attitudes towards vaccination. Future research could apply the body-centred approach on the research focusing on vaccination debates and help explain the relation of vaccination decision-making processes and actors' bodily experiences.

Použitá literatura

Assman, A. (2010). Re-framing memory: Between individual and collective forms of constructing the past. In Tilmans, K., van Vree, F., & Winter, J. M. (Eds.). (2010). *Performing the past: memory, history, and identity in modern Europe*. Amsterdam University Press.

Bazylevych, M. (2011). Vaccination campaigns in postsocialist Ukraine: Health care providers navigating uncertainty. *Medical anthropology quarterly*, 25(4), 436-456.

Berliner, D. (2005). Social Thought & Commentary: The Abuses of Memory: Reflections on the Memory Boom in Anthropology. *Anthropological quarterly*, 78(1), 197-211.

Blume, S. (2006). Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social science & medicine*, 62(3), 628-642.

Boas, H., Rosenthal, A., & Davidovitch, N. (2016). Between individualism and social solidarity in vaccination policy: the case of the 2013 OPV campaign in Israel. *Israel journal of health policy research*, 5, 1-10.

Brownlie, J., & Howson, A. (2005). 'Leaps of faith' and MMR: an empirical study of trust. *Sociology*, 39(2), 221-239.

Bussink-Voorend, D., Hautvast, J. L., Vandeberg, L., Visser, O., & Hulscher, M. E. (2022). A systematic literature review to clarify the concept of vaccine hesitancy. *Nature Human Behaviour*, 6(12), 1634-1648.

Capurro, G., Greenberg, J., Dubé, E., & Driedger, M. (2018). Measles, moral regulation and the social construction of risk: media narratives of "anti-vaxxers" and the 2015 Disneyland outbreak. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 43(1), 25-47.

Carey, M. (2017). *Mistrust: An ethnographic theory*. Hau Books.

Carpiano, R. M., & Fitz, N. S. (2017). Public attitudes toward child undervaccination: a randomized experiment on evaluations, stigmatizing orientations, and support for policies. *Social science & medicine*, *185*, 127-136.

Carrion, M. L. 2018. “You Need to Do Your Research”: Vaccines, Contestable Science, and Maternal Epistemology. *Public Understanding of Science*, *27*(3): 310–324.

Connerton, P. 1989. *How societies remember*. Cambridge: Cambridge University Press.

Day, S., Coombes, R. C., McGrath-Lone, L., Schoenborn, C., & Ward, H. (2017). Stratified, precision or personalised medicine? Cancer services in the ‘real world’ of a London hospital. *Sociology of Health & Illness*, *39*(1), 143-158.

Divíšek, T., & Numerato, D. (2024). Leaky bodies, vaccination and three layers of memory: bio-immune, social-collective and lived experience. *Health Sociology Review*, 73-88.

Douglas, M. (2004). *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Routledge.

Dubé, È., Ward, J. K., Verger, P., & MacDonald, N. E. (2021). Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for public health. *Annu Rev Public Health*, *42*(1), 175-91.

Duden, B. (1991). *The woman beneath the skin: A doctor's patients in eighteenth-century Germany*. Harvard University Press.

Eli, K. (2016). ‘The body remembers’: narrating embodied reconciliations of eating disorder and recovery. *Anthropology & Medicine*, *23*(1), 71-85.

Elverdam, B. (2011). It is only a pinprick’–(or is it?)–childhood vaccinations in general practice as ‘matter out of place. *Anthropology & medicine*, *18*(3), 339-350.

Estep, K., & Greenberg, P. (2020). Opting out: individualism and vaccine refusal in pockets of socioeconomic homogeneity. *American Sociological Review*, 85(6), 957-991.

Fassin, D. (2008). The embodied past. From paranoid style to politics of memory in South Africa. *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 16(3), 312-328.

Filakovska Bobakova, D., & Dankulinova Veselska, Z. (2023). A participatory approach to increase HPV vaccination in marginalized Roma communities in Slovakia. *European Journal of Public Health*, 33(Supplement_2), ckad160-489.

Foucault, M. (2006). *Je třeba bránit společnost*. Filosofia.

Foucault, M. (2010). *Zrození kliniky*. Pavel Mervart.

Harris, D. F. (1915). Edward Jenner and vaccination. *The Scientific Monthly*, 1(1), 66-85.

Halbwachs, M. (1980). *The Collective Memory*. Translated by Francis J. Ditter, Jr. and Vida Yazdi Ditter. New York: Harper Row.

Hammond, K. (2018). The Role of Normative Ideologies of Motherhood in Intended Mothers' Experiences of Egg Donation in Canada. *Anthropology and Medicine*, 25(3): 265–279.

Harrison, M., Lancaster, K., & Rhodes, T. (2022). “A matter of time”: Evidence-making temporalities of vaccine development in the COVID-19 media landscape. *Time & Society*, 31(1), 132-154.

Hasmanová Marhánková, J. (2014). Postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí: případová studie krize důvěry v biomedicínské vědění. *Sociologický časopis*, 50(2): 163–187.

Hasmanová, Marhánková J. (2017) Resisting Mandatory Vaccination in the Czech Republic. In Fábíán, K., & Korolczuk, E. (Eds.). (2017). *Rebellious Parents: Parental Movements in Central-Eastern Europe and Russia*. Indiana University Press.

Hasmanová Marhánková, J., & Skálová, J. (2016). Kritika povinného očkování v ČR: charakteristiky rodičů a diskurzivní rámce, které využívají. *Naše společnost*, 14(1): 3–13.

Hilário, A. P., Scavarda, A., Numerato, D., Mendonça, J., Cardano, M., Marhankova, J., Gariglio, L., Vuolanto, P., Anderson, A., Auvinen, P., Bracke, P., Douglass, T., Hobson-West, P., Lermytte, E., Polak, P., & Rudek, T. (2023). Recruiting a hard-to-reach, hidden and vulnerable population: the methodological and practical pitfalls of researching vaccine-hesitant parents. *Qualitative Health Research*, 10497323231196439.

Hobson-West, P. (2007). 'Trusting blindly can be the biggest risk of all': organised resistance to childhood vaccination in the UK. *Sociology of health & illness*, 29(2), 198–215.

Hodgkin, K., & Radstone, S. (2003). *Contested Pasts: The Politics of Memory*. London: Routledge.

Chlíbek, R., Prymula, R., Smetana, J., Špliňo, M. (2010). *Očkování. Význam a výhody*. Praha: Česká vakcinologická společnost, ČLS JEP.

Jarkovská, L. (2009). Školní třída pod genderovou lupou. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 45(04), 727–752.

Kansteiner, W. (2002). Finding Meaning in Memory: A Methodological Critique of Collective Memory Studies. *History and Theory*, 41(2): 179–197.

Kasstan, B. (2021). Vaccines and vitriol: an anthropological commentary on vaccine hesitancy, decision-making and interventionism among religious minorities. *Anthropology & Medicine*, 28(4), 411–419.

Kata, A. (2012). Anti-Vaccine Activists, Web 2.0, and the Postmodern Paradigm – An Overview of Tactics and Tropes Used Online by the Anti-Vaccination Movement. *Vaccine*, 30(25): 3778–3789.

Kenny, K., Broom, A., Page, A., Prainsack, B., Wakefield, C. E., Itchins, M., Lwin, Z. & Khasraw, M. (2021). A sociology of precision-in-practice: The affective and temporal complexities of everyday clinical care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 2178-2195.

Kennedy, J. (2019). Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: an analysis of national-level data. *European journal of public health*, 29(3), 512-516.

Keshet, Y., & Popper-Giveon, A. (2021). “I took the trouble to make inquiries, so I refuse to accept your instructions”: religious authority and vaccine hesitancy among ultra-Orthodox Jewish mothers in Israel. *Journal of religion and health*, 60(3), 1992-2006.

Kleinman, A., & Kleinman, J. (1994). How bodies remember: Social memory and bodily experience of criticism, resistance, and delegitimation following China's cultural revolution. *New Literary History*, 25(3), 707-723.

Lareau, A. (2002). Invisible inequality: Social class and childrearing in black families and white families. *American sociological review*, 747-776.

Lasco, G. (2022). “I Think I Have Enough for Now”: Living with COVID-19 Antibodies in the Philippines. *Medical Anthropology*, 41(5), 518-531.

Lock, M. (2018). Mutable environments and permeable human bodies★. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 24(3), 449-474.

Lock, M. M., & Farquhar, J. (Eds.). (2007). *Beyond the body proper: Reading the anthropology of material life*. Duke University Press.

Lock, M. M., & Nguyen, V. K. (2018). *An anthropology of biomedicine*. John Wiley & Sons.

Lupton, D. (2013). Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective. *Health, risk & society*, 15(8), 634-647.

MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.

MacDonald, N. E., & Dubé, E. (2015). Unpacking vaccine hesitancy among healthcare providers. *EBioMedicine*, 2(8), 792-793.

Martin, B. (2018). *Vaccination panic in Australia*. Irene Publishing.

Martin, E. (1990). Toward an anthropology of immunology: The body as nation state. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(4), 410-426.

Masopustová, Z., Daňsová, P., Lacinová, L., Hanáčková, V., Chabadová, K., Šebelová, R., Chrudinová, T., Umemura, T., Woznicová, A., Hlavová R., Muziková, M., & Navrátilová, P. (2018). *Jak to mají mámy. Psychologický výzkum mateřství*. Masarykova univerzita.

Mauss, M. (1973). Techniques of the Body. *Economy and society*, 2 (1), 70-88.

Meloni, M. (2015). Epigenetics for the social sciences: justice, embodiment, and inheritance in the postgenomic age. *New Genetics and Society* 34.2: 125-151.

Merleau-Ponty M. (2013). *Fenomenologie vnímání*. Oikoymenh.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Mol, A., & Law, J. (2003): Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie. *Biograf*(31): 53 odst. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3102> [naposledy navštíveno 18. 09. 2023]

Narvaez, R. F. (2006). Embodiment, collective memory and time. *Body & Society*, 12(3), 51-73.

Numerato, D., Čada, K., & Honová, P. A. (2020). Citizenship, Neoliberalism and Healthcare. In Gabe, J, Cardano, M. and Genova, A. (Eds) *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe* (pp. 75-89). Emerald Publishing Limited.

Numerato, D., Vochocová, L., Štětka, V., & Macková, A. (2019). The vaccination debate in the “post-truth” era: social media as sites of multi-layered reflexivity. *Sociology of Health & Illness*, 41, 82-97.

Nurmi, J., & Jaakola, J. (2023). Losing trust: Processes of vaccine hesitancy in parents' narratives. *Social Science & Medicine*, 331, 116064.

Ołpiński, M. (2012). Anti-vaccination movement and parental refusals of immunization of children in USA. *Pediatrics polska*, 87(4), 381-385.

Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion. *PLoS currents*, 7.

Peretti-Watel, P., Ward, J. K., Vergelys, C., Bocquier, A., Raude, J., & Verger, P. (2019). ‘I think I made the right decision... I hope I'm not wrong’. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Sociology of health & illness*, 41(6), 1192-1206.

Plumridge, E., Goodyear-Smith, F., & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1187-1194.

Reich, J. A. (2014). Neoliberal mothering and vaccine refusal: imagined gated communities and the privilege of choice. *Gender & Society*, 28(5), 679-704.

Reich, J. A. (2016). *Calling the Shots*. New York University Press.

Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*, 18(6), 1-30.

Sedláčková, T. (2019): Stávat se autentickým: Sartrovský sadomasochismus terénního výzkumu. *Biograf*, 69-70: 63-79. Dostupné na adrese <http://www.biograf.org/clanek.html?id=1049> [naposledy navštíveno 18. 09. 2023]

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1 (1), 6-41.

Schildrick, M. (1997). *Leaky bodies and boundaries: Feminism, postmodernism and (bio) ethics*. Psychology Press.

Schildrick, M. (2016). Ztělesnění feministické teorie. *Gender rovné příležitosti výzkum*, 17(01), 6-14.

Schildrick, M. (2019). (Micro) chimerism, immunity and temporality: Rethinking the ecology of life and death. *Australian Feminist Studies*, 34(99), 10-24.

Shore, C. (1999). Fictions of fieldwork: Depicting the 'self' in ethnographic writing (Italy). *Being there: Fieldwork in anthropology*, 25-48.

Skea, Z. C., Entwistle, V. A., Watt, I., & Russell, E. (2008). 'Avoiding harm to others' considerations in relation to parental measles, mumps and rubella (MMR) vaccination discussions—An analysis of an online chat forum. *Social science & medicine*, 67(9), 1382-1390.

Smith, K. E., Norman, G. J., & Decety, J. (2017). The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Medical Education*, 51(11), 1146-1159.

Sobo, E. J. (2015). Social cultivation of vaccine refusal and delay among Waldorf (Steiner) school parents. *Medical anthropology quarterly*, 29(3), 381-399.

Sobo, E. J. (2016). What is herd immunity, and how does it relate to pediatric vaccination uptake? US parent perspectives. *Social Science & Medicine*, 165, 187-195.

Szaló, C. (2017). *Paměť míst. Kulturní sociologie vzpomínání*. Masarykova univerzita nakladatelství.

Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor–parent–child communication. A (re) view of the literature. *Social science & medicine*, 52(6), 839-851.

Trifunović, V. (2019). Framing Vaccination in Post-Socialist Serbia. *Етноантрополошки проблеми*, 14(2), 507-529.

Trnka, S. (2017). *One blue child: asthma, responsibility, and the politics of global health*. Stanford University Press.

Valentine, K. (2011). Accounting for agency. *Children & Society*, 25(5), 347-358.

Vanderslott, S. (2019). Exploring the meaning of pro-vaccine activism across two countries. *Social Science & Medicine*, 222, 59-66.

Verdery, K. (1996). *What was socialism, and what comes next?*. Princeton University Press.

Vinitzky-Seroussi, V., & Jalfim Maraschin, M. (2021). Between remembrance and knowledge: The Spanish Flu, COVID-19, and the two poles of collective memory. *Memory Studies*, 14(6), 1475-1488.

Vochocová, L., Numerato, D., & Sedláčková, T. (2022). Opting for polarizing emotions: strategies of Czech pro-vaccination discussants in the emotionalized public sphere and debate on a measles epidemic. *International Journal of Communication*, 16, 21.

Vuolanto, P., Almeida, A. N., Anderson, A., Auvinen, P., Beja, A., Bracke, P., ... & Wagner, A. (2024). Trust matters: The Addressing Vaccine Hesitancy in Europe Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948231223791.