

# BIOMOC A „MEDIKALIZACE“ SPOLEČNOSTI JAKO RYSY „MODERNITY“

Daniela Tinková

*Ústav českých dějin, Filozofická fakulta, Univerzity Karlova v Praze,  
daniela.tinkova@ff.cuni.cz*

## *Bio-power and medicalization of the society as features of modernity*

**Abstract**—This paper will discuss the strategies of the health police of Enlightenment era in Bohemia and in Czech lands that aimed to protect health as “ Gemeinwohl “ - Public Good , Common Good . First will be highlighted general, pervasive nature of health and policing strategies in general, then focus on two examples (which can be used as models of preventive measures against the spread of such exposure and diseases that manifest themselves clearly and necessarily “egalitarian“ character, which only ensures their real efficiency): first, on the reform of funeral services and modalities, then and the introduction of vaccination. However, while some of the “ egalitarian “ Regulation of funeral encountered a general or partial resistance (burials in bags in order to accelerate decomposition , replacement of individual family tombs, graves , tombstones ban on placing a flat “ recycling “ graves after 9-10 years, etc.) gradual introduction of general vaccination (apparently due to the more immediate threat of fatal disease) was despite initial misgivings and mistrust basically successful. The strategies of bio-power and medicalization are, finally, demonstrated in a detail on the the phenomenon of the „birth of the birth clinic“ (and, more generally, the professionalization of obstetrics in 18th century), that could be considered as example par excellence. In conclusion, it should be emphasized that it was police- bureaucratic character of the Austrian state and its control mechanisms significantly helped to promote new health and hygiene rules and health- disciplining mechanisms , which undoubtedly contributed to the gradual improvement of the level of health in our country.

**Keywords**—*medicalization, bio-power, public health and hygiene, vaccination, obstetrics, Enlightenment*

## ÚVOD

**S**tát beztak považuje matky jen za dvounohé Skrávy, které vrhnou rekruty,“ konstatoval v první polovině 19. století významný český lékař, rektor Univerzity Karlovy, Jan Theobald Held (1771–1847). Svým obvyklým jedovatým sarkasmem pochytil i „biomocenské“ strategie soudobého (post)osvícenského státu: „Přijde-li na svět tele, je majetkem sedláka; hoch však nikoliv! Mláďata je nutno překrmit, aby se nevyvíjel rozum, aby terče pro děla nezačaly myslet.“

Cílem této studie je přiblížit koncepty medicalizace a biomoci ve vztahu k moderní, v tomto případě post-osvícenské společnosti, a pokusit se ukázat možnosti jejich uplatnění na konkrétních příkladech z českého, resp. česko-rakouského, prostředí 18. a raného 19. století. Nejprve se pokusím tyto koncepty vymezit a charakterizovat i a jejich chápání v sociálně vědné, zejména historiografické literatuře. Současně zdůrazním i (s nimi spjatý) růst normotvorné a sociálně regulační moci medicíny příznačný pro „moderní“ společnosti 18.–20. století. Poté se budu snažit načrtnout základní „medikalizační“ strategie na základě svých empirických výzkumů z uplynulých let, jež jsem věnovala různým aspektům zdravotnictví osvícenské a pozdně osvícenské doby v česko-rakouském soustátí. Tyto strategie si v závěru studie zevrubněji ukážeme na případě „zrození porodnice“ (a vůbec profesionalizace porodnictví v 18. století), jež mohou být považovány za příklad par excellence.

## I. BIOMOC A MEDIKALIZACE

Klasické dějiny medicíny tradičně nabízejí historikům především dvě základní pole pro výzkum: buď formou dějin institucí, nebo formou dějin idejí, konceptů, přičemž v obou případech jsou dějiny lékařské vědy dlouho pojímány a podávány především jako „dějiny pokroku“ či dějiny vítězství nad mýty, pověrami a pseudovědeckými výklady v lineárním procesu od antiky k dnešku.

Tradičněji laděné „intelektuální dějiny“, dějiny myšlení a vědy současně usilovaly především o analýzu reflektovaných, vědomých ideových konceptů, a zaměřovaly se v první řadě na sociální elity, které lze považovat za „původce“ těchto konceptů. Medicínské teorie, koncepty, filozofie tak byly většinou chápány jako výsledky racionální reflexe elitní, vzdělané společenské vrstvy.<sup>1</sup>

Svým důrazem na (blahodárné) změny a reformy se tak řada historiografických, ale i sociologických prací, přímo zaměřila na proces, který především díky filozofu Michelu Foucaultovi vešel do obecnějšího povědomí pod termínem „medikalizace“. Tento koncept byl většinou promyšlen (zejména v rámci modernizačních teorií poválečné sociologie, srov. např. Parsons, 1951) v přímé souvislosti s procesem modernizace – v podstatě jako jeden z výrazných symptomů moderní společnosti.

Z různých definic „medikalizace“, jež zohledňovaly různé aspekty tohoto procesu, můžeme citovat například již zmíněného Michela Foucaulta („existence, jednání, chování i lidské tělo jsou od 18. století integrovány do stále hustší lékařské sítě“), britskou historičku bulharského původu Ludmillu Jordanovovou (proces, jímž se jisté oblasti života dostávaly do sféry ovládané medicínskými teoriemi i lékařskou praxí, ačkoli dosud do ní nenáležely) či historika Thomase Bromana (masový nárůst užívání profesionálních lékařských služeb; Broman, 1995, 835–872). Pojmy *profese*, *profesionální*, *profesionalizace* jsou zde důležité. Zatímco „řemesla“ kladou důraz především na techniku samotnou, pak „profese“ je již činností, která vyžaduje hlubší propojení praxe s teorií. Sociologie obvykle charakterizuje „profesionály“ jako korpus lidí, které spojuje specializovaná výchova i určitý druh chování a specifická forma etiky. Profesionálové jsou lidé, kteří prošli určitým druhem kompetenčních testů za účelem získání specializované licence, jež jim v jejich oboru zpravidla zajišťuje monopolizaci trhu, autonomii v řízení profesních záležitostí i poměrně vysokou sociální prestiž a vyšší status. (Broman, 1995, 835)

1 I v našich zemích mají dějiny medicíny již poměrně dlouhou tradici. Za celou řadu podnětných prací vděčíme jak lékařům-historikům vlastního oboru, tak historikům profesionálním. Vzhledem k výše řečenému jistě není překvapivé, že se řada z nich soustředila právě na otázky reform veřejného zdravotnictví v období 18. a 19. století (srov. zejm. Sinkulová, 1959, Zaremba, 1964) zaměřené zejména na dějiny institucí (včetně univerzity) a na dějiny sociální.

Matthew Ramsey tak například chápal profesionalizaci jednak jako reorganizaci či konsolidaci „praktiků“ v daném poli činnosti (v tomto jeho případě právě medicíny, což vedlo ke sblížení „profesionálů“ vykonávajících podobný typ práce), jednak jako vymezení ostřejší hranice, jako odlišení se od neprofesionálů, tedy těch, kdo podobným typem nové standardizace neprošli (sem bychom mohli zahrnout celou řadu lidových léčitelů i nezkušených a neškolených porodních bab). Tento proces dával Ramsey přímo do souvislosti s oddělováním lidové a elitní kultury v raně novověkém období, vymezeným zhruba lety 1500–1800. (Ramsey, 1988, 1 a 299)

A tak zatímco v tradiční společnosti představovalo léčení jednu z mnoha rolí, již si mohl osvojit kdekdo (a status „léčitele“ závisel především na osobní prestiži), ve společnosti „moderní“ se z práce lékařů staly vysoce specializované služby poskytované za plat a posuzované dle objektivních – či spíše „objektivizovaných“ kritérií. Z „připsaného partikularismu“ se stalo „univerzalistické završení“. (Ramsey, 1988, 299, Parsons, 1951, 428–479)

Většina historiků se shoduje v tom, že právě lékařská profese si vydobyla do konce 19. století sociální i symbolický kapitál, prestiž, která se ukázala jako víceméně trvalá. T. Broman poukazuje rovněž na to, že stále větší množství lidí vyhledává služby těchto profesionálů (Broman, 1995, 835–872) a tento kvantitativní nárůst počtu zdravotníků zvyšuje také dostupnost zdravotnické péče.

Za zmínku jistě stojí ještě jeden důležitý aspekt medikalizace a profesionalizace lékařského vědění a péče, který bude klíčový i pro náš další výklad, totiž budování „moderních“ nemocnic klinického typu, a tedy prosazení klinické medicíny, která je od 18. století založena na individuálních zkouškách, diagnóze a terapii. Klinická medicína přináší důraz na zkušenost a pozorování, čímž manifestuje odklon od galénovsko-aristotelské tradice. Nejen pitva, ale i pravidelná asistence u lůžka nemocného se stává nezbytnou součástí formování mediků. A nikoli již pouhá univerzita, nýbrž i klinika je klíčová pro jejich výchovu. Současně se zde odráží i jasný rozchod se středověkou tradicí špitálu (kdysi polyfunkční instituce, která poskytuje azyl indiferentně různým typům potřebných osob shromážděných na jednom místě). Dalším důležitým rysem je rostoucí specializace, tedy

oddělení různých kategorií, které vyžadují různý druh péče (nevléčitelně nemocní, resp. invalidé, osoby chudé a přestárlé, osoby s vyléčitelnými chorobami, osoby duševně choré, konečně pak i těhotné ženy a rodičky).

Zmíněný růst normativní moci lékařů a medicíny ale nebyl v posledních desetiletích přijímán mezi intelektuály zdaleka jednoznačně pozitivně: objevila se nejen kritika samotného procesu medikalizace, ale zesílily i obecnější debaty o limitech medicíny a lékařské moci – zejména otázka jejího zneužívání, například na poli psychiatrie.

Jako důležitý podnět pro kritické dějiny medicíny posloužila především inspirace dílem francouzského filozofa Michela Foucaulta, a to počínaje již jeho první knihou *Psychologie a duševní nemoc* (1954, česky 1971) přes promyšlení otázek vztahu vědění a moci až po diskuse o dispozitivu sexuality a jeho normování (*Dějiny sexuality I–III*, 1976–1978).

Již jeho kniha *Zrození kliniky. Archeologie lékařského pohledu* z roku 1963, práce dnes znovu objevovaná (a do češtiny nedávno přeložená), si klade otázky po chápání smyslu již zmíněného „klinického“ pohledu a jeho zrození na sklonku 18. století. Foucault se táže, jak se lékařský pohled na tělo nemocného na přelomu 18. a 19. století utvářel na základě prostoru, zkoumání mrtvého těla, hry jazyka. Jak se tělo nemocného díky nové instituci kombinující péči, kontrolu a vědění o těle, zvané „klinika,“ proměnilo ve zvláštní místo, kde se rozvíjí „čistá“ nemoc. „Klinika“ nově vymezuje věci i „princip jejich artikulace v jazyce pozitivní vědy“ (Foucault, 1963, XIV.)

Kritika odosobněné lékařské moci a autority, stejně jako redukování (subjektivně) trpícího člověka na (objektivně) uchopitelný a analyzovatelný „jev“, oslovila v posledních desetiletích řadu sociálních vědců vzdalujících se konceptu dějin vědy jako dějin „pokroku“ a zdokonalování. Nemocný člověk a jeho tělo se v klinickém pohledu jeví jako odosobněný „objekt“ zbavený vlastní, individuální historie i subjektivního strachu a otevřený „pohledu a vědění“, jako abstraktní nositel nosologické entity. Tato témata dále najdeme u E. Friedsona (Friedson, 1970) či Ivana Illiche, jehož *Medical Nemesis* (Illich, 1974) odhaluje podoby tyranie lékařského „jazyka humanizace“ i dysfunkční a sebedestruktivní rysy a tendence technologické společnosti, které se projevují právě na poli medicíny.

Důležitý impuls k promyšlení medicínské moci a role v moderní společnosti však přinesly i Foucaultovy rozbory základních forem moderní moci. Nové formy ekonomického myšlení (kameralismus i liberalismus) a formování kapitalismu, stejně jako výrazný demografický nárůst západoevropské a středoevropské populace ve druhé polovině 18. století, si vynutily nezbytnost lepší koordinace a kontroly obyvatelstva prostřednictvím adekvátnějších a sevřenějších mocenských mechanismů. I z tohoto důvodu se obyvatelstvo začíná jevit jako problém nejen teoretický, ale i praktický, jako předmět analýzy, dohlížení a intervencí. Postupně se dostává do středu zájmu zodpovědných instancí jako klíčový pojem ekonomických i mocenských úvah. Podle Michela Foucaulta tak od 17. století stojí proti sobě – nebo možná spíše vedle sebe – dvě různé mocenské technologie ohlašující jev, který Foucault označuje nástupem *éry biomoci*. (Foucault, 1976, 184) v první řadě je to o něco starší koncept *disciplinární (kázeňská) technologie těla* („politická anatomie lidského těla“), jež odpovídá merkantilistické fázi rozvoje kapitalismu 17. a 18. století, která je cílená na jednotlivce, na maximální zefektivnění jeho aktivit za účelem lepší racionalizace výroby, branné moci apod. Foucaultův pozdější koncept (známý především z *Dějin sexuality I – Vůle k vědění*) – technologie regulující život, neboli samotná biopolitika, je komplexnější: *biopolitika* již z ekonomických a fiskálních důvodů usilovala o zhodnocení a efektivní využití celé populace, člověka jako druhu.

Vztah a rozdíly mezi těmito dvěma podobami technologie moderní moci a jejich základní odlišnosti můžeme schematicky znázornit takto – viz Tab. 1.

U Foucaulta představuje biomoc (jinde takřka synonymicky označovaná za biopolitiku) formu moci, která usiluje o maximalizaci potenciálu či „síly“ lidského života. Jde vlastně o projekt nové „technologie populace“, kde se demografická data, výpočet věkové pyramidy, naděje na dožití, úmrtnost a natalita či samotná strategie podporování porodnosti a sňatečnosti kombinují s podporou výchovy, vzdělání a profesního formování. Celá populace i jednotlivá těla jsou chápána jako nositelé nových proměnných a biologické rysy populace se stávají relevantními prvky pro hospodářství a ekonomické řízení. Cílem biopolitických snah je dosažení stavu zdravé a soběstačné – a tudíž i pracovně (a branně) způsobilé – populace, dožívající se vy-

Tabulka 1. mocenské technologie a vzájemné vztahy

DISCIPLINÁRNÍ TECHNOLOGIE TĚLA – „POLITICKÁ ANATOMIE LIDSKÉHO TĚLA“ 17.–18. STOL.	BIOPOLITIKA: TECHNOLOGIE REGULUJÍCÍ ŽIVOT 18.–20. STOL.
<p>a) tělo jako <i>předmět manipulace</i>;  b) je výsledkem <i>individualizujících</i> účinků a zaměřuje se na tělo jako na stroj, jenž se má stát učenlivým a poslušným;  c) působí především na <i>lokální</i> úrovni (škola, nemocnice, kasárna, armáda, věznice...);  d) „<i>orgánová</i>“ či „<i>organická</i>“ disciplína v rámci instituce;  e) zaměřuje se na sérii <i>tělo–organismus–disciplína–instituce</i></p> <p>(= MF, Dohlížet a trestat, 1975; + Il faut défendre la société. Cours au collège de France (1976–1967))</p>	<p>a) tělo jako <i>prostředek reprodukce</i>;  b) je výsledkem působení na tělo jako na druh, na soubor těl („<i>kolektivní tělo lidského druhu</i>“);  c) působí v rovině globální;  e) „<i>státní bioregulace</i>“;  f) zaměřuje se na sérii <i>populace–biologické procesy–regulační mechanismy–stát</i>;</p> <p>(= MF: Dějiny sexuality i – Vůle k vědění (1976); Sécurité, territoire, population. Cours au collège de France (1977–1978), La naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978–1979))</p>

sokého věku, jejíž potenciál tak lze využít v maximální míře. Nezbytnou součástí této strategie je tak nezbytně i snaha o určitou formu *zpravidelnění* či *předvídatelnosti* lidského chování.

V merkantilismu a kameralismu tedy vstupuje „populace“ přímo do centra samotného principu mocenské dynamiky státu a panovníka jako produktivní síla, jako princip bohatství. Tato nová forma „státního egoismu“ (Kutnar 1948, 22–23) zhodnocovala člověka a jeho rodinu z důvodů fiskálních, vojenských a politických. Současně si vynucovala také režim náboženské tolerance a odstranění dalších forem nátlaku (zrušení nevolnictví, podpora sňatečnosti apod.), které růst obyvatelstva brzdí. S fyziokraty 18. století a jejich zjevným antipopulacionismem – nebo alespoň nuancovanějším postojem k populačnímu nárůstu – však podle Michela Foucaulta nastupuje změna. Fyziokraté sice nezpochybňovali důležitost a váhu obyvatelstva, ale zaujímal jiný postoj ke způsobu, jakým se s ním má zacházet. Jestliže pro kameralisty a merkantilisty představovala populace ještě soubor poddaných jako pouhý „soubor právních subjektů“ či „podřízených vůlí, které jsou povinny poslouchat vůli suveréna prostřednictvím pravidel a zákonů,“ kterým lze něco voluntaristicky vnutit (například pomocí zákonů a reglementace), pak pro národohospodáře fyziokratického ražení se obyvatelstvo proměňuje v „soubor procesů, které je třeba řídit na základě toho, co je v nich *přirozeného*“ (Foucault 1977;1978; 2004, 72)

Nedílnou součástí biopolitiky je tudíž i nová forma vědění, která se soustřeďuje na populaci, na soubor individuí, jejíž lze poznat statistickým způsobem a na nějž lze působit – například

kampaní vakcinace či hygieny: z toho je patrné neodmyslitelné sepětí s myšlenkou kontinuálního zlepšování zdraví (i vědění a služeb se zdravím spojených), novou „ekonomií zdraví“ do rámce ekonomického rozvoje.

Zde se koncept biopolitiky bezprostředně setkává právě s konceptem medikalizace: máme-li parafrázovat Foucaultova slova, pak od konce 18. století, od (post)osvěcenské doby, se medicína (hygiena) – která představuje přímo příklad par excellence vztahu mezi vědění a mocí – stává uzlovým bodem či prvkem reprezentujícím spojení mezi biologickými a organizačními procesy ve společnosti. Stává se přímo novou funkcí moci, která přispívá ke zřízení společnosti jako prostředí *fyzického blahobytu, optimálního zdraví a maximální délky života*. (Tinková 2007)

## II. POKUS O VYTYČENÍ ZÁKLADNÍCH ASPEKTŮ MEDIKALIZACE NA PŘÍKLADĚ ČESKO- RAKOUSKÉHO PROSTŘEDÍ

Na základě svých dřívějších empirických výzkumů se nyní pokusím vytyčit základní strategie medikalizace, které lze vysledovat na konkrétním (česko-rakouském) prostředí (post)osvěcenské doby.

Snad stojí za úvodní připomínku, že za jakýsi hlavní teoretický („ideologický“) nástroj ztělesňující imperativy medikalizace i biopolitiky lze považovat koncept „zdravotní policie“ (*medizinische Polizey* s francouzským ekvivalentem *médecine sociale*) – osvěcenský „obor“ na pomezí státovědy a medicíny. Zdravotní policii můžeme volněji definovat jako „veřejné zdravotnictví“ coby celek a současně jako strategie prevence a ochrany veřejného zdraví, jako systém veřejné

hygieny i soukromé dietetiky a životního stylu. Nejdůležitějším „ideologem“ zdravotní policie se stal německý lékař s francouzskými kořeny Johann Peter Frank (1745–1821), působící jako profesor tohoto předmětu mimo jiné v habsburské Lombardii (na univerzitě v Pavii) a později i ve Vídni, kde patřil k hlavním organizátorům nového nemocničního komplexu. Jeho životním dílem se stal šestidílný *System einer vollständigen medizinischen Polizey* vycházející mezi lety 1779 a 1819, jehož cílem byla snaha o rozšíření působnosti této všeobjímající zdravotní policie o nová pole lidské činnosti, dosud nepodmaněná těmito kontrolními orgány, a zahrnul do něj širokou škálu lidské činnosti od fyziologických potřeb po zvyky a kulturní projevy, doslova „od kolébky ke hrobu“ (první díly byly věnovány plození, početí a narození, v dalších svazcích Frank postupoval přes stravu, oděvy, hygienu atd. až k péči o umírající a zacházení se zemřelými). Zdroje Frankova vědění představovala jak vlastní lékařská praxe, tak především soudobá pojednání o policii (zejména francouzská), ale i dobové cestopisy a historická pojednání.

Jako klíčové aspekty medikalizace od konce 18. století, které lze sledovat i v našem prostředí, bych vyzdvihla především dvě základní strategie:

- I. Strategie obrácené „dovnitř“ medicínského „pole“: Monopolizace, etatizace a hierarchizace;
- II. Strategie směřované „vně“ samotného medicínského „pole“: prevence.

### *I. Monopolizace a hierarchizace*

Monopolizace a hierarchizace, ale také etatizace, byrokratizace a hierarchizace lékařského „pole“ se projevovaly zejména následujícími jevy:

1) **Rostoucí sepětí medicíny s veřejnou (státní) mocí**, resp. podřízení medicíny této státní moci, intervence státu do zdravotnických záležitostí.

Zdravotnická agenda celé země byla soustředěna do rukou *zemské zdravotní komise* v čele se *zemským protomedikem*, který byl současně guberniálním radou – členem zemského gubernia. (Prvním zemským protomedikem Království českého byl Dolnorakušan Thaddäus von Bayer, původně vojenský lékař, později profesor anatomie a patologie.) Zemské zdra-

votní komisi v čele s protomedikem byly přímo podřízeny zdravotní komise *krajské*, které tvořil krajský hejtman, krajský fyzikus, krajský chirurg a „jedna rozumná osoba magistrátní“ (Zaremba 1948, 183). Nejpozději v tereziánské době se krajští zdravotníci stali skutečně nedílnou součástí nové státní správy: zdravotnická funkce zde jde přímo ruku v ruce s funkcí úřednickou. Reforma krajů z 50. a 60. let 18. století učinily právě z kraje nejdůležitější správní jednotku, nadřazenou vrchnostem i městům a podřízenou přímo zemské vládě, pozdějšímu guberniu.

Současně však od tereziánsko-josefínských reforem státní byrokracie a profesionální organizace stále více oklešťuje i univerzitní – fakultní jurisdikci a ustavuje se politický a právní systém, který učinil fakulty de facto odvětvím státní správy („výchovné byrokracie“). Lékařská fakulta (stejně jako ostatní fakulty) byla podřízena *úřadu studijního direktora* tvořícího součást státní správy. Konkrétně byl tímto mužem již zmíněný Thaddäus von Bayer, zemský protomedikus a profesor lékařské fakulty, který tak ve svých rukou soustředil vskutku veškerou byrokraticko-zdravotnickou moc v Čechách.

Změnilo se však i postavení samotných lékařských fakult v rámci medicínského pole, a to

2) **Posílením monopolu** jasně stanovených a státem kontrolovaných institucí nad veškerými zdravotnickými záležitostmi v zemi

V osvícenském období si medicína mezi ostatními profesemi postupně vytvořila jeden z nejdominantnějších monopolů na své služby, soustředěné v konkrétních a výhradních institucích, většinou kontrolovaných státem.<sup>2</sup> Současně se rozšířilo i pole nepedagogických aktivit fakult, které získaly širší normativní dopad: korpus odborníků tak utvářel a vnucoval nejrůznější standardy profesionální teorie a praxe. (Ramsey 1994, 89–90) V našich zemích měly tuto roli lékařské fakulty, které poskytovaly i celou řadu expertních služeb (například v soudních či trestně právních sporech) a představovaly hlavního garanta veřejného zdraví. Lékařské fakulty také zodpovídají za formová-

2 Matthew Ramsey rozčlenil Evropu na tři velké oblasti: 1. Francii a země pod francouzským vlivem; 2. jiné (zejm. státní) monopoly (Habsburská monarchie, italské státy apod.), 3. volná „pole“ s volným trhem (Velká Británie, Spojené státy, některé německé země, Švýcarsko). (Ramsey 1989, 963–965)

ní odpovídajícího zdravotnického personálu v zemi, nad kterým i po ukončení studia vykonávají permanentní dozor a zodpovídají za něj.

V našich zemích tak došlo k posílení monopolu lékařských fakult ve Vídni/Praze (resp. chirurgicko-porodnických lyceí v Olomouci/Linci) na:

a) *utváření, předávání a šíření lékařského vědění;*

b) *uplatňování standardů ve věci lékařské teorie i praxe (i expertizy, znalecké posudky apod.);*

c) *standardizaci vzdělávání zdravotnického personálu (a odpovědnost i dozor nad jeho kompetencemi i po ukončení studia).*

Definováním standardizovaného korpusu odborného vědění pochopitelně dochází i

d) *k úpadku tradičních forem léčení, které jsou označeny za „nevědecké“.*

3) **Profesionalizace** zdravotnického personálu, standardizace jeho vzdělávání a budování profesionálního zdravotnického aparátu a jeho hierarchie s jasně vymezenými kompetencemi.

Tato standardizace vzdělávání a s ní spjatá profesionalizace lékařského povolání, rovněž napomohla k růstu lékařské autority i normativní moci medicíny: Univerzitami graduovaní lékaři se stávali „jedinými specialisty na nemocného člověka“ (Goubert 1977, 912–914).

Zde snad stojí za vyzdvižení čtyři základní tendence:

a) Standardizace odborného curricula všech zdravotníků v zemi (reformy lékařského, chirurgického i babického studia) a vzrůst odborných nároků (studijní řady 1786, 1804, 1810); b) budování profesionálního zdravotnického aparátu a jeho hierarchie s jasně vymezenými kompetencemi; c) cílený kvantitativní nárůst počtu zdravotníků = zvýšení dostupnosti zdravotnické péče. Z tohoto pak plynulo logicky d) vyloučení těch, kdo standardizovaným „CV“ neprošli, a tedy i e) ideologický i institucionální boj proti tradičním formám léčení, označeným za „nevědecké“: „boj proti felčarům“ se stává jednou z důležitých strategií sebedefinování „nové“ lékařské profese.

4) **„Zrození (proto)kliniky“** jako místa prevence i vědění. K účelnějšímu vzdělávání zdravotnického personálu i k sebedefinování

moderní medicíny i k její „reformě“ neodmyslitelně patří rovněž instituce kliniky. Cesta „od špitálu k nemocnici“ se stala v posledních desetiletích vděčným námětem řady historických prací (např. Keel 2002), inspirovaných především M. Foucaultem (Foucault 1963), podle něhož právě klinika představuje ústřední instituci zdravotnických reforem ve 2. polovině 18. století a stává se doslova klíčovým „konceptem“ západní medicíny. Oproti starému typu „polyfunkčního“ špitálu umožňuje klinika především a) izolaci nemocných (a tedy i preventivní ochranu zdravých); b) sepětí zdravotní péče, výuky (studia) a vědy (výzkumu); c) realizaci snahy o sblížení teoretické a praktické výuky; d) oddělení odborných specializací, které vyžadují různý druh léčby.

Model klinické školy, kde byl určitý počet lůžek vyčleňován za účelem výuky, je ve středoevropském prostoru spjat zejména s městy jako Vídeň, Halle, Göttingen, Erlangen, Jena či Praha. (Srov. např. Keel 2002; Čornejová 1996, 165–166) Idea „protokliniky“ kombinující lékařskou péči s výukou se v habsburské monarchii rozšířila zejména díky osobnímu lékaři Marie Terezie, Gerhardovi van Swieten, který zavedl klinickou výuku ve Vídni oficiálně již v roce 1753. Brzy došlo k institucionalizaci klinické výuky také v nejdůležitějším centru lékařské vědy v habsburské Lombardii, totiž v Pavii, a zanedlouho také v Praze.

Nový model hospitalizace předpokládal ustavení nových kategorií „potřebných“ a současně i nových *principů* rozlišení mezi nimi. V těchto intencích se ostatně pohybují i známá *Direktivní pravidla* Josefa II. z roku 1781, která stojí u zrodu specializovaných ústavů sociální a zdravotní péče ve Vídni, v Praze i v dalších významnějších městech česko-rakouského soustátí. V některých nemocnicích také došlo k dalšímu vnitřnímu členění, například na pacienty „chirurgické“ a „infekční“. (Podrobněji si toto ukážeme níže na fenoménu „zrození porodnice“.)

Druhým důležitým aspektem procesu medicalizace jsou podle mého názoru

## II. Strategie obrácené vně samotné zdravotnické pole

Strategie obrácené vně samotné zdravotnické pole tedy především strategie prevence, které bych dále rozdělila do tří základních „pilířů“:

1. „Sanitární organizace veřejného prostoru“, v jejímž rámci bych dále vytyčila následující „techniky“:

a) ochrana před nebezpečím zvnějšku – ochrana hranic: systém sanitárních kordonů, kontumačních stanic, karantén a zdravotních pasů (zejména jako ochrana před „morovou nákazou“ z Osmanské říše (*Zdravotní řád* z roku 1770)).

b) hygienizace veřejného prostoru – ochrana čistoty vody, vzduchu atd. – odsouívání jatek, jímek, mrchovišť, ale i hřbitovů mimo frekventovaná místa; obecně nové modality zacházení se zemřelými (reforma pohřebnictví) a budování kanalizace (srov. např. Tinková 2010b, 73–82; 2011, 35–56; 2012, 163–170 – zde i další literatura a prameny k tématu).

c) prevence úrazů: zákazy a omezování koupání, protipožární opatření, regulace rychlosti a směru jízdy na silnicích a v ulicích velkoměst; opatření pro případ „zdanlivé smrti“ a zásady první pomoci (přidušení, přitopení apod.) apod. – jde o desítky nařízení a zákazů, která se množí a zpřesňují od tereziánské epochy. (Tinková 2012, 171–179)

Hygienické imperativy i ochrana veřejného zdraví do značné míry spoléhaly ještě na další strategii – **2) Zdravotnickou osvětu, jejímž dalším cílem byla i „medikalizace soukromého života“** – v dobovém jazyce („medizinische Volksaufklärung“). Plošná alfabertizace a scholarizace (zavedení všeobecné školní docházky v roce 1774), spolu s publikačním „boomem“, který vyvolalo josefínské zrušení cenzury, napomohly na sklonku 18. století ke zrodu „literární společnosti“ potenciálních čtenářů, konzumentů psaného slova. Tím současně vzrostla role vzdělaných laiků šířících odborné znalosti a osvětu („vernakularizace vědění“) – a to i na poli zdravotnickém, kde se stále více uplatňovali četní „píšící lékaři“, ale i jiní drobní vzdělanci – například slovenští evangeličtí kněží, autoři zdravotně-osvětových spisů, příruček dietetiky a hygieny – „katechismů zdraví“ (Ribay 1795, Tablic 1819). Cílem této osvěty byla disciplinace individuálního života apelem na zdravý životní styl, hygienu, odívání, stravování, přiměřený pohyb, ale i seznámení se zásadami první pomoci, prevence úrazů, záchrany zdanlivě zemřelých, ošetřování nemocných, základy péče

o dítě či životní řád těhotné a kojící ženy. Zdraví tak bylo na prahu občanské společnosti 19. století představováno jako zvláštní blaho i svébytná hodnota, jako součást morálky, jako výraz sebedisciplíny. Lze se domnívat, že tato cílená osvětová zdravotně-policejní „disciplinace“ prostých poddaných představuje jev historicky nový. (Tinková 2012, 115–133)

Exemplární příklad uplatnění a úspěchu uvedených medikalizačních a biopolitických strategií i jejich organizačních a propagačních modalit bezpochyby představuje:

**3) vakcinace** – očkování proti neštovicím za pomoci lymfy z kravských neštovic objevené E. Jennerem roku 1796 (jež nahradilo předcházející *variolizaci* lymfou z neštovic pravých), která ze všech zmíněných strategií přinesla zjevně nejvýraznější bezprostřední výsledky. Již v 1. polovině 19. století patřily Čechy a Morava k neproočkovanějším regionům na světě (a zásluhou českého lékaře Karla Rašky byla nemoc v roce 1980 prohlášena za vymýcenou).

Ještě v letech 1796–1812, tedy již v době počátků šíření vakcinace, si vyžádaly neštovice na Moravě celkem 114 769 lidských životů. Nejtěžší byla tato epidemie v letech 1798–1800: v roce 1798 zemřelo 8662 lidí, v roce 1799 dokonce 11 168 a v roce 1800 jich bylo 8097. Ještě v prvním desetiletí 19. století zde ročně onemocnělo 5000–7000 lidí, jak ukazují zdroje z dobových periodik. V Čechách si v tragickém roce 1799 vyžádaly neštovice 17 585 obětí.

Právě při očkování se uplatnila v podstatě celá škála disciplinačních, organizačních a osvětových mechanismů i zdravotně-policejních prvků (počínaje státní iniciativou, cíleným formováním a kontrolou jasně vyčleněných, kompetentních osob („očkovací lékaři“) a konče metodami přesvědčování a osvětové propagandy).

Vakcinace byla – v součinnosti s lékařskou fakultou – řízena státními orgány a kontrolována státními úřady (v Čechách cíleně od roku 1803 prostřednictvím Očkovačí komise při Českém guberniu). Předpokladem efektivnosti vakcinační kampaně byla velká mobilizace lidského potenciálu i řady společenských a psychologických faktorů, protože její úspěšnost kladla velké nároky na důvěru, sebekázeň, disciplínu očkovacích lékařů i očkovaných a jejich dospělých zástupců (selhání jednotlivce moh-

lo zpochybnit celý proces). Právě vakcinace představuje nejviditelnější příklad toho, jak se „nemoc“ stává sociálním a politickým problémem a zdraví normou individuálního chování a současně i formou ústřední kolektivní a státní odpovědnosti a jak se sociálně-regulační moc medicíny prolíná s mocí státně-byrokratickou. (Geschichte 1804; Vomela 1916, 1106–1108; Utíkal 1982, 440–445; Remeš 1941, 57–73, Rozsivalová 1954, 25–27; Kruta 1971, 228–243; Tinková 2012, 205–259)

### III. „ZROZENÍ PORODNICE“

#### JAKO PŘÍKLAD SKLOUBENÍ STRATEGIÍ BIOPOLITIKY A MEDIKALIZACE

Uvedené strategie biopolitiky a medikalizace lze exemplárně ilustrovat na příkladě modernizace a profesionalizace porodnictví ve 2. polovině 18. a na počátku 19. století.

Biopolitické strategie, spjaté zejména s populacionistickou politikou osvícenských států, se začaly v této době zaměřovat na příčiny vysoké úmrtnosti novorozenců i rodiček a šestinedělek a vynutily si medikalizaci oblasti, která do té doby představovala spíše prostou součást každodenního života než skutečný lékařský/zdravotnický obor – „babictví“ bylo záležitostí komunity (převážně) neškolených žen, které si vědění předávaly z generace na generaci nápodobou, nikoli cíleným (a teoretickým) studiem, a jejich kredit byl založen na vlastních zkušenostech matky a na důvěře místní ženské komunity. (Arney 1982; Donnison 1977; Fischer-Homberger 1978; Gelis 1988; Laget 1982; MArland 1994; Pancino 1984; Tinková 2010, zde i další literatura)

V osvícenské době přistoupila většina evropských zemí k reformě porodnictví, jež by se daly zjednodušeně shrnout do několika základních strategií: 1) Šíření porodnických spisů za účelem lepší odborné komunikace i osvěty mezi neučeným publikem; 2) Snaha o systematictější vzdělávání porodních bab a jejich kontrolu kompetentními orgány; 3) Snaha o povýšení porodnictví na univerzitní obor studovaný chirurgy a lékaři => zrození „mužského“ porodnictví, jemuž jsou báby podřízeny; 4) Zakládání porodnic jako míst, jež mají kombinovat péči, kontrolu (x infanticidium a potraty) s výukou a vědou.

**1) Nárůst a šíření porodnických spisů za účelem lepší odborné komunikace i osvěty mezi neučeným publikem** (v Jeně vznikl i specializovaný porodnický časopis, *Archiv für die Geburtshilfe*). Tisky s porodnickou tematikou v prvé řadě umožnily prostředkování inovací a „objevů“ na poli porodnictví a embryologie, jakož i povědomí o nich (k nejvýznamnějším jistě patří forceps – kleště; objevení spermie (1672 a van de Graafova folikulu považovaného tehdy mylně za vajíčko (1650) díky mikroskopu; pochopení principu ovulačního/menstruačního cyklu, a tím i principu oplození (1842).

Širšímu publiku, především však budoucím matkám, byly určeny popularizační spisy s cílem vštípit dietetické a hygienické zásady, jakož i principy péče o novorozence i vlastní tělo. Různé typy a specializace „porodnických“ tiskovin dále umožnily i explicitní oddělení „nižšího“, „babického“ vědění od vědění „expertního“, mužského (hlubší znalosti fyziologie i embryologie, užívání nástrojů apod.) Toto oddělení „učeného“ a „babického“ vědění bylo často zohledněno i v porodnických příručkách – učebnicích s normativní hodnotou; u nás bylo toto rozčlenění akcentováno ještě jazykově (babické příručky české, příručky pro mediky německé/latinské), což dále odhalilo nedostatečnou připravenost češtiny pro odborný výklad (ani A. J. Jungmann, bratr J. Jungmanna a profesor porodnictví na pražské univerzitě, se ještě ve 20.–40. letech 19. století nevyhnul užívání různých kalků, vulgarismů, novotvarů či otrockých překladů z němčiny).

Již toto vymezení různých úrovní porodnického vědění zrcadlí

**2. Snahu o systematictější vzdělávání porodních bab a jejich kontrolu kompetentními orgány.** Tato strategie spočívala především v organizování kurzů a speciálních atestací (zakončených diplomem) pro porodní báby. (V katolických zemích vedly tyto kurzy spíše báby, v zemích protestantských se lépe dařilo chirurgům a lékařům). Jen v některých zemích (včetně českých) se podařilo realizovat takové kurzy přímo na univerzitě, byť dlouho neměly mezi bábami velkou odezvu. Ruku v ruce s těmito snahami šly pochopitelně i snahy o zákaz praxe „neškolených“ bab – i ty se však dlouho mýjely účinkem.

V českých zemích měly báby od tereziánské doby povinnost vzdělávat se u krajského chi-



rurga a nechat se přezkoušet u krajského fyzika (šestitýdenní kurs), který se v podstatě vztahoval i na báby již praktikující. Teprve od roku 1804 byla novým studijním řádem zavedena povinnost pro všechny báby absolvovat semestrální teoretický kurs na univerzitě nebo porodnicko-chirurgickém lyceu a zakončit jej měsíční praxí v porodnici a následnou zkouškou.

Setrvalým problémem však byl poměrně nízký zájem o studium – mnohé báby neměly ani čas (mají vlastní hospodářství a rodiny), byly nedisciplinované, často ani nerozuměly přednáškám. Současně se však ukazovala i nemožnost nahradit „starý typ“ nezkoušené báby plošně, což ukazuje mimo jiné střet různých podob legitimacy a představ o „kompetenci“: univerzitní diplom zde stojí proti důvěře místní komunity, jež je založena na oceňování jiných kvalit: diplomovaná bába tak často nezíská klientelu. I z toho důvodu byly nezkoušené báby až do prvních desetiletí 19. století v podstatě tolerovány a k odnětí kompetenci či přímo postihu docházelo jen v případech závažného pochybení (úmrť rodičky/novorozence vinou báby).

Roli a pravomoci báby dále proměnil i nástup mužských specialistů – porodníků, kteří představují rovněž závažné novum: **3) Snaha o povýšení porodnictví na univerzitní obor studovaný chirurgy a lékaři** umožnilo totiž zrození „mužského“ porodnictví, jemuž jsou báby podřízeny. Katedry porodnictví určené medikům a chirurgům, jejichž cílem bylo zlepšení úrovně i prestiže oboru dosud přehlíženého, byly na evropských lékařských fakultách zakládány od 50. let 18. století (1751 Göttingen, 1754 Vídeň, 1758/59 Praha; 1763 Florencie). Měly v první řadě poskytnout elementární porodnické vzdělání chirurgům a medikům, ale také formovat přímo profesionální „akušéry“.

Pražská katedra porodnictví, založená z iniciativy Marie Terezie v roce 1759, patřila v Evropě k nejstarším (prvním lektorem byl – až do svého úmrtí v roce 1797 – pelhřimovský rodák Ignaz Ruth). Prvním mužem, který získal atestaci z porodnictví, byl v roce 1773 jistý David Scheer; počet absolventů porodnického kurzu však rychle narůstal po roce 1785, kdy se tato atestace stala povinnou pro všechny mediky/chirurgy, kteří usilují o post městského či krajského fyzika/chirurga. Výuka však byla dlouho převážně teoretická, zcela nedostačující „praxe“ probíhala jen sporadicky v útulku pro

svobodné matky ve Vlašském špitále.

Ustavení „mužského“ porodnictví pochopitelně přispělo i k novému vymezení, resp. hlavně omezení babických kompetencí (vést jen fyziologické porody, při komplikacích přivolat lékaře nebo chirurga, zákaz užívání nástrojů).

Za nejvýraznější projev medikalizace porodnictví snad můžeme považovat

**4) Zrození porodnice jako centrálního „místa porodnického vědění“.** Vzhledem k výše zmíněné důležitosti, jíž státníci i část odborníků připisovali porodnictví, snad nepřekvapí, že právě porodnice se ve velké části Evropy staly chronologicky prvními institucemi klinického typu v Evropě (někde pozvolna splynuly se staršími útulky pro svobodné matky). Česko-rakouské země patřily k průkopníkům.<sup>3</sup>

Zřízení porodnic sledovalo především tři základní cíle: a) poskytnutí péče nemajetným rodičkám, zejména neprovdaným (proto jim byla zpravidla zajištěna anonymita a umožněn tajný porod s možností následného odložení dítěte do nalezince); b) sociální kontrola (prevence potratu a infanticidia); c) výuka a věda, tedy poskytnutí „těla“ živého i mrtvého – výukovým a vědeckým účelům. I proto byly některé porodnice přímo napojeny na univerzitu (Göttingen, Vídeň, Praha).

V Praze se v josefínské době zrodila dvě pozoruhodná paralelní porodnická zařízení poněkud odlišného charakteru.

V první řadě to byla veřejná, zemská porodnice u sv. Apolináře (1789) určená neprovdaným matkám, které měly možnost přijít „tajným“ vchodem a následně odložit dítě v nalezinci. Podobně jako ve Vídni či Brně i zde existovaly tři platové třídy dle sociálního postavení rodičky (jimž odpovídala úroveň komfortu a soukromí). Poslední, čtvrté oddělení bylo bezplatné a sloužilo k výuce: výměnou za poskytnuté služby se chudá (a většinou svobodná) matka zavazovala jednak ke službě v porodnici ve funkci kojné, jednak byla povinna poskytnout své tělo zrakům mediků. Brzy se však ukázala negativa tohoto

3 V 18. století to byly porodnice v Göttingen a Berlíně (1751), Vídni (1784), Brně (1785), Praze (1789, resp. 1787), Jeně, Tübingen (1797), Freiburgu (1799); na prahu 19. století spatřily světlo světa porodnice v Kielu, Würzburgu, Heidelbergu (všechny 1805), Lipsku (1810), Halle a Vratislavi (obě 1811), Giessenu (1814) a Bonnu (1819).

typu porodnice: prvním velkým negativem bylo šíření infekcí; druhým pak stále relativně omezený přístup mediků k „tělům“: budoucí chirurgové a lékaři mohli v podstatě sledovat jen průběh porodu (pokud se stihli dostavit), nikoli však fyziologické změny v těhotenství.

Tyto limity stacionární kliniky si ještě před otevřením pražské veřejné porodnice uvědomoval čerstvý absolvent pražské medicíny, Johann Melitsch (1763–1837), jemuž rodinné jmění umožnilo již v roce 1787 zřídit soukromou ambulantní porodnici v bývalém paláci Smiřických (dům u Montágů) na Malostranském náměstí. Na rozdíl od apolinářské porodnice ji určil chudým provdaným ženám a místo hospitalizace nabízel ambulantní péči za asistence mladých mediků. Melitschovi však nešlo jen o péči v okamžiku samotného porodu (jako u Apolináře), ale o pravidelné prohlídky nemajetných rodiček poskytované po celou dobu těhotenství. Nastávající matky motivoval i finančně a materiálně (poskytnutím výbavičky pro novorozence a zaplacením 2 zl. za každé vyšetření medikem).

Sledoval tím dva ústřední cíle, jichž podle něj nemohla dosáhnout porodnice apolinářská: a) účinnější prevenci a systematickou péči, b) efektivnější vzdělání mediků a chirurgů, kteří tak mají možnost poznat fyziologické změny v průběhu celého těhotenství.

Melitschova soukromá porodnice však fungovala jen do roku 1803, kdy musela být pro nedostatek financí a zjevně i kvůli tlaku ze strany univerzitních profesorů, kteří považovali Melitsche za konkurenci, zavřena; o tři roky později znechucený Melitsch opustil Prahu a usadil se natrvalo ve Vídni.

Pro dobovou realitu a pro ilustraci sepětí mezi lékařskou a státně-byrokratickou mocí je velmi příznačné, že Melitsch (jako exemplární příklad této osvícenské symbiózy) se ve své korespondenci – a zejména ve svých sporech s profesory – prezentoval vždy jako spojenec gubernia a panovníka, jako ten, kdo naplňuje vůli (osvícenského) státu v jeho péči o „trpící lidství“ – „Leidende Menschheit“ proti korporativismu a partikulárním zájmům lékařské fakulty a jejich exponentů. (Nikdy však nebyl servilní – místo obvyklých zdvořilostních frází jen lakonicky signoval Johann Melitsch, Professor der Geburtshilfe.) a neméně příznačné však je, že ve svých stížnostech opakovaně pranýřoval jednu osvícenskou novinku – totiž soustředění veške-

ré zdravotnické moci v rukou jediného člověka – v tomto případě Thaddäuse von Bayer, který byl zjevně Melitschovým osobním odpůrcem, a navíc orgánem, který v podstatě nebylo možné obejít, neboť všechny úřední cesty – fakultní i státně-zdravotnická – šly přes něj a sbíhaly se u něj. (Tinková 2010, 285–523; zde i další literatura)

## ZÁVĚR

Modernizační, centralizační a disciplinační snahy absolutistického státu o maximální vyčerpání lidského potenciálu s sebou mimo jiné přinesly dva důležité jevy či procesy, které jsou pro naši problematiku zcela klíčové. Tím prvním byla „profesionalizace“, tedy utváření korpusu „profesionálů“ podřízených státu a disponujících celou řadou „monopolů“, tím druhým uplatňování a růst normotvorné a sociálně regulační role medicíny, resp. obecně proces „medikalizace“. Oba tyto procesy se pochopitelně profály na poli modernizace a profesionalizace lékařské a zdravotnické péče, která se právě na přelomu 18. a 19. století dočkala nejen rapidního nárůstu ekonomického a politického, ale i sociálního a symbolického kapitálu, resp. prestiže.

Sepětí mezi rostoucí autoritou vědy a silící byrokratickou mocí za účelem zplození veřejného blaha je jev charakteristický zejména pro období pozdního osvícenství na přelomu 18. a 19. století; pokračuje však v podstatě až do současnosti. Tento osvícenský program souzní s intencemi pozdně osvícenského absolutismu, který se otcovsky ujal svých ohrožených poddaných: je přece zapotřebí vnutit lidem dobro, jehož blahodárné důsledky nejsou sami schopni nazřít – je to však i jeden z principů pozdějšího „Státu-Prozřetelnosti“.

Pro sociální vědce zabývající se moderní společností tak mohou koncepty medikalizace a biomoci nabízet rámec pro uchopení dalších jevů, jež se objevily s pozdním 19. a 20. stol. (např. eugenika, „projekt Lebensborn“, nucené sterilizace, „psychopatologizace“ nepohodlných osob; asistovaná reprodukce, interrupční komise, léčba homosexuality apod.).

Otázky (de)medikalizace moderní společnosti a osvícenské počátky autoritativního etatismu ve zdravotnictví však nabývají i pro české prostředí na zvláštní aktuálnosti dnes, kdy jsme sami svědky zčásti opačného procesu, tedy dílčího „od-státnování“ zdravotnictví. Dnešní ge-

nerace byly v posledních dvou dekádách svědky rozpadu socialistického (a svou podstatou „paternalistického“) systému, kde měl každý pacient jasně vymezenou místní/okresní/regionální příslušnost klékaři, kde preventivní prohlídky zajišťovaly školy a instituce (pracoviště), kde termíny těchto preventivních prohlídek a očkování hlídali stát. Liberalizace „trhu se zdravím“ a hledání efektivnějšího systému financování za spoluúčasti pacienta učinilo z některých odvětví zdravotnictví takřka obchodní záležitost: zdraví jako by se zařadilo mezi ostatní komodity, léky mezi zboží a také z pacienta se postupně stává „klient“.

Dnešní problémy a otázky (oddělení standardní/nadstandardní péče, zdravotnické poplatky, dotace na léky, domácí porody, povinné očkování, eutanazie apod.) se v obecnější rovině vracejí ke starým otázkám osvícenců: jaký je vztah mezi mocí lékařskou a mocí státně-byrokratickou? Je zdraví výhradní záležitostí individuální odpovědnosti jednotlivce, nebo představuje ono osvícenské obecné, „společné“ blaho (Gemeinwohl), za něž jsme odpovědní všichni (a stát především)? Je to právo občana, jež má garantovat společnost (a stát), jejíž je součástí, nebo je to skutečně komodita, kterou je možno komercializovat jako kterékoli jiné „zboží“?

#### ZDROJE PODPORY

Tato studie vznikla v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově (PRVOUK) č. P13 Kultury jako metafory světa, podprogram Racionalita ve vědách o člověku.

#### POUŽITÁ LITERATURA

##### Seznam pramenů

*Geschichte der Vaccination in Böhmen, auf hohen Befehl herausgegeben von der in Schutzpockenimpfungsanstalten niedergesetzten k. medicinischen Polizeycommission*, 1804. J. G. Calve, Prag.

Huszty, Zacharias Gottlieb, 1786. *Diskurs über die medizinische Polizey*, Pressburg, Leipzig, I., II., bei Anton Löwe, Buchdrucker und Buchhändler.

Frank, Johann Peter, *System einer vollständigen medizinischen Polizey* (díly I–IV Mannheim 1779–1788, díl v Stuttgart, díl VI Wien 1817–1819).

Rau, W. T., 1764. *Medicinische Policey-Ordnung. Gedanken von den Nutzen und die Nothwendigkeit einer medicinischer Policey-Ordnung in einem*

*Staat*, Ulm.

Ribay, Jur, 1794. *Katechismus zdraví*, Pešť.

Tablic, Bohuslav, 1819. *Kratičká dietetika*, Vác.

##### Seznam použité literatury

Arney, William R. 1982. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.

Broman, Thomas. 1995. “Rethinking Professionalization: Theory, Practice and Professional Ideology in 18th Century German Medicine.” *The Journal of Modern History* 67 (1995): 835–872.

Čornejová, Ivana et al. 1996. *Dějiny Univerzity Karlovy II (1622–1820)*. Praha: Karolinum.

Donnison, Jean. 1977. *Midwives and medical men. a history of inter-professional rivalries and women's right*. London: Schocken Books.

Dreyfus, Hubert, Rabinow Paul. 1984. *Michel Foucault. Un parcours philosophique*. Paris: Gallimard 1984.

Duden, Barbara. 2002. “Zwischen „wahrem Wissen“ und Prophetie.” In *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, ed. Barbara Duden, Jürgen Schlumbohm, Patrice Veit, 11–48. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Fischer-Homberger, Esther. 1984. *Krankheit Frau, Zur Geschichte der Einbildungen*. Darmstadt/Neuwied: Luchterhand.

Foucault, Michel. 1976–1988. *Dits et écrits I–IV*. Paris: Gallimard.

Foucault, Michel. 1976. *Histoire de la sexualité I. Volonté de savoir*. Paris: Gallimard.

Foucault, Michel. 1997. *Il faut défendre la société. Cours au collège de France (1976–1977)*. Edited by François Ewald, Alessandro Fontana. Paris: Gallimard/Seuil.

Foucault, Michel. 2004. *La naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978–1979)*. Edited by François Ewald, Alessandro Fontana. Paris: Gallimard/Seuil.

Foucault, Michel. 1963. *La naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Foucault, Michel. 2004. *Sécurité, territoire, population. Cours au collège de France (1977–1978)*. Edited by François Ewald, Alessandro Fontana. Paris: Gallimard/Seuil.

Frevert, Ute. 1985. “Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert: Professionsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik.” *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 4 (1985): 41–59.

Frevert, Ute. 1984. *Krankheit als politisches prob-*

lem (1770–1880). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Freidson, Eliot. 1988. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

Gelis, Jacques. 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris: Fayard.

Goubert, Pierre. 1977. “L’art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790.” *Annales E. S. C.* 5 (1977): 912–914.

Illich, Ivan. 1975. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.

Jordanova, Ludmilla. 1995. “The Social Construction of Medical Knowledge.” *Society for the social history of medicine* (1995): 361–381.

Kell, Othmar. 2002. *L’avènement de la médecine clinique et moderne en Europe 1750–1815*. Montréal: Georg Editeur.

Kruta, Vladislav. 1971. “K počátkům očkování proti neštovicím na Moravě. Očkovací slavnosti a oslavy E. Jennera v Brně 1808–1817.” *Dějiny věd a techniky* 4 (1971): 228–243.

Kutnar, František. 1948. *Sociálně myšlenková tvářnost obrozenského lidu*. Praha: Historický klub.

Laget, Mireille. 1982. *Naissances. L’accouchement avant l’âge de clinique*. Paris: Éditions du Seuil.

Pancino, Claudia. 1948. *Il bambino e l’acqua sporca. Storia dell’assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*. Milano: Franco Angeli.

Parsons, Talcott. 1951. “Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice.” In *The Social System*, ed. Talcott Parsons, 428–479. New York: Free Press.

Ramsey, Matthew. 1988. *Professional and Popular Medicine in France, 1770–1830: The Social World of Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ramsey, Matthew. 1994. “The Medical Faculty as Regulatory Institution: The French Case in the 18th and 19th Centuries.” In *L’Insegnamento della medicina in Europa (secoli XIV-XIX)*. *Atti del Convegno*, ed. Francesca Vannozzi, 75–95. Siena: Tipografia Senese.

Ramsey, Matthew. 1989. “Medicina e politica di monopolio professionale nel XIX secolo.” *Quaderni Storici* 46–48 (1989): 959–1011.

Remeš, Mořic. 1941. “Z dějin vakcinace na Moravě a ve Slezsku.” *Časopis Vlasteneckého spolku musejního v Olomouci* 54 (1941): 57–73.

Rozsivalová, Eva. 1954. “Začátky očkování chrániček proti neštovicím u nás” *Časopis lékařů*

*českých* 93 (1954): 25–27.

Sarasin, Philipp. 2001. *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers (1765-1914)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Sinkulová, Ludmila. 1959. *Lékaři, stát a zdraví lidu. z historie zdravotní služby v českých zemích*. Praha: SZdN.

Tinková, Daniela. 2007. “Biomoc a politická anatomie lidského a společenského těla. Foucaultův koncept biomoci ve vztahu k otázce modernizace státu, zrození humanitních věd a medikalizace společnosti na přelomu 18. a 19. století.” In *Conditio humana – konstanta či historická proměnná? Koncepty historické antropologie a teoretická reflexe v současné historiografii*, ed. Storchová Lucie, 115–139. Ústí nad Labem: Albis International.

Tinková, Daniela. 2012. *Zákeřná mefitis. Zdravotní policie a veřejná hygiena v pozdně osvětských Čechách*. Praha: Argo.

Tinková, Daniela. 2010. “Mefitická těla. Exodus zemřelých ze světa živých na přelomu 18. a 19. století.” In *Tělo v české kultuře 19. století*, ed. Tatána Petrasová, Pavla Machalíková, 73–82. Praha: Academia.

Tinková, Daniela. 2011. “Exodus zemřelých. Počátky medikalizace smrti v pozdně osvětských Čechách.” *Sociální studia* 8 (2011): 35–56.

Tinková, Daniela. 2010. *Tělo, věda, stát. Zrození porodnice v osvětské Evropě*. Praha: Argo.

Utíkal, Bedřich. *Začátky vakcinace v Čechách, Farmaceutické zprávy* 28/82/4, s. 440–445.

Vigarello, Georges. 1993. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-Age*. Paris: Seuil.

Vomela, Stanislav. 1916. “Z dějin varioly a vakcinace ve století devatenáctém.” *Časopis lékařů českých* 55 (1916): 1106–1108, 1132–1134.

Zaremba, Vladimír. 1964. “Zdravotnictví a zdravotnické koncepce v Čechách v období rozkladu feudalismu a přechodu ke kapitalismu (1740–1848).” *Plzeňský lékařský sborník, Supplementum* 13(1964): 137–236.