

REKONCEPTUALIZACE POJMU ZRANITELNOSTI A JEHO UŽITÍ COBY ANALYTICKÉHO NÁSTROJE*

Alena Glajchová**

Reconceptualization of Vulnerability and its Use as an Analytic Tool

Abstract: *This paper focuses on the notion of vulnerability and its conceptualization in the scientific sphere. The concept of vulnerability is used frequently, but its explanation and definition is vague and insufficient. The main purpose of this paper is to point out the limitations of the use of this concept in existing definitions and research articles and highlight its importance for further use as an analytic tool. Based on review of literature, the aim is to reconceptualise the notion of vulnerability in the scientific field and define it with respect to already established concepts that are closely related to the concept of vulnerability. Close attention is paid to the research area of health and the provision of health care. One of the major findings of analysis points out that vulnerability is mostly defined by many authors as a susceptibility to harm or neglect (Rogers 1997; Aday 1994) or its definition is often ignored. The most frequent use of this concept is based on the principle of labelling and many individuals are labelled as vulnerable based on one fixed category, such as gender, age, ethnicity, race, etc. In conclusion, I assume that such an approach homogenizes and stereotypically classifies vulnerable groups of the population. I suggest a new definition of vulnerability, which does not deny the individuality of each vulnerable person. This redefinition makes it possible to reveal the sources of vulnerability and various dimensions of social inequality.*

Key words: *vulnerability, vulnerable groups, bioethics, healthcare, intersectional approach, social inequalities.*

DOI: <https://doi.org/10.24132/actaff.2018.10.1.1>

*Tento text vznikl v rámci projektu „Migrace a zdraví matek: těhotenství, porod a rané rodičovství“ (Grantová agentura České republiky, grant č. 16-10953S).

**Mgr. Alena Glajchová, Katedra sociologie, Filozofická fakulta, Západočeské univerzita v Plzni, alenag@kss.zcu.cz.

1. Úvod

„Být zdrav“ se v současnosti stává obecně přijímaným imperativem, přesto je zdraví otázkou individuální odpovědnosti a životního programu každého z nás (např. Parusniková 2000). Variabilita celkového zdraví populace může být ovlivněna mnoha faktory, které zdraví buď to posilují, nebo naopak ustavují jedince do zranitelné pozice a zdraví je tak oslabováno. Koncept zranitelnosti (*vulnerability*) je obvykle definován jako „*náchylnost k újmě a k možnosti poškození*“ (Heaslip, Ryden 2013: 11). Je asociován se skupinami jedinců, jako jsou děti, pacienti¹ trpící chronickou nemocí, senioři atd. (Rogers 1997). Základním předpokladem zranitelnosti je, že určité kategorie jedinců se ocitají ve znevýhodněné pozici, disponují sníženou autonomií a vyžadují zvláštní zacházení a ochranu (např. Toader, Damir, Toader 2013). Koncept zranitelnosti se tak nepochybně dotýká oblasti zdraví a promítá se do systému zdravotní péče, a to jak na úrovni společenských struktur, tak i v oblasti mezilidských vztahů (Pařízková, Hrešanová, Glajchová 2018).

Ztráta autonomie, slabost, závislost, riziko či bezmoc (srov. ten Have 2016) jsou pojmy asociované s konceptem zranitelnosti. Mezi zranitelností a problematikou sociálních nerovností či mocenských vztahů existuje úzké spojení. Nerovnosti ve zdraví a v přístupu ke zdravotní péči jsou ve světě intenzivně studovány a dokumentovány, nicméně v českém prostředí výzkum, který by popisoval koncept zranitelnosti v oblasti zdraví a systému zdravotní péče, postrádáme. Přitom je např. klíčovým nástrojem k pochopení znevýhodněné pozice jedince v oblasti zdraví a jeho vztahu k poskytovateli zdravotní péče. Jeho unikátnost spočívá nejen v možnostech interdisciplinárního užití, ale především i v tom, že nám umožňuje lépe porozumět perspektivě a žité zkušenosti jedinců. První odkaz na pojem zranitelnost se vyskytl v bioetické směrnici *Belmont Report*, která byla vytvořena *Národní komisí pro ochranu lidských subjektů biomedicínského a behaviorálního výzkumu* (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) a publikována už v roce 1979 ve Spojených státech amerických.

K rekonceptualizaci zranitelnosti přistupuji na základě rešerše odborných článků a výzkumných zpráv vyhledaných v databázích SAGE Journals, ScienceDirect, SpringerLink, JSTOR a EBSCO. S ohledem na předporozumění dané problematice (Glajchová 2016) a můj zájem o koncept zranitelnosti a zdravotní péči jsem pro vyhledání textů užila klíčová slova a slovní spojení *vulnerability*, *vulnerable*, *vulnerable patient*, *vulnerability healthcare*. Do výběru jsem zahrнула studie, které obsahovaly alespoň jedno z těchto klíčových slov v názvu či v těle textu a které se zaměřovaly na konceptualizaci pojmu zranitelnost a na zranitelnou populaci ve vztahu ke zdravotní péči. Celkový výběr činil nejprve 92 textů, ale při detailním čtením došlo ke zvýšení počtu na 118 textů, publikovaných v letech 1993–2017.² Výjimku tvořily bioetické směrnice, které byly publikovány dříve, avšak posléze

¹Pro snazší čtení užívám v celém textu generické maskulinum.

²Detailní pročítání bioetických směrnic a vyhledaných textů odhalilo úzkou provázanost konceptu zranitelnosti s dalšími pojmy, jako jsou například autonomie či riziko. Považovala jsem proto za nutné texty o nich do rešerše zahrnout a toto úzké spojení popsat. Bioetika je odvětvím aplikované etiky a je chápána studium etických otázek, dilemat a morálních norem,

několikrát revidovány. Výběr obsahuje převážně odborné studie, bioetické směrnice a výzkumné zprávy z oborů a disciplín, jako jsou epidemiologie, environmentální a populační studia, ošetrovatelství, lékařství, medicína a bioetika, antropologie či medicínská sociologie.

Tato přehledová stať reaguje na nedostatek pozornosti věnované konceptu zranitelnosti i na jeho neadekvátní vymezení, nejčastěji postavené na principu *labelování* (*labeling*), které limituje jeho užitečnost. Jejím cílem je představit jej a uvést do povědomí české sociálněvědní oblasti jako užitečný koncept, který však vyžaduje redefinici a také rozšíření svého užití v oblasti zdraví a zdravotní péče. V první části tak představuji pojem zranitelnosti v kontextu vědních oblastí, v nichž je v současnosti užíván a definován. V další části jej vymezuji vůči konceptům již ustáleným a v poslední části textu navrhuji vlastní definici zranitelnosti a shrnuji zásadní zjištění vyhledaných studií, a to konkrétně ve vztahu k systému zdravotní péče. Přínosem této přehledové stati je přiblížení konceptu zranitelnosti širší odborné veřejnosti a upozornění na jeho užití coby analytického nástroje, které je přínosné pro porozumění sociální realitě.

2. CO JE ZRANITELNOST?

Anglický termín *vulnerability* (zranitelnost) pochází z latinského slova *vulnerare* (*to wound*, zranit) a *vulnus* (*a wound*, rána) (Heaslip, Ryden 2013). Původní latinské výrazy znamenají ublížení, zranění či újmu (Stevenson 2010). Dle světových slovníků narážíme hned na několik definic zranitelnosti. Nejobecnější a nejužívanější slovníkovou definicí je, že „*zranitelnost je náchylnost k ublížení a újmě, či schopnost být snadno fyzicky, emočně či mentálně zraněn*“ (Cambridge Learner's Dictionary 2017: nestr.).³ Jinde nacházíme definici, že „*zranitelnost je kvalita či stav, kdy je jedinec vystaven možnosti útoku či poškození (fyzickému nebo emočnímu)*“ (Oxford English Dictionary 2017: nestr.).⁴ Z medicínského hlediska můžeme nalézt definici zranitelnosti jako „*náchylnosti k poškození či slabosti*“ (Stedman's Medical Dictionary 2017: nestr.).⁵ V odborné literatuře je zranitelnost pojímána obdobně, a to jako „*náchylnost k ohrožení, újmě a bezmocnosti*“ (Adger 2006: 268; srov. Cooley 2015).

Všechny uvedené definice mají i přes rozdílnou formulaci společný prvek, a to pojmy ublížení a ohrožení. Zranitelnost zde také jednoznačně odkazuje k určité míře nebezpečí a ztrátě kontroly. V literatuře je asociována s mnoha dalšími pojmy, jako je omezenost, nejistota či křehkost (ten Have 2016: 3), a převážně nabývá negativního významu. Charakteristickým rysem definice konceptu zranitelnosti je

které se vyskytují v biologických vědách a uvnitř současné biomedicíny (Ember, Ember 2004; Weitz 2007).

³U slovníkových definic v jiném jazyce se jedná vždy o vlastní překlad, přičemž v poznámce pod čarou uvádím přesnou původní citaci. Původní citací definice zranitelnosti je: „*Susceptibility to health problems, harm or neglect*“ (např. Rogers 1997: 65; Aday 1994: 487); „*Able to be easily physically, emotionally, or mentally hurt, influenced, or attacked*“ (Cambridge Learner's Dictionary 2017: nestr.).

⁴Původní citací je: „*The quality or state of being exposed to the possibility of being attacked or harmed, either physically or emotionally*“ (Oxford English Dictionary 2017: nestr.).

⁵Původní citací je: „*Weakness of susceptibility to damage*“ (Stedman's Medical Dictionary 2017: nestr.).

udržování holistické perspektivy, která uvaluje zranitelnost na členy skupiny bez ohledu na jejich individuální zkušenost a odlišnost (Heaslip, Ryden 2013).

Vývoj konceptu zranitelnosti ve vědecké literatuře začal prvním odkazem na tento pojem ve 20. letech 20. století, a to ve studii, která se zaměřovala na zranitelnost centrální části oční sítnice. Termín v tomto období užívala převážně lékařská věda jako technické označení v souvislosti se správným či nesprávným fungováním určité zkoumané oblasti lidského těla (ten Have 2016: 21; srov. Delor, Hubert 2000). Uplatňoval se tak zejména pro popis anomálií či defektů, avšak nebyl vysvětlen, ani definován.

Od poloviny dvacátého století vzrostl počet studií, které odkazovaly ke konceptu zranitelnosti, a zvětšující se zájem rozšířil termín do mnoha vědních oblastí. Na konci sedmdesátých let a v letech osmdesátých jej začali výzkumníci hojně užívat v epidemiologických a environmentálních studiích, v ošetrovatelství a v bioetice. Nejpatrněji se trend projevil na poli rychle se rozvíjející ošetrovatelské vědy. Koncept zranitelnosti zde již nebyl uplatňován pouze jako indikátor (ne)správnosti tělesné struktury a (ne)dostačujícího fyzického zdraví, ale mohl se rozvinout díky nové pozornosti věnované fungování osob (pacientů) uvnitř specifického prostředí – jedním z prvních poznatků například bylo, že pacientova závislost jej umísťuje do zranitelné situace (McGilloway 1976). Od počátku sedmdesátých let se koncept zranitelnosti stal inherentní součástí bioetických směrnic, které ho dodnes užívají k zajištění etického zacházení a autonomie pacienta. Určují zranitelné skupiny jedinců na základě fixních kategorií (věku, etnicity, socioekonomického statusu aj.) a zároveň i s ohledem na prostředí a vlivy, kterým jsou vystaveni. Pracují pak např. se skupinami ekonomicky znevýhodněných jedinců, velmi nemocných a hospitalizovaných jedinců, rasových a etnických minorit atd. (srov. Belmont Report 1979).⁶ Ačkoliv se terminologie bioetického diskurzu spoléhá na pojmy *zranitelný*, *zranitelná populace* nebo *zranitelné subjekty*, postrádá vysvětlení či definici samotného termínu zranitelnosti jako takového. Podle ten Havea se v tomto případě jedná spíše o atribut, nikoliv o relevantní kvalitu (ten Have 2016: 39n.).

Klíčovým konceptem se termín zranitelnost stal v devadesátých letech pro environmentální a epidemiologické studie, ale i pro sociálněvědní výzkum. Tyto studie koncept uchopovaly způsobem, že jakékoliv nebezpečí, které je spjaté například s přírodní katastrofou nebo znevýhodňujícími životními podmínkami, pojímaly jako riziko způsobující zranitelnost celé populace (Delor, Hubert 2000: 1557–1562).

⁶ *Kodex federálních předpisů (Protection of Human Subjects – 45 CFR 46)* určuje jako zranitelné skupiny děti, vězně, těhotné ženy a jejich embrya (Code of Federal Regulations 2009). *Helsinská deklarace* zvažuje jako zranitelné nekompetentní osoby, jež nemohou poskytnout informovaný souhlas nebo jej odmítají. Dále za zranitelnou populaci identifikuje jedince, kteří jsou ohroženi nátlakem, nezískávají výhody z participace na lékařském výzkumu a jejichž potřeby spjaté se zdravím jsou opomíjeny (World Medical Association 2013). Belmont Report definuje jako zranitelné skupiny rasové minority, ekonomicky znevýhodněné jedince a velmi nemocné a hospitalizované jedince (The Belmont Report 1979). *Světová zdravotnická organizace (CIOMS – Mezinárodní etická směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky)* zvažuje jako zranitelné ty jedince, kteří mají omezenou schopnost chránit vlastní zájmy nebo poskytnout informovaný souhlas. Do klasifikace zranitelných skupin tak zahrnuje děti a osoby s mentální či behaviorální poruchou, podřízené členy hierarchických skupin, seniory, obyvatele pečovatelských domů, jedince přijímající sociální benefity, nezaměstnané, pacienty na pohotovosti, etnické a rasové minoritní skupiny, bezdomovce, uprchlíky, vězně, pacienty s nevléčitelnou chorobou či členy komunit, které neznají medicínské koncepty (CIOMS 2002).

Environmentální vědci se zabývali konceptuálním rámcem zranitelnosti, ale jeho aplikace byla opět spíše technická, zaměřená k úsilí konstruovat index zranitelnosti a popsat rozsah změn a potřebných intervencí (srov. Vörösmarty et al. 2000; Turner et al. 2003; Brown 2011). Adger (2006: 268n.) definoval zranitelnost jako stav náchylnosti k ublížení z důvodu vystavení stresu, který je spojen s environmentální a sociální změnou a nedostatečnou schopností adaptace.

V oblasti epidemiologických studií bylo za nebezpečí a důvod náchylnosti k újmě považováno například riziko nákazy HIV/AIDS, spojované s určitými skupinami lidí, které byly v důsledku stigmatizovány a exkludovány. Tato zranitelnost ale pouze ilustruje dopady sociálních faktorů, jako jsou chudoba, ekonomické zneužívání, sexuální útlak, rasismus či sociální exkluze (Parker 2001). Parker hovoří o tzv. strukturálním násilí, tedy o situaci, kdy strukturální faktory vystavují jedince a skupiny náchylnosti k epidemii HIV/AIDS. Od roku 2000 došlo k posunu v uvažování o příčinách zranitelnosti, které již nebyly hledány v prostředí, ale výzkumníci se zaměřili na konkrétní individuální praktiky a mezilidské vztahy (Delor, Hubert 2000; Ruof 2004). Zájmem výzkumníků se staly především rizikové praktiky pro přenos HIV/AIDS. Za zranitelné tak začali být pojímáni i ti jedinci, které s náchylností k újmě a poškození spojovalo jejich individuální jednání, anebo na něž měla vliv jejich specifická individuální pozice v rámci vztahů a interakcí ve společnosti.

V současnosti se koncept rozšířil do mnoha vědních oblastí. Dominantní zájem projevují environmentální studia, ošetrovatelství, lékařství a bioetika. Celá řada studií se od počátku jednadvacátého století zaměřuje na konceptualizaci zranitelnosti (např. Delor, Hubert 2000; Aday 1994; Rogers 1997) a doprovází ji i četná kritika. Kritizována je zejména celková četnost různých definic, jejich vágnost a stereotypizující labelování (Hurst 2008; Ruof 2004; DeBruin 2001; Toader, Damir, Toader 2013; Spiers 2000).

3. ZRANITELNOST VE VZTAHU S JINÝMI KONCEPTY

Pro jasné porozumění konceptu zranitelnosti a jeho uplatnění v praxi je potřeba jej vůči již ustáleným, korelujícím konceptům vymezit. Jeho pojetí a aplikovatelnost se budou přirozeně lišit podle vědecké oblasti a výzkumného tématu.

3.1. AUTONOMIE

Od doby, kdy byl poprvé představen ve směrnici *Belmont Report* (1979), hraje koncept zranitelnosti zásadní roli v uvažování o etice výzkumu a zaujímá ústřední pozici v oblasti výzkumu etiky a bioetiky. Postupně zvýšil pozornost vůči jednotlivým směrnícím i rozsah svého užití napříč obory (např. Ruof 2004; Toader, Damir, Toader 2013; Bracken-Roche et al. 2017). V rámci bioetického diskurzu představuje zranitelnost deficit, slabost, závislost, vadu či nedokonalost a skrze autonomii se váže na etické principy. *Belmont Report* (1979) definuje tři obecné etické principy, jimiž jsou: respektování osob (*respect for persons*), prospěšnost (*beneficence*) a spravedlnost (*justice*).

Autonomie je v *Akademickém slovníku cizích slov* definována jako „*samospráva, forma určité (omezené, relativní) nezávislosti a samostatnosti (v rámci většího celku)*“ (Petráčková, Kraus 2001: 84). *Slovník spisovné češtiny* (Červená, Filippec 2010) definuje autonomii obdobně, a to jako *nezávislost, samospráva (uvnitř vyššího celku)* zahrnující *kulturní autonomii a právo na autonomii*. Ani výklad významu slova autonomie ze *Slovníku spisovného jazyka českého* se příliš neliší – autonomie je zde formulována jako *samospráva a svézákonnost, tedy právo národů na autonomii, kulturní autonomii a autonomii umění* (SSJČ n.d.: nestr.).⁷ *Sociologický slovník* (Jandourek 2007) rozpracovává pojem autonomie širěji – autonomie je *samostatnost jednotlivců, skupin nebo organizací, samostatné určování pravidel nebo cílů, jejich provádění a kontrola*. Konkrétně v sociologii je pak autonomie definována jako „*schopnost racionálního aktéra samostatně se rozhodovat a nebýt subjektem nějaké determinace*“ (Jandourek 2007: 35). Pokud přeneseme výše uvedené obecné definice, spolu s výkladem *Sociologického slovníku*, do empirie, je autonomie chápána jako respekt k rozhodnutí jedince a jeho nezávislosti (Haugen 2010). Autonomie jakožto elementární etický princip předpokládá aktivní participaci a spolupráci (Haugen 2010; ten Have 2016) i právo člověka na sebeurčení a na vytváření, přijímání či odmítání rozhodnutí, která se týkají jeho blaha (Garrett, Baillie, Garrett 1993: 28).

Mezi autonomií a zranitelností existuje důležité spojení – zranitelnost lze definovat jako *narušenou či omezenou autonomii* (např. Toader, Damir, Toader 2013). Jinak řečeno, autonomie je snižována zranitelností. Zranitelnost tak vyvstává z nedostatečné schopnosti chránit vlastní zájmy, rozhodovat se a aktivně participovat. V prostředí zdravotní péče a v rámci bioetického diskurzu se autonomie promítá do informovaného souhlasu. Žádný pacient by neměl být léčen bez svého souhlasu nebo proti své vůli. Za zranitelné jedince (pacienty) jsou tak považováni ti, kteří nemohou poskytnout informovaný souhlas nebo nejsou schopni učinit vlastní rozhodnutí. Autonomii tedy lze považovat za normu, za ideál převažující ve společnosti, kdežto zranitelnost za druhou stranu této dominance (srov. ten Have 2016).

3.2. RIZIKO

Riziko znamená možnost, že se může stát něco špatného, či jakoukoliv nebezpečnou událost. V *Akademickém slovníku cizích slov* (Petráčková, Kraus 2001) nacházíme definici pojmu riziko: *nebezpečí, možnost škody, ztráty, nezdaru*. Stejně je riziko formulováno i ve *Slovníku spisovné češtiny* (Červená, Filippec 2010), kde je navíc uveden dodatek, že riziko znamená i *vzít na sebe riziko ztráty* (srov. SSJČ n.d.).⁸ Brooks (2003: 6) analyzuje různé definice pojmu riziko a na základě toho tvrdí, že téměř všechny formulují riziko jako *pravděpodobnost výskytu nebezpečí,*

⁷Pro doplnění uvádím anglická slovníková hesla pojmu autonomie (*autonomy*): „*the ability to make your own decisions without being controlled by anyone else*“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.); „*self-directing freedom and especially moral independence*“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

⁸Pro doplnění uvádím anglická slovníková hesla pojmu riziko (*risk*): „*the possibility of something bad happening; something bad that might happen*“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.); „*the possibility of loss or injury*“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

jež má za následek vznik katastrofy, či sérii událostí s nežádoucím dopadem anebo pravděpodobnost nějaké pohromy.⁹

V odborné literatuře pracují s konceptem rizika především environmentální a epidemiologické studie (srov. Delor, Hubert 2000). Aday (1994: 487) tvrdí, že základem definice zranitelnosti je epidemiologický koncept rizika. Zranitelnost a riziko je tak potřeba chápat jako dva vzájemně spjaté koncepty – zranitelnost vzniká vystavením rizikové události (například riziku újmy, nebezpečí, zhoršeného zdraví aj.), zatímco riziko představuje pravděpodobnost vzniku zranitelnosti, tedy pravděpodobnost vystavení nepříznivé události zhoršující zdraví a celkové blaho jedince (well-being) (Flaskerud, Winslow 1998; Chambers 1989).

3.3. MARGINALIZACE

Pojem marginalita vznikl od kořenu slova *margin* (*kraj*). *Margins* jsou ve vědeckém prostředí definovány jako *periferní aspekty lidí, sociálních sítí, komunit a prostředí* (Hall, Stevens, Meleis 1994; Boychuk Duchscher, Cowin 2004). České výkladové slovníky obsahují pojem marginálie a marginální. Například *Akademický slovník cizích slov* (Petráčková, Kraus 2001) uvádí, že marginálie znamenají *poznámky k textu na okraji listů* (srov. SSJČ n.d.) a marginální znamená *okrajový, či jedinec žijící na okraji společnosti. Slovník spisovné češtiny* (Červená, Filipec 2010) vysvětluje pouze slovo marginální, jehož význam je shodný i se *Slovníkem spisovného jazyka českého* (SSJČ n.d.) – *okrajový*.¹⁰

Marginální status odkazuje tedy k věcem, jednáním, charakteristikám atd., které jsou na okraji (srov. Jandourek 2007). Koncept marginality je užíván od 20. let 20. století, kdy jej Robert Ezra Park, představitel sociologické chicagské školy, vytvořil pro popis migrace a zkušenosti migrujících. Od počátku je uplatňován zejména pro uchopení žité zkušenosti, a to nejen migrujících osob a jejich integrace do majoritní společnosti, ale také zkušenosti lidí z dvou různých kultur, mezi nimiž je asymetrický vztah – jako jsou lidé odlišné barvy pleti, chudí, mentálně nemocní, oběti násilí či sexuální menšiny (např. Pelc 2017). Marginalita je tudíž vymezována jako jedincův *stav bytí periferním* (Hall, Stevens, Meleis 1994: 25).¹¹ Marginalizace je pak obecně chápána jako komplexní proces, během něhož jsou jedinci a skupiny na základě své identity, asociace, zkušenosti či svého prostředí odsouváni do situace bytí na okraji společnosti (např. Sirovátka 1997; Young 2014; Pelc 2017). Marginalizaci můžeme také definovat jako „proces, kterým je skupině

⁹Původní citací je: „the probability of occurrence of a hazard that acts to trigger a disaster or series of events with an undesirable outcome, or the probability of a disaster“ (Brooks 2003: 6).

¹⁰Pro doplnění uvádím anglická slovníková hesla pojmu *okraj* (*margin*) a *marginalita* (*marginality*): *margin* – „the ability to make your own decisions without being controlled by anyone else“ (Cambridge Learner’s Dictionary 2017: nestr.); *marginality* – „not of central importance; also occupying the borderland of a relatively stable territorial or cultural area; or excluded from or existing outside the mainstream of society, a group, or a school of thought“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

¹¹Původní citací je: „Marginality is defined as the condition of being peripheralized [...]“ (Hall, Stevens, Meleis 1994: 25).

či jedinci odpírání přístup k důležitým pozicím a symbolům ekonomické, náboženské a politické moci uvnitř společnosti“ (Scott, Marshall 2009: 437).¹²

Marginalizace má zásadní dopady na zdraví (Lynam, Cowley 2007). Marginální status úzce souvisí se zkušenostmi diskriminace, neuspokojených základních potřeb, omezeného přístupu ke zdravotní péči, psychického traumatu či například environmentálního nebezpečí, jež v důsledku zvyšují zdravotní rizika. Například Campbell s kolegy (2004) poukazují na to, že marginalizovaní jedinci jsou vystaveni exkluzi a znevýhodňujícímu nedostatku zdrojů. Exkluze a znevýhodnění jim znesnadňují participaci v různých komunitních službách zacílených na snižování sociálních nerovností (včetně zdravotní péče). Proces marginalizace tak odhaluje úzké spojení mezi zdravím (zdravotními riziky) a zranitelností. Definujeme-li zranitelnost jako náchylnost k újmě či vystavení škodlivému a zdraví nebezpečnému prostředí, marginalizaci lze označit za důsledek zranitelnosti – důsledek vystavení rizikovým faktorům (srov. Rogers 1997; Toader, Damir, Toader 2013).

Koncept zranitelnosti tak nelze zaměňovat s marginalizací, jelikož tento proces představuje vyústění nedostatečné schopnosti soupeřit s riziky a náchylnostmi, jež činí jedince zranitelnými. I přesto, že marginalizace nepopírá variabilitu prostředí, ovlivňující míru rizik a dopady na zdraví (např. Hall, Stevens, Meleis 1994), jedná se o vágní a neadekvátní koncept pro porozumění zranitelnosti a vysvětlení individuální zkušenosti, v níž je zranitelnost zakoušena.

3.4. KŘEHKOST

Křehkost je pojem, který je obecně vysvětlován jako *vlastnost toho, co je křehké*, či jako *slabost a nedostatek* (např. Červená a Filipec 2010; SSJČ n.d.).¹³ V geriatrické literatuře je za křehkost (*frailty*) označován proces věkově podmíněného poklesu potenciálu zdraví ve stáří (Kalvach, Holmerová 2008) a kumulace fyzických, psychologických anebo sociálních poruch a nedostatků, které riziko zhoršeného zdraví zvyšují (Lacas, Rockwood 2012). Křehkost souvisí se stavem náchylnosti k nepříznivým zdravotním výsledkům, s utrpením a omezením fungování jedince (např. Paixao, Prufer de Queiroz Campos Araújo 2010). Někteří autoři ji dokonce chápou „jako variabilní zranitelnost vůči zhoršenému zdraví u lidí stejného chronologického věku“ (Lacas, Rockwood 2012: 2).¹⁴ Z nich však Rockwood později téma rozvedl a upozornil na potřebu redefinice křehkosti a na to, že je přivozena mnoha faktory a že spíše stav zranitelnosti způsobuje (Rockwood 2005: 432).

¹²Původní citací je: „A proces by which a group or individual is denied access to important positions and symbols of economic, religious, or political power within any society“ (Scott, Marshall 2009: 437).

¹³Pro doplnění uvádím anglická slovníková hesla pojmu křehkost (*frailty*): „weakness and lack of health or strength“ (Cambridge English Dictionary 2017: nestr.); „the quality or state of being frail“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

¹⁴Kottow (2004) rozlišuje mezi základní a variabilní zranitelností. Základní chápe jako univerzální lidský stav, kdy vědomí rizika či selhání činí jedince zranitelným. Naopak variabilní zranitelnost či náchylnost chápe jako epidemiologický koncept značící, že jedinci jsou vystaveni možnosti újmy, zranění a narušení integrity.

3.5. BEZPEČNOST A ODOLNOST

Koncept zranitelnosti lze definovat i skrze protiklady slova zranitelnost, kterými jsou například bezpečnost (*security*) či odolnost (*resilience*) (ten Have 2016). Co se týče slovníkových výkladů těchto pojmů, pouze *Slovník spisovné češtiny* uvádí definici bezpečnosti, která je vykládána jako *jistota a zajištění osobního bezpečí* (Červená, Filipec 2010). Ve stejném slovníku také nacházíme pojem odolnost, jenž je definován jako *fyzická a duševní odolnost*. Přídavné jméno odolný slovník vykládá jako *schopnost odolat a odolávat* (např. nákaze). Pojem odolnost je shodně vykládán i ve *Slovníku spisovného jazyka českého* (SSJČ n.d.), v němž je navíc rozveden význam slova odolný – *odolávat nějakému náporu, být odolný vůči hrozbám, nákaze, anebo je slovo vztaženo k odolnosti materiálu či konstrukce* (SSJČ n.d.).¹⁵

Bezpečnost lze chápat jako *situaci, kdy je zranitelnost redukována či zcela absentuje*. Ten Have upozorňuje na vztah nepřímé úměry mezi zranitelností a bezpečností – když se snižuje zranitelnost, zvyšuje se bezpečnost. Pokud je jedinec v bezpečí, je uchráněn od nebezpečí a stavu zranitelnosti (ten Have 2016: 25).

Koncept odolnosti, jenž vznikl v ekologických studiích, lze definovat jako *schopnost soupeřit s vnějšími riziky a stresem* (Adger 2006). Dříve byl užíván jako ekvivalent stavu ne-zranitelnosti – lidé jsou zranitelní, protože postrádají odolnost (ten Have 2016: 27). Nejvíce se koncept odolnosti užívá na poli globálních environmentálních studií, zahrnujících klimatické změny. Zde je však vztahován k interakci mezi lidmi a přírodou a ke schopnosti adaptace, která má naopak pozitivní vliv na zranitelnost. To znamená, že takto pojímaná odolnost zamezuje výskyt vnějších rizik a stresu (např. Carpenter et al. 2001).

4. REDEFINICE KONCEPTU ZRANITELNOSTI

Na základě provedené rešerše studií lze tvrdit, že konceptualizace zranitelnosti je vágní a zavádějící. Za nejproblematictější považuji klasifikaci jedinců na základě fixních skupinových charakteristik. V důsledku toho se střetáváme se seznamem zranitelných skupin (například etnických minorit, seniorů, zdravotně postižených jedinců, bezdomovců aj.), jejichž členové jsou předurčeni ke zvláštní pozornosti a opatření nálepkou zranitelnosti, která může být považována i za stigmatizující (srov. DeBruin 2001). Tento přístup, ačkoliv zajišťuje dodržování etických zásad v oblasti medicíny a bioetiky, činí skupiny homogenními a zcela opomíjí individuální zkušenost. Způsobuje naopak, že všichni členové jsou chápáni jako stejně zranitelní. Jedinci se nicméně mohou stát v různých podmínkách a prostředích zranitelnými i bez toho, že by za takové byli předem klasifikováni. Stejně tak jedinci označení nálepkou zranitelnosti nemusí sami sebe vnímat jako zranitelnou osobu s oslabenou autonomií (srov. Heaslip, Ryden 2013; ten Have 2016). Dosavadní přístup navíc odkazuje k dichotomní zkušenosti – buď je daný jedinec zranitelný,

¹⁵Pro doplnění uvádím anglická slovníková hesla pojmu bezpečnost (*security*) a odolnost (*resilience*): *security* – „*protection of a person, building, organization, or country against threats such as crime or attacks by foreign countries*“ (Cambridge English Dictionary 2017: nestr.); *resilience* – „*the quality of being able to return quickly to a previous good condition after problems*“ (Cambridge English Dictionary 2017: nestr.); *security* – „*the quality or state of being secure*“; *resilience* – „*an ability to recover from or adjust easily to misfortune or change*“ (Merriam-Webster Dictionary 2017: nestr.).

či nikoliv. Přes celou řadu kritik (např. Spiers 2000; DeBruin 2001; Levine et al. 2004) však stále postrádáme adekvátní definici zranitelnosti. Tato skutečnost mě přiměla k opětovnému promýšlení konceptu zranitelnosti, který může být přínosný pro analýzu různorodých situací a zkušeností týkajících se zranitelnosti.

Zranitelnost vymezují jako *působení jednoho či více vzájemně se protínajících situačních, kontextových a osobnostních faktorů*. Tato definice nám umožňuje porozumět individuální zkušenosti jedince a motivuje nás k odhalování jednotlivých faktorů, které se podílejí na formování zranitelnosti v daném kontextu a situaci. Díky ní můžeme my jedince a také on sám sebe považovat za zranitelného nejen v důsledku působení fixních kategorií, jako jsou gender, etnicita, věk či socioekonomický status, ale i na základě intersektce mnoha dalších faktorů, které nejsou předem definované a vyplývají ze situace a kontextu, v nichž se jedinec ocitá. Tato definice tak nezahrnuje pouze etickou, ale i emickou (srov. Spiers 2000) perspektivu toho, kdo je zranitelný. Důraz klade na rozkrývání konkrétních faktorů a situací a jejich vzájemné protnutí.

Dále ilustruji problematiku na konkrétním příkladu. V současném biomedicínském diskurzu hovoříme o tzv. partnerském vztahu mezi pacientem a lékařem. Nicméně žitá zkušenost těchto aktérů může odhalit zcela odlišná zjištění. Lékař se může ocitnout v situaci, kdy se stane zranitelným, i přes to, že zastává pozici experta, která je typicky spojována spíše s mocensky nadřazenou pozicí nežli zranitelnou. Na lékařovy zkušenosti zranitelnosti se mohou podílet faktory jako nedůvěra a vzdor ze strany pacientů, jejich nadměrná informovanost, přemíra byrokratických úkonů či nedostatek času na výkon profese (Glajchová 2016). Vidíme, že zranitelní jedinci nemusí být členové určitých objektivně daných skupin, ale že na základě působení mnoha faktorů se zranitelným může stát kterýkoli člen společnosti. Příklad však neilustruje trvalý a daný stav, v němž by se lékař ocitl. Tato hypotetická zkušenost zranitelnosti se bude lišit v závislosti na heterogenitě skupiny pacientů, na organizačním nastavení daného zařízení, osobnostních rysech atd.

5. PREZENTACE ZRANITELNÉ POPULACE V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Jako diskuzi k užití konceptu zranitelnosti ve vztahu se zdravotní péčí považuji za důležité předestřít, jak jednotlivé studie v dané oblasti koncept uchopují a jak skrze něj prezentují obraz zranitelné populace. Zaměřila jsem se na studie z prostředí poskytování zdravotní péče, uvnitř něhož je pozice zranitelných jedinců vyjednáвана. Téměř všechny texty užívaly termíny zranitelnost (*vulnerability*) či zranitelný (*vulnerable*) jako přívlastek. Skrze něj autoři popisovali situaci jedinců narážejících na různé bariéry a nerovné zacházení v prostředí zdravotní péče (např. Cooper-Patrick et al. 1999; Saha, Arbelaez, Cooper 2003; Bostick et al. 2006; Migge, Gilmartin 2011; Holmes 2012; Stan 2015). Vždy se však jednalo o členy jedné ze zranitelných skupin, jako jsou etnické a rasové minority (Cooper-Patrick et al. 1999; Bostick et al. 2006, Migge, Gilmartin 2011; Holmes 2011; Holmes 2012) či lidé ve stáří (Williams, Haskard, DiMatteo 2007; Cooley 2015). Jedna studie se zabývala skupinou žen, které trpěly chronickou bolestí a setkávaly se s nedůvěrou a nepochopením ze strany lékařů (Werner, Malterud 2005). Staly se tak zranitelnými nikoliv na základě fixního faktoru, jímž je gender, ale až interakcí s lékaři.

Nejčastější překážky a těžkosti, jež zranitelní (obzvláště členové etnických a rasových minorit) zažívají a na něž autoři upozorňují, se týkají především kulturních odlišností. Jako hlavní překážku v přístupu k péči pak hodnotí komunikační bariéry (Ashton et al. 2003; Derose, Escarce, Lurie 2007; Migge, Gilmartin 2011). Podle výzkumníků ovlivňují nejen komunikaci jako takovou, ale i úspěšnost léčby a pacientovu spokojenost, jež následně podmiňuje budování vztahu mezi poskytovatelem péče a pacientem (Ashton et al. 2003). Z těchto důležitých zjištění vyplývá, že neznalost úředního jazyka zvyšuje náročnost dalších překážek a nesnází, které uvalují jedince do stále zranitelnější pozice. Nízká úroveň jazykové kompetence, způsobující nepochopení mezi zdravotníky a pacientem, tak bezpochyby snižuje pacientovu autonomii (Bostick et al. 2006: 1330) a omezuje jeho schopnost samostatně vyhledávat a získávat informace o svém zdraví (Adanu, Johnson 2009). Další zásadní zjištění přináší například Holmes (2012), podle nějž odlišné kulturní a socioekonomické pozadí pacientů výrazně ovlivňuje porozumění nemoci či její prožívání. To je mnohými autory zdůvodňováno odlišným *vysvětlujícím modelem*. *Vysvětlující model nemoci (explanatory model of sickness)* zdůrazňuje, že pacient zaujímá specifickou perspektivu, osvojuje si vlastní porozumění příčině a prognóze nemoci, má specifická očekávání a manifestuje různé vzorce chování (Kleinman, Eisenberg, Good 1978; Carrillo, Green, Betancourt 1999). Perspektivy lékaře a pacienta jsou proto nutně odlišné (Ashton et al. 2003). Tento odlišný *vysvětlující model* lze též zvažovat jako specifickou bariéru v interakci se zdravotnickým personálem.

Co se týče stárnoucí populace, Williams s kolegy označují za hlavní překážku také komunikační bariéru, která však nespočívá v neznalosti úředního jazyka, ale v nedostatku empatické a efektivní komunikace, která je jinak zásadní součástí léčby (Williams, Haskard, DiMatteo 2007). Citovaní autoři na základě rešerše mnoha výzkumů shrnují potenciální problémy, které mohou seniory potkat a ovlivnit tak jejich komunikaci se zdravotníky i jejich zranitelnost. Autoři upozornili na řadu faktorů, které se podílejí na formování a prohloubení zranitelnosti seniorů v prostředí zdravotní péče, například ztrátu sociálních kontaktů, vyloučení z trhu práce, změny v rodinné struktuře, ovdovělost, smrt přátel, vyšší příjmů, zhoršené zdraví, postižení či ztrátu mobility (Williams, Haskard, DiMatteo 2007: 454–455).

Mnohé studie upozorňují na finanční a strukturální nesnáze, které znesnadňují jedincům přístup ke zdravotní péči a její přijímání, což je opět ustavuje do zranitelnější pozice. Jedná se zejména o vyšší příjmů, finančně nákladnou léčbu a absenci zdravotního pojištění (Rogers 1997; Saha, Arbelaez, Cooper 2003; Bostick et al. 2006; Holmes 2012). Někteří jedinci si s nízkými příjmy nemohou dovolit vhodné léky či druh léčby, který vyžaduje jejich zdravotní stav, a někdy se na úkor vlastního zdraví rozhodnou zdravotní péči nevyhledat či odmítnout (např. Migge, Gilmartin 2011). Situace se týká převážně cizinců, kteří mají omezený nárok na zdravotní pojištění a v případě potřeby zdravotní péče odjíždějí zpět do své původní země (Migge, Gilmartin 2011: 1145; Stan 2015: 348n.). To jednoznačně odkazuje k překážkám pevně ukotveným ve strukturách společnosti. Některé studie (např. Cooper-Patrick et al. 1999; Holmes 2012; Stan 2015; Cooley 2015) explicitně zmiňují, že určitá legislativní opatření, organizační nastavení systému zdravotní péče a jednotlivých zdravotnických zařízení, ale i stereotypy a před-

sudky činí jedince zranitelnými a znesnadňují jejich situaci v prostředí zdravotní péče (Pařížková, Hrešanová, Glajchová 2018).

Jako atribut určité skupiny lidí užívá termíny zranitelnost či zranitelný pouze skromný počet výše citovaných studií. Naopak Werner a Malterud (2005) ve své studii identifikovali tzv. prostor zranitelnosti (*space of vulnerability*), v němž se ocitají ženy pacientky v rámci interakce s lékaři. Do této zranitelné pozice se ženy pacientky nedostávají výhradně kvůli ženskému genderu, ale příčinou zranitelnosti je jejich nevysvětlitelná chronická bolest a nedůvěra, odmítání a ignorance ze strany lékařů. To z důvodu, že jejich bolest nemá z pohledu medicínské disciplíny objektivní symptomy a není považována za opravdovou nemoc. Dotazované ženy tak během konzultace s lékařem těžce pracují na tom, aby jejich symptomy byly viditelné, brány vážně a zasluhující pozornost lékařů a následnou léčbu. Přesto však zde gender hraje zásadní roli, a to ve stereotypním vnímání ze strany lékařů, kteří nevysvětlitelnou bolest žen interpretují jako hysterii a módní diagnózu (Werner, Malterud 2005: 45). Nordström a Wangmo (2017) se zaměřili na interakci mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve stáří. Výzkumníci však zdůrazňují, že zranitelnými nejsou jen tito pacienti, ale i zdravotnický personál, který je vystaven náročným pracovním podmínkám a situacím, což může vyplývat v jejich pocit nejistoty a ambivalence vztahující se ke stárnoucím pacientům. Ve svém výzkumu prováděli polostrukturované rozhovory s ošetřovatelským personálem a došli k závěru, že vztah mezi pacienty ve stáří a zdravotnickým personálem je charakteristický tzv. vzájemnou zranitelností (*mutual vulnerability*), která je způsobena celou řadou interaktivně vyvstávajících aspektů, jako jsou odmítavý či hrubý přístup pacientů, časový tlak v rámci organizace či nedostatek personálu (Nordström, Wangmo 2017: 10). Nordström a Wangmo argumentují, že vzájemná zranitelnost je základem tohoto pracovního kontextu a měla by být obsahem i etických směrnic a kodexů, s důrazem na vzájemnost ve vztahu poskytovatel–příjemce péče (Nordström, Wangmo 2017: 11). Zranitelnost tudíž nespočívá pouze na straně pacientů jako reprezentantů zranitelné skupiny, ale i na straně jiných členů společnosti – v tomto kontextu zdravotníků (srov. Glajchová 2016). K potřebě věnovat se tématu zranitelnosti dochází studie napříč rešerší opakovaně a jen tak umocňují jeho význam.

6. ZÁVĚR

Ve svém textu, postaveném na rešerší odborných studií, jsem si kladla za cíl představit koncept zranitelnosti a upozornit na jeho důležitost a užitečnost v prostředí systému zdravotní péče. V první části textu popisuji jeho oblasti uplatnění a užívané významy, které se navzdory původu v různých oborech (bioetice, lékařství a ošetřovatelství, epidemiologii a environmentálních studiích) shodují – je vykládán jako náchylnost k újmě, zhoršenému zdraví a riziku. Domnívám se, že abychom konceptu zranitelnosti lépe porozuměli, je třeba jej vymezit vůči konceptům již ustáleným – autonomii, riziku, marginalizaci, křehkosti, bezpečnosti či odolnosti. Jejich úzké spojení je klíčové objasnit a zdůraznit díky němu unikátnost a nezaměnitelnost zranitelnosti.

Na základě podrobné analýzy studií, výzkumných zpráv a bioetických směrnic přicházím ve druhé části textu s argumentem, že ačkoliv jsou pojmy zranitelnost či zranitelný často užívány (srov. ten Have 2015), postrádá literatura pojednávající o konceptu zranitelnosti jeho detailní vysvětlení ve vztahu ke zkoumané problematice.¹⁶ Převážná část autorů se drží ustálené definice (náchylnost k újmě), která je jednostranná, předsudečná a zbavuje jedince autonomie. Zranitelnost je v těchto výzkumech vždy zvažována z perspektivy určité skupiny lidí klasifikovaných na základě fixních faktorů, jako jsou gender, věk, etnicita/rasa, socioekonomický status, zdravotní stav atd., a v důsledku porovnávání se zbytkem společnosti. Taková perspektiva uvaluje zranitelnost na všechny členy dané skupiny bez ohledu na individuální zkušenost a odlišnost (heterogenitu uvnitř jedné zranitelné skupiny). Jsou si toho vědomi i někteří kritici, kteří reagují na vágnost této definice a labelování jedinců kritizují (např. Levine et al. 2004; Hurst 2008; Luna 2014; ten Have 2016). Označit a chápat jedince jako zranitelného na základě stanovené typologie zdrojů zranitelnosti a příslušnosti k dané zranitelné skupině je tak zcela zavádějící. Tato perspektiva může navíc zakrývat zranitelnost jedinců, kteří nespádají do předem daných, tradičních kategorií.

Navazují tedy na kritiku dosavadního pojetí vlastní definicí konceptu zranitelnosti, která předem danou typologii zdrojů zranitelnosti a kategorizaci zranitelných jedinců odmítá, a naopak klade důraz na variabilitu faktorů individuální, kontextuální a situační povahy. Navrhovaná konceptualizace nám umožňuje hlubší porozumění zkušenosti zranitelnosti i způsobům, jimiž se dané faktory, tedy zdroje nerovnosti, protínají a překrývají. Hlásím se tak k intersekcionalnímu přístupu, jenž poskytuje vhled do podstaty sociálních nerovností, determinantů zdraví a mocenských struktur s důrazem na individuální zkušenost (Caiola et al. 2014), a který se zajímá o kategorie, jež nejsou předdefinované a neméně zásadní v otázce formování zranitelnosti (Choo, Ferree 2010).¹⁷ Unikátnost takto definovaného konceptu tkví v tom, že jej lze užít jako analytický nástroj pro porozumění sociální realitě. Umožní nám rozkrýt klíčové dimenze nerovnosti formující zkušenost zranitelnosti.

Rešerše odborných textů odhalila, že převážná část autorů užívá koncept zranitelnosti spíše jako přívlastek charakterizující znevýhodněnou pozici jedinců, kteří postrádají autonomii. Nicméně jejich zjištění dokazují, že je tento koncept v oblasti zdraví a zdravotní péče zásadní. Je proto vhodné se mu více věnovat a zahrnout jej do sociálněvědního výzkumu, což je apel pro budoucí výzkumníky. Obzvláště v oblasti zdraví a v systému zdravotní péče jej lze užít jako nástroj k pochopení žité zkušenosti zranitelných jedinců a k pochopení vztahu mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče. Rozkrýváním jednotlivých faktorů a dimenzí lze získat bližší vhled do fungování systému zdravotní péče a zhodnocení její kvality.

¹⁶Henk ten Have (2015: 396) upozorňuje na rostoucí zájem vědců, kteří užívají koncept vulnerability. Zmiňuje, že ve vědecké literatuře došlo doslova k exponenciálnímu nárůstu. V 60. letech čítal počet studií užívajících tento koncept pouze několik desítek, v roce 2014 se již jednalo o více než 3 000 vědeckých článků.

¹⁷Intersekcionalní přístup se rozvíjí i v českém sociálněvědním prostředí, jemuž se věnuje zejména Marta Kolářová (2008), Křížková Alena a Lenka Formánková (2014), či Kateřina Kolářová (2012) ve své antologii textů z oboru disability studies.

BIBLIOGRAFIE

- Adanu, R. M., T. R. Johnson. 2009. „Migration and Women’s Health.“ *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106: 179–181, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>.
- Aday, L. A. 1994. „Health Status of Vulnerable Populations.“ *Annual Reviews of Public Health* 15: 487–509, <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.002415>.
- Adger, W. Neil. 2006. „Vulnerability.“ *Global Environmental Change* 16: 268–281, <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>.
- Ashton, C. M., P. Haidet, D. A. Paterniti, T. C. Collins, H. S. Gordon, K. O’Malley, L. A. Petersen, B. F. Sharf, M. E. Suarez-Almazor, N. P. Wray, R. L. Street. 2003. „Racial and Ethnic Disparities in The Use of Health Services: Bias, Preferences or Poor Communication?“ *Journal of General Internal Medicine* 18 (2): 146–152, <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20532.x>.
- Bostick, N., K. Morin, R. Benjamin, D. Higginson. 2006. „Physicians’ Ethical Responsibilities in Addressing Racial and Ethnic Healthcare Disparities.“ *Journal of The National Medical Association* 98 (8): 1329–1334.
- Boychuk Duchscher, J. E., L. S. Cowin. 2004. „The Experience of Marginalization in New Nursing Graduates.“ *Nursing Outlook* 52: 289–296, <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2004.06.007>.
- Bracken-Roche, D., E. Bell, M. E. Macdonald, E. Racine. 2017. „The Concept of ‘Vulnerability’ in Research Ethics: An In-depth Analysis of Policies and Guidelines.“ *Health Research Policy and Systems* 15 (8): 1–18, <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0164-6>.
- Brooks, N. 2003. „Vulnerability, Risk and Adaptation: A Conceptual Framework.“ *Tyndall Centre Working paper No. 38*. Norwich: Tyndall Centre for Climate Change Research.
- Brown, T. 2011. „‘Vulnerability is Universal’: Considering The Place of ‘Security’ and ‘Vulnerability’ within Contemporary Global Health Discourse.“ *Social Science & Medicine* 72: 319–326, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.010>.
- Caiola, C., S. Docherty, M. Relf, J. Barroso. 2014. „Using an Intersectional Approach To Study The Impact of Social Determinants of Health for African-American Mothers Living with HIV.“ *ANS Advances in Nursing Science* 37 (4): 287–298, <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000046>.
- Cambridge Learner’s Dictionary. 2017. „Vulnerability.“ [online] *Cambridge Learner’s Dictionary* [cit. 26. 08. 2017]. Dostupné z: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/vulnerable?q=vulnerability>.
- Campbell, C., F. Cornish, C. McLean. 2004. „Social Capital, Participation and The Perpetuation of Health Inequalities: Obstacles to African-Caribbean Participation in ‘Partnerships’ to Improve Mental Health.“ *Ethnicity and Health* 9 (3): 305–327. <https://doi.org/10.1080/1355785042000250120>.
- Carpenter, S., B. Walker, J. M. Anderies, N. Abel. 2001. „From Metaphor to Measurement: Resilience of What to What?“ *Ecosystems* 4: 765–781, <https://doi.org/10.1007/s10021-001-0045-9>.
- Carrillo, J. E., A. R. Green, J. R. Betancourt. 1999. „Cross-cultural Primary Care: A Patient-based Approach.“ *Annals of Internal Medicine* 130 (10): 829–834, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00017>.
- CIOMS. 2002. „International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.“ [online] *CIOMS* [cit. 04. 10. 2017]. Dostupné z: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines_nov_2002_blurb.htm.
- Code of Federal Regulations. 2009. „Title 45 Public Welfare. Department of Health and Human Services, Part 46, Protection of Human Subjects.“ [online] *Office for Hu-*

- man Research Protections* [cit. 04. 10. 2017]. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html>.
- Cooley, D. R. 2015. „Elder Abuse and Vulnerability: Avoiding Illicit Paternalism in Healthcare, Medical Research and Life.“ *Ethics, Medicine and Public Health* 1 (1): 102–112, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2014.09.003>.
- Cooper-Patrick, L., J. J. Gallo, J. J. Gonzales, H. Thi Vu, N. R. Powe, Ch. Nelson, D. E. Ford. 1999. „Race, Gender, and Partnership in The Patient-physician Relationship.“ *Journal of The American Medical Association* 282 (6): 583–589, <https://doi.org/10.1001/jama.282.6.583>.
- Červená, V., J. Filipec. 2010. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*. 4. vydání. Praha: Academia.
- DeBruin, D. 2001. „Reflections on ‘Vulnerability’.“ *Bioethics Examiner* 5 (2): 1, 4, 7.
- Delor, F., M. Hubert. 2000. „Revisiting the Concept of ‘Vulnerability’.“ *Social Science & Medicine* 50: 1557–1570, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7).
- Derose, K. P., J. J. Escarce, N. Lurie. 2007. „Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability.“ *Health Affairs* 26 (5): 1258–1268, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1258>.
- Ember, M., C. R. Ember. 2004. *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in The World's Cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Flaskerud, J. H., B. Winslow. 1998. „Conceptualizing Vulnerable Populations Health-Related Research.“ *Nursing Research* 47 (2): 69–78, <https://doi.org/10.1097/00006199-199803000-00005>.
- Garrett, T. M., H. W. Baillie, R. M. Garrett. 1993. *Health Care Ethics: principles and problems*. 2nd Edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Glajchová, A. 2016. „Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů.“ *Lidé města* 18 (1): 3–27.
- Hall, J. M., P. E. Stevens, A. I. Meleis. 1994. „Marginalization: A Guiding Concept for Valuing Diversity in Nursing Knowledge Development.“ *ANS Advances of Nursing Science* 16 (4): 23–41, <https://doi.org/10.1097/00012272-199406000-00005>.
- Haugen, M. H. 2010. „Inclusive and Relevant Language: The Use of the Concepts of Autonomy, Dignity and Vulnerability in Different Contexts.“ *Medicine, Health Care and Philosophy* 13 (3): 203–213, <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9242-7>.
- Heaslip, V., J. Ryden. 2013. *Understanding Vulnerability: A Nursing and Healthcare Approach*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Holmes, S. M. 2011. „Structural Vulnerability and Hierarchies of Ethnicity and Citizenship on the Farm.“ *Medical Anthropology* 30 (4): 425–449, <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576728>.
- Holmes, S. M. 2012. „The Clinical Gaze in the Practice of Migrant Health: Mexican Migrants in the United States.“ *Social Science & Medicine* 74: 873–881, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.067>.
- Hurst, S. A. 2008. „Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room?“ *Bioethics* 22 (4): 191–202, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>.
- Chambers, R. 1989. „Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy.“ *IDS bulletin* 20 (2): 1–7, <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x>.
- Choo, H. Y., M. M. Ferree. 2010. „Practicing Intersectionality in Sociological Research: A Critical Analysis of Inclusions, Interactions, and Institutions in the Study of Inequalities.“ *Sociological Theory* 28 (2): 129–149, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9558.2010.01370.x>.

- Jandourek, J. 2007. *Sociologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál.
- Kalvach, Z., I. Holmerová. 2008. „Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén.“ *Medicína Pro Praxi* 5 (2): 66–69.
- Kleinman, A., L. Eisenberg, B. Good. 1978. „Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research.“ *Annals of Internal Medicine* 88 (2): 251–258, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>.
- Kolářová, K. 2012. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: SLON.
- Kolářová, M. 2008. „Na křižovatkách nerovností: gender, třída a rasa/etnicita.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 9 (2): 1–10.
- Křížková, A., L. Formánková. 2014. „Intersekcionalní perspektiva zkoumání dopadů krize na životní dráhy v ČR: gender, třída, věk (a rodičovství).“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 15 (2): 48–60, <http://dx.doi.org/10.13060/12130028.2014.15.2.131>.
- Lacas, A., K. Rockwood. 2012. „Frailty in Primary Care: A Review of its Conceptualization and Implications for Practice.“ *BMC Medicine* 10 (1): 4, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>.
- Levine, C., R. Faden, G. Christine, D. Hammerschmidt, L. Eckenwiler, J. Sugarman. 2004. „The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants.“ *The American Journal of Bioethics* 4 (3): 44–49, <https://doi.org/10.1080/15265160490497083>.
- Little, M., K. Paul, Ch. Jordens, E.-J. Sayers. 2000. „Vulnerability in the Narratives of Patients and their Carers: Studies of Colorectal Cancer.“ *Health* 4 (4): 495–510, <https://doi.org/10.1177/136345930000400405>.
- Luna, F. 2014. „‘Vulnerability’, an Interesting Concept for Public Health: The Case of Older Persons.“ *Public Health Ethics* 7 (2): 180–194, <https://doi.org/10.1093/phe/phu012>.
- Lynam, M. J., S. Cowley. 2007. „Understanding Marginalization as a Social Determinant of Health.“ *Critical Public Health* 17 (2): 137–149, <https://doi.org/10.1080/09581590601045907>.
- McGilloway, F. A. 1976. „Dependency and Vulnerability in the Nurse/Patient Situation.“ *Journal of Advanced Nursing* 1 (3): 229–236, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00959.x>.
- Merriam-Webster Dictionary. 2017. „Vulnerability.“ [online] *Merriam-Webster Dictionary* [cit. 31. 08. 2017]. Dostupné z: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/>.
- Migge, B., M. Gilmartin. 2011. „Migrants and Healthcare: Investigating Patient Mobility among Migrants in Ireland.“ *Health & Place* 17: 1144–1149, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.05.002>.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979. „The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.“ [online]. *Department of Health, Education, and Welfare* [cit. 04. 11. 2017]. Dostupné z: https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf.
- Nordström, K., T. Wangmo. 2017. „Caring for Elder Patients: Mutual Vulnerabilities in Professional Ethics.“ *Nursing Ethics*, first published date January-04-2017, <https://doi.org/10.1177/0969733016684548>.
- Oxford English Dictionary. 2017. „Vulnerability.“ [online] *Oxford English Dictionary* [cit. 26. 12. 2017]. Dostupné z: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/vulnerability>.
- Paixao, C. M., A. Prufer de Queiroz Campos Araújo 2010. „Frailty and Vulnerability: Are the Two Terms Equivalent in Paediatrics and Geriatrics?“ *European Geriatric Medicine* 1: 166–169, <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.05.002>.

- Parker, R. 2001. „Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research.“ *Annual Review of Anthropology* 30: 163–179, <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.30.1.163>.
- Parusníková, Z. 2000. „Biomoc a kult zdraví.“ *Sociologický časopis* 36 (2): 131–142.
- Pařízková, A., E. Hrešanová, Ema, A. Glajchová. 2018. „Migrace a porod: sociální aspekty prolínání dvou životních změn ve výzkumu perinatálního zdraví žen.“ *Sociologický časopis* 54 (1): 63–99, <https://doi.org/10.13060/00380288.2018.54.1.396>.
- Pelc, S. 2017. „Marginality and Marginalization.“ Pp 13–28 in Ch. Raghurir, E. Nel, S. Pelc (eds.). *Societies, Social Inequalities and Marginalization. Perspectives on Geographical Marginality*. Cham: Springer.
- Petráčková, V., J. Kraus. 2001. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia.
- Rockwood, K. 2005. „What Would Make a Definition of Frailty Successful?“ *Age and Ageing* 34: 432–434, <https://doi.org/10.1093/ageing/afi146>.
- Rogers, A. C. 1997. „Vulnerability, Health and Health Care.“ *Journal of Advanced Nursing* 27: 65–72, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>.
- Rogers, W., C. Mackenzie, S. Dodds. 2012. „Why Bioethics Needs a Concept of Vulnerability.“ *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 5 (2): 11–38, <http://dx.doi.org/10.2979/intjfemappbio.5.2.11>.
- Ruof, M. C. 2004. „Vulnerability, Vulnerable Populations, and Policy.“ *Kennedy Institut of Ethics Journal* 14 (4): 411–425.
- Saha, S., J. J. Arbelaez, L. A. Cooper. 2003. „Patient-physician Relationships and Racial Disparities in the Quality of Health Care.“ *American Journal of Public Health* 93 (10): 1713–1719.
- Scott, J., G. Marshall. 2009. *A Dictionary of Sociology*. 3rd Edition Revised. Oxford: Oxford University Press.
- Sirovátka, T. 1997. *Marginalizace na pracovním trhu: příčiny diskvalifikace a selhávání pracovní síly*. Brno: Masarykova univerzita.
- Spiers, J. 2000. „New Perspectives on Vulnerability Using Emic and Etic Approaches.“ *Journal of Advanced Nursing* 31 (3): 715–721, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x>.
- SSJČ. n.d. [online] *Slovník spisovného jazyka českého*. [cit. 22. 12. 2017]. Dostupné z: <http://ssjc.ujc.cas.cz>.
- Stan, S. 2015. „Transnational Healthcare Practices of Romanian Migrants in Ireland: Inequalities of Access and the Privatisation of Healthcare Services in Europe.“ *Social Science & Medicine* 124: 346–355, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.013>.
- Stedman's Medical Dictionary. 2017. „Vulnerability.“ [online] *Stedman's Medical Dictionary* [cit. 26. 08. 2017]. Dostupné z: <http://www.medilexicon.com/dictionary/99467>.
- Stevenson, A. (ed.). 2010. *Oxford Dictionary of English*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press.
- ten Have, H. 2015. „Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics.“ *Bioethical Inquiry* 12: 395–408, <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9641-9>.
- ten Have, H. 2016. *Vulnerability: Challenging Bioethics*. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Toader, E., D. Damir, T. Toader. 2013. „Vulnerabilities in the Medical Care.“ *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 92: 936–940, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.780>.
- Turner, B. L., R. E. Kasperson, P. A. Matson, J. J. McCarthy, R. W. Corell, L. Christensen, N. Eckley, J. X. Kasperson, A. Luers, M. L. Martello, C. Polsky, A. Pulsipher, A. Schiller. 2003. „A Framework for Vulnerability Analysis in Sustainabil-

ity Science.“ *Proceedings of The National Academy of Sciences* 100 (14): 8074–8079, <https://doi.org/10.1073/pnas.1231335100>.

Vörösmarty, Ch. J., P. Green, J. Salisbury, R. B. Lammers. 2000. „Global Water Resources: Vulnerability from Climate Change and Population Growth.“ *Science* 289: 284–288, <https://doi.org/10.1126/science.289.5477.284>.

Weitz, R. 2007. *The Sociology of Health, Illness, and Health Care: A Critical Approach*. 4th Edition. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.

Werner, A., K. Malterud. 2005. „‘The Pain Isn’t as Disabling as It Used To Be’: How Can the Patient Experience Empowerment Instead of Vulnerability in the Consultation?“ *Scandinavian Journal of Public Health* 33 (66 Suppl): 41–46, <https://doi.org/10.1080/14034950510033363>.

Williams, S. L., K. B. Haskard, M. R. DiMatteo. 2007. „The Therapeutic Effects of the Physician-older Patient Relationship: Effective Communication with Vulnerable Older Patients.“ *Clinical Interventions in Aging* 2 (3): 453–467.

World Medical Association. 2013. „World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.“ [online] *World Medical Association* [cit. 25. 12. 2017]. Dostupné z: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.

Young, I. M. 2014. „Five Faces of Oppression.“ Pp 174–195 in S. N. Asumah, M. Nagel (eds.). *Diversity, Social Justice, and Inclusive Excellence: Transdisciplinary and Global Perspectives*. New York: SUNY Press.

SUMMARY

*This paper, entitled *Reconceptualization of Vulnerability and its Use as an Analytic Tool*, presents the term *vulnerability*, the use of which is continually growing in the area of scientific research. The paper reacts to the lack of attention paid to the concept of *vulnerability* in the Czech environment and its goal is to place it into the Czech sociological subconscious as a useful concept – one which does, however, require redefinition and the expansion of its use into the area of health and healthcare.*

*The first section of the text describes what the term *vulnerability* means and how this term is most often defined and understood. Based on dictionary definitions and the most common definitions in scientific literature, which interpret *vulnerability* as the susceptibility to endangerment, injury, or helplessness, shared elements can be found that include harm and endangerment or a certain degree of danger. Based on research of scientific articles and research reports taken from databases, this paper describes the development of the concept and its most common definitions and uses, i.e. primarily in the fields of bioethics, nursing, epidemiology, and the environment and social sciences. Some of the papers that were researched also deal with the critique of this concept and thus react to both its growing use in the scientific field and the vagueness of its interpretation.*

*Detailed study of all the selected texts, including bioethical directives, revealed a close connection between the concept of *vulnerability* and other terms such as *autonomy*, *risk*, *marginalization*, *fragility*, *security*, and *resilience*. The following section of this paper defines the concept of *vulnerability* in terms of these other concepts mentioned above and casts light on the close connection to them. This definition makes it possible to understand the essence of the concept of *vulnerability* and its application in the field of science and research.*

*The findings that stem from the detailed research of these studies point to the need to redefine the concept of *vulnerability*. The most critical point is the classification of individuals as *vulnerable* based on fixed characteristics such as *age*, *ethnicity*, *health condition*, or *socioeconomic status*. The conclusion offers a new definition of the concept of *vulnerability* that takes into consideration a person’s individuality and emphasizes the existence*

of more than one factor impacting the experience of the vulnerable. Thus, vulnerability is defined as the activity of one or more mutually intersecting situational, contextual, and personal factors. The concept of vulnerability is closely linked to health and healthcare; for this reason, vulnerability is illustrated in the example of the relationship between the healthcare provider and the recipient in order to gain a better understanding and grasp of this new conceptualization of vulnerability. This example will help reveal not only the factors forming the vulnerability of a given patient, but also that of healthcare personnel.

In conclusion, the paper discusses the issue of how the vulnerable population is presented in the context of healthcare and how the concept of vulnerability is used in these studies. The position of vulnerable individuals is being negotiated in this environment, and the majority of authors use the concept of vulnerability more as an attribute characterizing the disadvantaged position of individuals who lack autonomy. Their findings prove that this concept is crucial in the field of health and healthcare. This discussion thus puts a strong emphasis on departing from this attribute and highlights the possible barriers and difficulties that vulnerable individuals are exposed to and which make their access to healthcare, its provision, and the relationship between patients and healthcare personnel more difficult. This paper contributes to explaining this concept and its use as an analytical tool for understanding the actual experience of vulnerable individuals and understanding their situation. With the help of the intersectional perspective, the individual factors and dimensions placing a person in a disadvantaged position may be revealed.