

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2017

Martin Varyš

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Martin Varyš

**Denormalizace kouření a stigmatizace
kuřáků v České republice**

Bakalářská práce

Praha 2017

Autor práce: **Martin Varyš**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Nekola, Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2017**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

VARYŠ, Martin. Denormalizace kouření a stigmatizace kuřáků v ČR. Praha. 2017. 40 s. Bakalářská práce Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Martin Nekola, PhD.

Anotace (abstrakt)

Tato bakalářská práce se zabývá procesem denormalizace kouření a možných nezamýšlených, negativních důsledků v podobě stigmatizace kuřáků. Fenomén denormalizace kouření je v posledních dekadách společný pro zdravotní politiku drtivé většiny západních a evropských států, včetně České republiky. Sleduje mimo jiné snížení společenské přijatelnosti kouření a snížení počtu kuřáků. Ve své práci nejprve zkoumám proces, dopady a nástroje těchto strategií a poté představuji teorii stigmatizace kuřáků, která rezonuje v posledních letech v odborné diskuzi v zahraničí. Tato teorie představuje možná rizika spojená s vytvářením atmosféry sociální nepříjatelnosti kouření, které mohou vést ke ztrátě účinnosti podobných opatření a výraznému zhoršení životní situace kuřáků. Kvalitativním výzkumem na souboru 15 respondentů zkoumám vnímání společenské atmosféry v přístupu ke kouření, vnímání přijímaných politických opatření a zkušenosti s reakcemi okolí z pohledu kuřáků. Analýzou dat pak hledám případné negativní důsledky, v podobě příznaků stigmatizace kuřáků. Pro jejich rozpoznání mi kromě představeného konceptu stigmatizace slouží i příznaky, které byly pozorovány ve výzkumech z jiných zemí, s nimiž sdílíme směr této politické strategie a s nimi spojená přijímaná opatření.

Abstract

This bachelor thesis deals with process of denormalization of smoking and possible unintended, negative consequences as stigmatization of smokers. The phenomenon of denormalization of smoking is common for health policy of the vast majority of Western and European states, included Czech republic, over the last decades. It monitors, among other things, reducing the social acceptability of smoking and reducing the number of smokers. In my work, I first examine the process, impacts and tools of these strategies, and then present the theory of stigmatization of smokers, which resonates in recent years in a professional discussion abroad. This theory presents the potential risks associated with creating an atmosphere of social unacceptability of smoking that can lead to a loss of effectiveness of similar measures and a marked deterioration in the life situation of smokers. Qualitative research on a group of 15 respondents examines the perception of social atmosphere in the approach to smoking, the perception of adopted policy measures and experience with reactions of others, from the point of view of smokers. By analyzing the data then I look for possible negative consequences in the form of stigmatization symptoms of smokers. To recognize them, apart from the supposed concept of stigmatization, the symptoms that have been observed in surveys from other countries, with whom we share the direction of this policy strategy and the associated measures taken, serve to us.

Klíčová slova

**užívání tabáku, kuřáctví, denormalizace, stigma, stigmatizace kouření,
protitabáková politika, veřejné zdraví**

Keywords

**tabacco use, smoking, denormalization, stigma, stigmatization of smoking,
antitabacco policy, public health**

Rozsah práce: 98 260 znaků

Prohlášení

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

V Praze dne 18. 5. 2017

Martin Varyš

**Institut sociologický studií
Projekt bakalářské práce**

PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno:

Martin Varyš

E-mail:

Varysmartin@gmail.com

Semestr:

6

Akademický rok:

2015

Název práce:

Denormalizace kouření a stigmatizace kuřáků v České republice

Klíčová slova: kouření, užívání tabáku, denormalizace, stigmatizace, kuřáci, regulace, zákon, legální drogy

Denormalisation of smoking and stigmatization of smokers in Czech republic

Key words: smoking, tobacco use, denormalisation, stigmatization, smokers, regulation, law, legal drugs

Předpokládaný termín dokončení (semestr, školní rok):

8., 2016

Vedoucí bakalářského semináře:

Vedoucí práce (povinné):

Mgr. Martin Nekola, Ph.D.

Zdůvodnění výběru tématu práce (5 řádek):

Problematiku kouření, potažmo spíše jeho postavení ve společnosti jsem si vybral především díky tomu, že vnímání kouření a kuřáků jako takových, prošlo za poslední století relativně diametrálními změnami. Od dob, kdy se mohlo kouřit v podstatě kdekoli a kouření se těšilo obrovské popularitě, již uplynulo několik dekád a momentálně je spíš otázkou, jestli se někde na veřejnosti v budoucnu bude vůbec moci kouřit. Postoj společnosti i vnímání samotných kuřáků se nepochybně změnilo. Zajímají mě příčiny a projevy této změny, a také jestli a jak vnímají denormalizaci kouření samotní kuřáci a cítí-li nějaké projevy stigmatizace.

Předpokládaný cíl (5 řádek):

Cílem mé práce je popsat proces denormalizace kouření ve společnosti a pokusit se na základě dostupné literatury formulovat jeho hlavní projevy a možné příčiny. V teoretické části chci vymezit kouření z pohledu sociální deviace, která s procesem denormalizace a stigmatizace úzce souvisí. V praktické části bude mým cílem pokusit se najít způsoby, jakými kuřáci reagují na protikuřácké zákony a změněné postoje veřejnosti vůči kouření. Závěrem pak bude mým cílem najít souvislosti mezi procesem denormalizace kouření a stigmatizací kuřáků.

Základní charakteristika tématu (10 řádek):

Kouření má téměř v každé naší kultuře hlubokou historii a jeho postavení ve společnosti se v čase se různilo i s jeho symbolickým významem. Pro mou práci je ovšem zásadní především dění v 20. a 21. století, ve kterém dochází k nejvýraznějším změnám v postoji společnosti ke kouření. Proces denormalizace, který chci zkoumat, vyjadřuje změny v postoji veřejnosti ke kouření, která v silicím boji proti kouření, vytěsňuje kouření až do role sociálně deviantního chování. Díky tomu může i docházet ke stigmatizaci kuřáků (jako nežádoucích a nebezpečných osob – pasivní kouření/rakovina) tak i k prostorové stigmatizaci („vytlačování“ kouření nejen z veřejných budov a pracoviště, ale i z otevřeného veřejného prostoru). Moje téma má ambice obsáhnout spíše subjektivní pocity kuřáků o jejich stigmatizaci, jejich vnímání tlaku společnosti na regulaci kouření a způsoby, jak se s ním vyrovnávají (a zda má nějaký vliv na jejich ochotu přestat kouřit. Okrajově využiji i sekundární data z kvantitativních výzkumů veřejného mínění.

Předpokládaná struktura práce (10 řádek):

1. Abstrakt
2. Úvod
3. Teoretická východiska
4. Dopady kouření na lidské zdraví
5. Proces denormalizace kouření
6. Boj proti kouření
7. Stigmatizace kuřáků
8. Vnímání denormalizace kouření z pohledu kuřáků
9. Závěry
10. Shrnutí

Základní literatura (10 nejdůležitějších titulů):

BECK, U. 2004. Riziková společnost. Praha: SLON.

BELL et al. 2010. 'Every space is claimed': smokers' experience of tobacco denormalisation. *Sociology of Health & Illness* Vol. 32 No. 6 2010 ISSN 0141-9889, pp. 914-929

doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01251.xCSÉMY, L., SADÍLEK, P., SOVINOVA, H. 2007. *Vývoj prevalence kouření v dospělé populaci ČR*. Praha: Státní zdravotní ústav, Výzkumná zpráva.

GOFFMAN, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall.HILARY GRAHAM (2012). Smoking, Stigma and Social Class. *Journal of Social*

Policy, 41, pp 83-99 doi:10.1017/S004727941100033X

KALINA, K. 2003. *Drogy a drogové závislosti*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. a kol. 2008. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR.

MUNKOVÁ, Gabriela. 2013. *Sociální deviace. Přehled sociologických teorií*. Plzeň: Aleš Čeněk.

RÁZGA, Michal. *Kouření jako sociální deviace a jeho regulace*. Praha, 2012. 97 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Karel Čada

KOM. 2007. ZELENÁ KNIHA, K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU. Brusel: Komise Evropských Společenství.

Podpis studenta a datum

27. 5. 2015

Schváleno	Datum	Podpis
Vedoucí práce		
Vedoucí bakalářského semináře		
Garant oboru		

Obsah

ÚVOD.....	2
1. DENORMALIZACE KOUŘENÍ.....	3
1.1 Úvod do denormalizace kouření.....	3-4
1.2 Denormalizační strategie protitabákové politiky.....	4-5
1.2.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku - organizace WHO, CDC a GTSS.....	5-6
1.3 Protitabáková politika České republiky.....	6-7
1.4 Užívání tabáku v ČR.....	7
1.4.1 Shrnutí výsledků výzkumu GATS 2015.....	7
1.4.2 Shrnutí výsledků výzkumu GYTS 2015.....	8
1.5 Pozitivní dopady denormalizace.....	8-9
2. STIGMATIZACE KUŘÁKŮ.....	9
2.1 Debaty o možné stigmatizaci.....	9-10
2.2 Definice stigma.....	10
2.2.1 E. Goffman a narušená identita.....	10-11
2.2.2 Konceptualizace stigmatu.....	11
2.2.3 Koncept stigma podle Link a Phalen.....	11-12
2.2.4 Model sebe-stigmatizace podle Patricka W. Corriona.....	12
2.3 Etické spory – Zdravotní politika a indukované stigma.....	12-13
3. ZASAZENÍ DO KONCEPTU.....	13
3.1 „Nálepkování“ a stereotypizace kuřáků.....	13-14
3.2 Oddělování na „my“ a „oni“.....	15
3.2.1 Prostorová stigmatizace a zkušenosti kuřáků s denormalizací... ..	15-16
3.3 Ztráta statusu a diskriminace.....	16
3.4 Závislost stigmatu na moci – politicky navozené stigma.....	16-17
3.5 „The downside of tobacco control“.....	17-18
4. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	18
4.1 Výzkumná záměť a výzkumné otázky.....	18
4.2 Metodika.....	19
4.2.1 Výzkumný soubor a výběr respondentů.....	19
4.2.2 Etické aspekty výzkumu.....	19
4.2.3 Metoda sběru dat.....	20
4.2.4 Metoda analýzy – tematická analýza.....	21
4.3 Výsledky výzkumu.....	21
4.4 Přístup společnosti ke kouření.....	21-23
4.5 Postoj k protitabákové politice.....	23-25
4.6 Pozitivní dopady denormalizace.....	25
4.6 Příznaky stigmatizace.....	25-28
ZÁVĚR.....	28
SUMMARY.....	28-29
POUŽITÁ LITERATURA.....	30-31
SEZNAM PŘÍLOH.....	32

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolil především ze dvou hlavních důvodů. Prvním důvodem byl můj zájem o rozsáhlé změny ve společnosti v přístupu ke kouření a kuřákům a také strategie, které společnost používá k ovlivnění tohoto chování. Druhým důvodem byla chybějící odborná diskuze v ČR o nezamýšlených negativních důsledcích, které mohou tyto strategie způsobovat. Téma mé práce je aktuální zejména kvůli tomu, že je u nás protitabáková politika v posledních letech stále intenzivnější a přijatá politická opatření se čím dál více přibližují západním sousedům, kde se již delší dobu debatuje o negativních důsledcích těchto politických strategií.

Zdravotní důsledky kouření a vystavení tabákovému kouři představuje jeden nejvýraznějších rizikových faktorů, který má na svědomí závažná onemocnění a předčasná úmrtí. S ohledem na vysokou popularitu tabákových výrobků se stalo v průběhu let jednou z priorit světové zdravotní politiky snížit oblíbenost, dostupnost a přijatelnost kouření ve společnosti a tím i snížit počet kuřáků, ve snaze regulovat jeho zdravotní a finanční důsledky. Tento proces nazývám ve své práci denormalizace kouření. V teoretické části se nejdříve budu zabývat analýzou tohoto procesu a nástrojům denormalizace. K tomu využívám především zahraniční odborné články a výzkumy, věnující se tomuto tématu, ale také výzkumné zprávy o užívání tabáku v ČR od Státního zdravotnického ústavu a dalších zdrojů.

Současný trend protitabákové politiky nebývá z pochopitelných důvodů příliš zpochybňován, i přesto se v posledních letech rozšiřují diskuze o nezamýšlených důsledcích denormalizace. Společenský tlak nově prosazované normy nekuřáctví vytváří podle řady zahraničních autorů společenskou atmosféru, která kuřáky očerňuje, znevýhodňuje a zabraňuje jim vést plnohodnotný společenský život. To ve svém důsledku může vést mimo jiné ke ztrátě efektivit přijímaných opatření, nerovným příležitostem, ztrátě společenského statusu, ztrátě sebeúcty, snížení ochoty přestat, zhoršení přístupu k potřebné zdravotní péči, nebo zhoršování situace již tak znevýhodněných skupin. Tento proces je nazýván stigmatizací kuřáků. Na toto téma, vznikla v zahraničí v posledních letech celá řada odborných článků a výzkumů, které budu využívat i ve své práci. V teoretické části se zabývám konceptem pojmu stigma a jeho použití v případě kouření. Zde využívám v neposlední řadě i souhrnnou analýzu dosud provedených kvantitativních a kvalitativních výzkumů, sledující stigmatizaci kuřáků od Evans-Polce a kol. (2015), nazvanou "The downside of tobacco control".

Materiály a zdroje mé práce poskytují řadu argumentů podporující teorii o přítomnosti stigmatizace kuřáků v celé řadě zemí, kde probíhá denormalizace. Mou hypotézou tedy je, s ohledem na to, že Česká republika následuje ve formě přijatých opatření tyto země, že dochází ke stigmatizaci kuřáků i u nás. Hlavní cíl mé práce, je pak i náplní mé praktické části, kdy se pomocí kvalitativního výzkumu pokusím poodhalit, jak u nás kuřáci vnímají denormalizaci, a analýzou výzkumných rozhovorů se pokusím najít případné projevy stigmatizace. Dílčím cílem je pak představení současné diskuze o stigmatizaci kuřáků, představit možná rizika a nabídnout okruhy možných východisek, které je potřeba vzít v úvahu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Denormalizace

1.1 Úvod do denormalizace kouření

Ve zlatých letech tabákového průmyslu, vrcholících v první polovině 20. století, zažívalo kouření, díky masové výrobě cigaret a silné propagaci kouření skrz reklamu a filmový průmysl, neuvěřitelný nárůst popularity a nárůst i samotných uživatelů tabáku. Kouření se stalo do značné míry otázkou společenské prestiže a bylo běžné, že se kouřilo snad na všech myslitelných veřejných místech, včetně nemocnic a univerzit. Tezi o společenské prestiži dokládají i průzkumy dělané ve 40. letech ve Velké Británii, které označovaly cigarety jako jednu z věcí, která vás posune o kousek výše ve společenském žebříčku. Začínající společenskou změnu v postoji ke kouření můžeme pozorovat v průzkumech té samé země z 60. let, kdy víc než půlka dotazovaných souhlasila, že kouření je „hnusný zlozvyk“. (Graham 2012, s. 84-85) Tuto změnu odstartovaly především přibývající výzkumy, dokazující zdravotní rizika kouření a spojitost tabákových výrobků s celou řadou onemocnění. Vzhledem k prokázaným zdravotním důsledkům kouření a rostoucí se kuřácké populace se zdravotní politika některých států na doporučení zdravotnických organizací začala soustředit na systematický boj s touto nově nazvanou „epidemií“ kuřáctví. Řada států se proto rozhodla zavést politická opatření, která sníží počet kuřáků a změni vnímání kouření ve společnosti. *„Tradiční společenské denormalizační strategie se snaží změnit všeobecnou společenskou normu okolo užívání tabáku – a vytlačit užívání tabáku ze začarovaného kruhu společenského vnímání, jako normální a žádoucí praktiky a nahradit vnímání této praktiky jako nežádoucí a abnormální.“* (Hammond 2006, s. 225)

Cesta společenské denormalizace kouření byla však postupná a poměrně dlouhá a bylo potřeba více, než výzkum odhalující zdravotní rizika kouření, než získala na dnešní intenzitě. Částečně díky silné lobby tabákového průmyslu, která se nehodlala vzdát svého výsostného postavení, ale také díky tomu, že trvalo určitou dobu, než se sjednotil společný směr zdravotní a protitabákové politiky nejen v evropských zemích. Důležitým momentem pro protitabákové lobby a finálním argumentem, který aktivoval většinu společnosti k zintenzivnění denormalizace, bylo prokázání zdravotní závadnosti u pasivního kouření. Nešlo již pouze o zdraví kuřáků, ale především o zdraví nekuřáků, kteří jsou proti své vůli vystaveni negativním důsledkům pasivního kouření. Kuřáci svou nezodpovědností nyní představují přímé ohrožení pro „normální“ společnost. Ospravedlnění protikuřáckých zákonů se tím stalo značně snazší, čímž se i podařilo lépe nárokovat odpovědnost a vinu za zdravotní důsledky pasivního kouření. *„Sestupný trend kouření v zemích s vysokými příjmy byl spojen se vzrůstajícím negativním vnímáním kouření, s ohledem na jeho zdravotní účinky a jeho sociální přijatelnost.“* (Graham 2013, s. 84)

Mezi historicky první zásadní protikuřácké zákony, především z hlediska propagace a reklamy, bylo zakázání televizních reklam, ke kterému došlo poprvé v roce 1965 ve Velké Británii a dále pak již známé formy varování o zdravotních rizicích na krabičkách cigaret. V zemích jako jsou USA, Velká Británie, Nový Zéland, Austrálie a Kanada vzešli první legislativní opatření o poznání dříve, než v jiných státech. Pro zapojení drtivé většiny ostatních států hrála klíčovou roli snaha Světové zdravotnické

organizace (WHO), která sjednotila postoj v protitabákové politice, který vedl až k vytvoření Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (FCTC), do které je zapojena většina členských států OSN. Česká republika se připojila v roce 2003, nicméně úmluvu ratifikovala až v roce 2012.

V kontextu České republiky se první protikuřácké opatření prosadilo v roce 1989 a omezovalo kouření především v zařízeních společného stravování v době obědů, snídaní a večeří. Toto opatření bylo přijato i díky doporučení, které ve stejném roce vydala Evropská rada, která doporučila přijmout legislativní opatření, které omezí kouření na veřejných místech. Můžeme konstatovat, že přímé následování modelu denormalizace západních států se v ČR z velké části začalo prosazovat, až na přelomu tisíciletí. Podobu protitabákové politiky západních států následujeme postupně posledních 15 let. V roce 2009 zároveň přijala Evropská komise doporučení Evropské rady omezit kouření v uzavřených a i některých otevřených veřejných prostorech. V posledních letech jsme si u nás mohli všimnout řady legislativních opatření, přijatých na podporu denormalizace a to včetně nově zavedeného označení krabiček pomocí varovných obrázků, znázorňujících zdravotní důsledky kouření, jejichž používání se ukazuje jako efektivnější, než pouhé varovné nápisy. Hojně diskutovaný je i zákaz kouření v restauracích, který by měl zanedlouho vzejít v platnost, ten byl také podroben mohutné veřejné diskuzi. Ta vynášela na povrch řadu otázek ohledně adekvátnosti zásahu do soukromého podnikání. I přesto se dá hovořit o úspěšné změně v přístupu ke kouření. Dnešní celosvětový úspěch denormalizace v tomto ohledu do jisté míry přiznala i jedna interní zpráva významného tabákového výrobce Philip Morris, již z roku 1984, která mimo jiné přiznala že: „*Dnes je pravděpodobně pravdivé poznamenat, že i většina kuřáků, dnes cítí, že kouření je nežádoucí zlovyk.*“ (Graham 2013, s. 85)

1.2 Denormalizační strategie protitabákové politiky

Proces denormalizace kouření je strategií protitabákové politiky v rámci zdravotní politiky státu, která sleduje především snížení společenské přijatelnosti kouření ve snaze snížit počet kuřáků a zdravotních a finančních důsledků spojených s kouřením. Denormalizaci kouření „...*můžeme popsat, jako všechny programy a opatření přijatá k posílení skutečnosti, že užívání tabáku není v naší společnosti mainstreamová a normální záležitost*“ (Bell et al. 2009, s. 795)

Strategie denormalizace můžeme rozdělit do dvou typů, na sociální denormalizaci a denormalizaci tabákového průmyslu. K dosažení těchto cílů využívá řady nástrojů, přičemž nejznámější jsou především strategická opatření jako zvyšování spotřební daně, zákaz kouření ve veřejných prostorech, vzdělávací strategie o rizicích kouření, medializace problematiky a protikuřácké kampaně, ale také zákony určující jakou mohou mít tabákové výrobky reklamu a jak mají být prodávány. V poslední době jsou mediálně vděčné nové varovné označení na krabičkách cigaret, v podobě obrázků zobrazujících důsledky kouření. „*Denormalizační snahy mají v konečném důsledku využít moci společenského tlaku k tomu, aby bylo kouření „méně žádoucí, méně přijatelné a méně přístupné*“ (Bell 2010, s. 915)

Na druhé straně, denormalizace tabákového průmyslu se zaměřuje na chování samotného tabákového průmyslu a snaží se o zvýšení povědomí o odpovědnosti tabákového průmyslu za zdravotní důsledky kouření a odhalení manipulativních praktik tabákových společností. (Hammond 2006, s. 226) Denormalizace tabákového průmyslu odkazuje na „ *kroky podniknuté konkrétně k uvedení představ o tabákových produktech a tabákovém průmyslu na pravou míru a spojení s jejich návykovou a hazardní povahou, zdravotní, společenskou a ekonomickou přítěží zapříčiněnou užíváním tabáku a*

praktikami tabákového průmyslu podniknutými kvůli propagaci jejich produktu a kvůli vytvoření společensky příznivého postoje k jejich průmyslu.“ (Chapman a Freeman 2008, s. 26) Postavení tabákového průmyslu je poměrně ojedinělé v mnoha ohledech. Zatímco jde o legální drogu, podobně jako alkohol, či kofein, podléhá díky jeho denormalizaci řadě restriktivních opatření, které mají přímý negativní vliv na image jejich produktu. V dnešní době se tabákové společnosti snaží narovnat pošramocenou reputaci a udržet kouření společensky přijatelné. Snaží se tedy i prezentovat sebe jako zodpovědné průmyslové odvětví a jejich produkt, jako kterýkoli jiný. I přesto si díky celospolečenskému tlaku nese toto odvětví tak trochu „Kainovo znamení“.

1.2.1 Rámcová úmluva o kontrole tabáku - organizace WHO, CDC a GTSS

Rámcová úmluva o kontrole tabáku je první mezinárodní smlouva o kontrole tabákových výrobků, která poskytuje veřejné politice koordinovaný akční plán na snížení spotřeby tabáku a strategii pro kontrolu tabákových výrobků. Vznikla pod iniciativou Tobacco Free Initiative, kterou prosazuje Světová zdravotnická organizace (WHO) od konce 90. let. V platnost vzešla v roce 2003, nicméně některé státy včetně České republiky, jí ratifikovaly až v následujících letech. (www.who.cz)

Hlavní body doporučené strategie:

- Kontrola marketingu – zákaz přímé a nepřímé tabákové reklamy
- Daňové zatížení – zvýšení daně z tabáku a jeho ceny
- Regulace dopadů pasivního kouření – zákaz kouření na veřejných místech a pracovištích
- Označení tabákových výrobků – výrazné upozornění o zdravotních důsledcích na obalech tabákových výrobků
- Monitoring a informace – kontrola tabáku a výměna informací

Pro podporu naplňování této strategie vydala WHO v roce 2008 doporučená opatření pro efektivní dosažení cíle nazvané MPOWER, která se skládá ze 6 opatření. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>)

- Monitoring užívání tabáku a preventivní politiky
- Ochrana lidí před tabákovým kouřem
- Nabídnutí pomoci při odvykání od tabákových výrobků
- Varování o nebezpečí užívání tabáku
- Vynucení zákazu tabákové reklamy, propagace a sponzorství
- Zvýšení daňové zátěže tabákových výrobků

K prosazování monitoringu informací o užívání tabáku značně přispívá americká organizace CDC (Centers for Disease Control and Prevention), která pro účely monitorování a vyhodnocování protikuřácké politiky představila výzkumný systém a databázi GTSS (The Global Tobacco Surveillance System). Tento systém sbírá celosvětová data o užívání tabáku skrz 4 různé druhy výzkumu zahrnující: GYTS (výzkum mezi mladistvými), GSPS (výzkum mezi zaměstnanci škol a pedagogy), GHPSS (výzkum mezi zdravotnickými profesemi) a GATS (výzkum mezi dospělou populací nad 15 let). To poskytuje mezinárodnímu výzkumu sjednocenou metodiku

dotazování a klíčové otázky „Tabacco questions for surveys“. (CDC, online)

Z mezinárodních programů musíme pak zmínit i snahu Komise evropských společností a Zelenou knihu: „K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU“, která prosazuje jednotný program v oblasti protitabákové politiky.

1.3 Protitabáková politika České republiky

Protitabáková politika ČR, jak jsem již v úvodu předesílal, následuje v mnohých ohledech doporučené strategie WHO. Řadu opatření nicméně implementovala postupně až v nedávných letech. Mezi nejrozšířenější používaná opatření u nás platí především zvyšování spotřební daně na tabákové výrobky a regulace veřejných míst, kde se smí kouřit. Mezi poslední přijatá opatření pak patří obrazové varování na obalech tabákových výrobků a nově přijatý protikuřácký zákon vytěsňující kouření z restaurací a barů. Hlavní platná legislativní opatření:

- **Ochrana lidí před tabákovým kouřem** - Zákon č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákaz kouření je dnes aplikováno na téměř všechny myslitelné uzavřené veřejné prostory, jako jsou nemocnice, úřady, školy a univerzity, prostředky veřejné dopravy, zastřešené zastávky veřejné dopravy a další, s výjimkou některých psychiatrických zařízení. Zákaz je rozšířen i na otevřená prostranství jako jsou areály nemocnic a univerzit, okolí škol a lesy. Zákon zároveň vymezuje dostupnost a prodejnost tabákových výrobků. V současnosti má tento rok, od června 2017 navíc vzejít v platnost protikuřácký zákon zakazující kouření i v barech a restauracích a na otevřených zastávkách veřejné dopravy. Nový zákon navíc odstraňuje z řady veřejných míst speciálně určené prostory pro kuřáky tzv. „kuřárny“.
- **Zákaz tabákové reklamy** - Mezi první legislativní opatření ČR, přijatých proti tabákovým výrobkům patří omezení reklamy zákonem 40/1995 Sb., který doplňuje zákon 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání. Ten byl novelizován vyhláškou č. 132/2003 Sb. V současnosti se mohou objevovat reklamy ve formě letáků a reklam v tiskovinách, musejí však min. Z 20% inzertní plochy obsahovat upozornění o zdravotních rizicích kouření.
- **Varovné označení na obalech tabákových výrobků** – Původní vyhlášku č. 344/2003 Sb., která stanovovala povinné dvojí varování ohledně zdravotních důsledků spojených s kouřením, v podobě textu na tabákových výrobcích, nahradila na konci roku 2016 vyhláška č. 180/2016 Sb., která nově zavádí varování prostřednictvím obrázků a piktogramů vyobrazující zdravotní důsledky kouření.
- **Prodej tabákových výrobků** - Zákon č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.
- **Daňové zatížení** - Vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005 Sb., kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret. Zákon č. 353/2003 Sb. (novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.) o spotřebních daních.

Mezi další platné zákony omezující kouření patří i zákon 262/2006 Sb. zakazující kouření na pracovištích. Mezi další důležité programy vymezující rámec protitabákové strategie patří i program „Zdraví 21“ z roku 2002, který sleduje zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Mezi další denormalizační strategie pak patří program na prevenci pomocí vzdělávacích programů, kterých je u nás hned několik. Sleduje snahu vést a vzdělávat mladistvé k tomu, aby nekouřili.

1.4 Užívání tabáku v ČR

Užívání tabáku v ČR monitoruje především Státní zdravotnický ústav (dále jen SZÚ), který vydává výzkumné zprávy o stavu užívání tabáku v ČR každý rok již od roku 1997. Česká republika je nicméně zapojena do iniciativy CDC a je součástí GTSS, tudíž kromě každoročních výzkumných zpráv monitorujících stav užívání tabáku pomocí výzkumu GATS, probíhají i zbylé druhy výzkumu GYTS, GSPS, GHPSS, přičemž ty nejaktuálnější u zbývajících tří jsou ovšem z roku 2011. Náplní a hlavními prioritami výzkumu GATS je pak sledování doporučených opatření MPOWER. Pro naše účely je důležité i zařazení otázek sledující socioekonomický status kuřáků, které byly zařazeny v posledním výzkumu z roku 2015. Z mezinárodních výzkumů je třeba zmínit i studie ESPAD, které monitorují užívání návykových látek mezi mladistvými a probíhá ve 4 letých intervalech od roku 1995.

1.4.1 Shrnutí výsledků výzkumu GATS 2015

Vývojový trend počtu kuřáků v České republice se pohyboval od roku 1997 ještě do roku 2014 velmi stabilně mezi 28 až 32% dospělé populace. Poslední provedený výzkum z roku 2015 zaznamenal první statisticky významnější pokles počtu kuřáků na 24,1%. Autoři výzkumu nicméně upozorňují na to, že budeme muset sledovat vývoj trendu v následujících letech, abychom mohli reálně vyvozovat, jestli se jedná o trvalý pokles, nebo jen o výchylku v dlouhodobě pozorovaném trendu. K poklesu dochází především díky snížené prevalenci mužů, kuřáků. (Csémy, Sovinová 2015, s. 2) (Příloha č. 1)

Česká populace kouří převážně cigarety, přičemž je lehce větší počet mužů kuřáků, než žen a muži mají zároveň i větší spotřebu. Počet nekuřáků vystavených tabákovému kouří se oproti předešlým rokům nezměnil a pohybuje se okolo hranice 14%. Došlo nicméně k významnému poklesu osob vystavených tabákovému kouří doma, oproti roku 2014 klesla z 23 na 15%. Zároveň výzkum ukázal trvale vysoký počet osob vystavených tabákovému kouří na pracovišti (18%), přičemž muži jsou mu vystaveny dvakrát častěji než ženy. Oproti předchozímu výzkumu došlo i k výraznému poklesu osob, kterým bylo lékařem doporučeno přestat kouřit a to téměř o 7%. Byl zaznamenán i významný pokles okolo 5% u osob, které si všimli reklamy na tabákové výrobky v místech prodeje. S ohledem na další reklamu a vnímanou propagaci byli nicméně, i přes legislativní zákaz, nalezeni respondenti, kteří se setkali s jinou propagací tabáku ve formě propagačních předmětů, dárkových akcí a slev na jiné produkty spojených s nákupem tabáku. (Csémy, Sovinová 2015, s. 18-19) Pro naše účely jsou důležitá i zjištění týkající se socioekonomického statusu (SES) kuřáků. *„Prevalence denního kouření klesá téměř lineárně se socioekonomickým postavením jedince. Zatímco ve skupině nízkého SES je 36% denních kuřáků, ve skupině vyššího středního a vysokého SES je jich pouze 18, respektive 11%.“* (Csémy, Sovinová 2015, s. 18) (Příloha č. 2)

1.4.2 Shrnutí výsledků GYTS 2011

Pro naše účely je také relevantní shrnout si výsledky výzkumu GYTS, který probíhá mezi mladistvými ve věku 13-15 let. Současná prevalence v této věkové skupině se drží okolo 30%, což odpovídá populační prevalenci z těchto let. (Příloha č.3) Rozdíl oproti běžné dospělé populaci je pak patrný na větší inklinaci dívek ke kouření. Překvapivě vysoký je oproti výsledkům mezi dospělou populací i počet mladistvých vystavených tabákovému kouři doma, to se pohybuje okolo hranice 43%. Celkové vystavení pasivnímu kouření bylo relativně vysoké. (Příloha č. 4) Poměrně alarmující je i přístupnost tabáku nezletilým. Téměř polovina mladistvých si kupuje cigarety v obchodech a téměř dvě třetiny neměli problém s jejich zakoupením navzdory své nedospělosti. (CZ, GYTS, Factsheet, 2011) Lehce přes 70% dotázaných mladistvých vyjádřilo podporu k zákazu kouření na veřejných místech, toto procento nicméně odpovídá podílu nekuřáků mezi mladistvými. (Příloha č. 5) Počet kuřáků mezi mladistvými, kteří vyjádřili touhu přestat s kouřením, se pohybuje v průměru 45%. (Příloha č. 6) Nadpoloviční většina mladistvých se také vyjádřila, že považují vystavení tabákovému kouři od ostatních za zdravotně škodlivé. (CDC, online)

1.5 *Pozitivní dopady*

Dnes máme již možnost s časovým odstupem posoudit pozitivní dopady denormalizace kouření. Můžeme konstatovat, že ve většině zemí, kde určitá forma denormalizace pronikla, se změnilo společenské vnímání kouření a zároveň se stalo „méně žádoucím, méně přijatelné a méně přístupné“. Do jaké míry je kouření společensky přijatelné se však stále odvíjí i od forem přijatých denormalizačních opatření a kulturních odlišnostech a tudíž není ve všech zemích identické. Obecně se dá konstatovat, že ve vyspělých zemích existuje již všeobecné povědomí o zdravotní závadnosti kouření. V poměrně velké části zemí s progresivní protitabákovou politikou lze sledovat snížení prevalence kuřáků a to především ve vrstvách obyvatelstva s vyšším socioekonomickým statutem. (Hammond 2006, s. 231)

O úspěchu denormalizace ve snaze změnit přívětivý postoj společnosti ke kouření hovoří i výzkum D. Hammonda a kol. (2006), který se zabývá výzkumem dopadu denormalizace na kuřáky a jejich vnímání tabákového průmyslu a sebe sama ve společnosti. Výzkum probíhal ve čtyřech, v této oblasti pravděpodobně, nejangažovanějších státech a to konkrétně v USA, Kanadě, UK a Austrálii. Výzkum v těchto zemích ukazuje, že průměrně 81% kuřáků vnímá, že je společnost proti kouření, stejné procento kuřáků má dojem, že je „méně a méně míst, kde se cítí komfortně, zapálit si cigaretu“ a 88% kuřáků vnímá, že „lidé na kterých mu záleží, věří, že by neměl kouřit“. Zároveň výzkum poukázal na zvýšenou touhu přestat s kouřením přímo závislou na míře sociální denormalizace. (Hammond 2006, s. 229) Tento výzkum zároveň odhaluje přímou úměru mezi vyšším socioekonomickým statutem a ztotožněním se se sociální denormalizací a denormalizací tabákového průmyslu. Ten je konzistentní i s nižším počtem kuřáků mezi osobami s vyšším socioekonomickým statutem a to ve všech 4 zemích. Vyšší pocitování sociální denormalizace je přítomno u žen, což může souviset s tradiční představou, že kouření je méně akceptovatelné u žen. (Hammond 2006, s. 230) Rozdíly mezi silou sociální denormalizace související s prosazenými opatřeními byly patrné, zejména co se týče varovných označení. V Kanadě se projevovala silnější denormalizace v souvislosti s varovnými označeními, než v dalších zemích, přičemž v Kanadě jsou používány na rozdíl od ostatních zemí varovné obrázky, místo tradičních varovných nápisů. To vede k tezi, že je tento způsob varování

efektivnější. Na druhou stranu opatření, které v Kanadě souvisejí s menší mírou sociální denormalizace kuřáků, byl zákaz kouření v restauracích a barech. Ve výsledku poskytuje studie důkazy o tom, že názory na přijatelnost kouření a tabákový průmysl jsou nezávisle spojené s úspěšností snahy o snížení počtu kuřáků. (Hammond, 2006, s. 231)

V kontextu České republiky, nemáme k dispozici podobné výzkumy, sledující přímo společenskou změnu ve vztahu vnímání kuřáků a kouření jako u Hammonda (2006). Máme k dispozici nicméně již zmiňované výzkumy CDC a můžeme pro naše účely využít i časové řady výzkumu Naše společnost od CVVM, která se také zabývá monitorováním kuřáků a v posledních letech i postoji k některým přijímaným opatřením. Zde stojí za zmínění především vyjádření se k otázce, kde by mělo být zakázáno kouřit. Zde panuje shoda okolo zákazu na místech, kde již zákaz funguje, jako jsou uzavřené prostory, veřejná doprava a většinou i pracoviště, nádraží a zastávky. To vypovídá o ztotožnění se většiny s nově nastavenou normou. V otázkách prostorů jako jsou restaurace, bary a kavárny ale také otevřené veřejné prostranství už zdaleka nepanuje taková shoda. To může naznačovat, že denormalizace u nás v některých ohledech stále nemá tak silnou pozici jako v jiných západních státech, ale může to být i způsobeno i tím, že zákazy na těchto místech teprve mají vzejít v platnost a jejich ospravedlnění není dostatečně dobře komunikováno. (Příloha č. 7) V otázce snížení prevalence kouření se zdá, že po 15 letech dochází k prvnímu snížení počtu kuřáků, nicméně jak jsem již avizoval, na potvrzení těchto výsledků si budeme muset ještě počkat. Směr protitabákové politiky v České republice je nicméně poměrně progresivní a daří se naplňovat doporučení WHO. Některá opatření jako obrázkové varování a zákaz v restauracích a jejich potenciální dopad, budeme moci také sledovat až v následujících letech. Nejpatrnější mezery v naplňování těchto doporučení náleží patrně podpoře léčby a odvykání od tabákových výrobků. SZÚ doporučil zlepšit situaci na pracovištích a okolo vymáhání zákazu propagace tabákových výrobků. Stejně jako v ostatních státech se u nás projevuje nerovnoměrný dopad a různá efektivita opatření na různé sociální skupiny. Především nízký efekt denormalizace na skupiny s nižším socioekonomickým statutem je nejen u nás alarmující, jelikož na tyto skupiny mají potenciální dopady možné stigmatizace nejvýraznější efekt a jsou zároveň nejzranitelnější skupinou.

2. Stigmatizace kuřáků

2.1 *Debaty o možné stigmatizaci*

V plném rozkvětu denormalizace kouření, která začala pronikat s různou intenzitou do většiny vyspělých států, se ovšem pomalu rozrůstají diskuze v odborných kruzích, ohledně stigmatizace kuřáků. „*Zatímco celkový přístup k denormalizaci není v podstatě zpochybňován, vědci z oblasti veřejného zdraví vyjádřili své obavy nad tím, že praktikované politiky denormalizace mohou, ať záměrně či ne, očerňovat kuřáky.*“ (Graham 2013, s. 86) Mezi přímé negativní důsledky stigmatizace kuřáků můžeme zařadit diskriminaci, sociální exkluzi a ztrátu společenského statusu spojenou s převládajícími negativními stereotypy o kuřácích, stigmatizování již tak znevýhodněných skupin a také pak zhoršení šance stigmatizovaných přestat s kouřením a zhoršení přístupu k potřebné léčbě. Česká republika následuje v protikuřácké politice cestu mnoha dalších států, kde se již delší dobu upozorňuje na důsledky stigmatizace kuřáků. Vede mne to tedy k myšlence, zda dochází ke stigmatizaci i u nás. V českých odborných kruzích tato problematika zůstala poměrně nedotčená, tudíž se musíme obrátit k zahraničním autorům. Řada zahraničních autorů dnes upozorňuje na možné negativní důsledky stigmatizace kuřáků a na to, že podoba dnešní denormalizační

politiky podobné stigma přímo vytváří. Názory se však liší především v tom, jestli převládají pozitivní, nebo negativní dopady a jestli bychom měli vědomě podobný proces prosazovat v rámci ochrany veřejného zdraví. K předchozím pracím věnovaným této problematice a jejich závěrům se ještě zanedlouho vrátím.

Debaty o stigmatizaci kuřáků probíhají v zásadě v několika rovinách. První rovina debaty je zda se jedná opravdu o stigma a jaké má na kuřáky důsledky a vychází z typického pohledu na stigma, které představil Erving Goffman v šedesátých letech a na jehož práci navázali později další. Pro naše potřeby bude důležitá především pak práce Linka a Phelana o konceptualizaci stigmatu, která nám pomáhá najít příznaky stigmatizace kouření. Dalším konceptem, který budeme využívat je model sebestigmatizace od Corriona a Watsona. Konceptualizace nám jednak pomáhá určit, jestli se jedná opravdu o stigmatizaci a také nám pomáhá vidět možné pozitivní a negativní důsledky stigmatizace. Další rovina, která nás bude zajímat, se zabývá použitím stigmatizace jako nástroje veřejné politiky a tím jestli je vůbec etické, aby stát byl sám strůjcem vědomého stigmatizování pod rouškou veřejného blaha a zdraví veřejnosti. Zvláště pokud by prohluboval stigmatizaci už tak znevýhodněných skupin jako jsou skupiny s nižšími ekonomickými příjmy a další. Zároveň se zabývá tím, proč právě v případě kouření stát ohledně stigmatizace zaujímá jiné stanovisko, než u srovnatelných závislostí.

2.2 *Definice stigma*

2.2.1 E. Goffman a narušená identita

Erving Goffman svou knihou *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*, vydanou v roce 1963, značně ovlivnil směr soustředění celé generace sociologů ve zkoumání vztahu společnosti k menšinám. Hojně používání pojmu stigmatizace na stále nové a nové skupiny, vedlo sociology v následujících letech nutně k potřebě tento pojem blíže konceptualizovat. O to se musíme pokusit i v našem případě, kdy mluvíme o stigmatizaci kuřáků. Pokud chceme hledat příznaky stigmatizace kouření v ČR, musíme nejdříve vymezit, co definuje stigmatizaci. V tomto ohledu mi do značné míry pomáhají již předchozí zahraniční výzkumy na toto téma, které museli řešit stejnou otázku.

Vraťme se, ale na chvíli ke Goffmanovi a představení jeho pojetí stigmatu, z které další konceptualizace tohoto pojmu vycházejí. Goffman ve své práci ukázal, na příkladu minorit jako jsou mentálně a tělesně postižení, bývalí vězni, sexuální menšiny, alkoholici, nezaměstnaní, prostitutky atd., jakým způsobem se projevují negativní důsledky stigmatu na životy stigmatizovaných. Stigma je v jeho práci univerzální fenomén, spojován s individuálními rysy a atributy, které však, jak již Goffman naznačil, jsou společensky produkované a mají strukturální předpoklady. Z této sociální perspektivy bude zajímat i nás. Goffman se vyjádřil k osobě, která nese stigma: „...jedinec, který by byl mohl být v běžném společenském styku přijat zcela snadno, je nositelem charakteristického rysu, jenž se může vnutit do naší pozornosti a způsobit, že ti z nás, kteří se s ním setkají, se od něj odvrátí“ (Goffman 1963 s. 12-13) Goffman rozděluje charakteristické rysy, či chcete-li diskreditující atributy, které mohou nést stigma na tři rozdílné typy stigmatu. Jedná se o tělesné ošklivosti a tělesná postižení, druhým typem jsou pak nejrůznější vady charakteru, jako je slabá vůle, nepřirozené vášně, falešná přesvědčení, sexuální orientace, alkoholismus, zhoubné návyky, duševní poruchy a další. Posledním typem pak jsou kmenová stigmata na základu rasy, národa a náboženství. (Goffman 1963 s. 12) Termínem stigma označujeme silně diskreditující

atribut, díky kterému nemusí být jedinec společností zcela přijat, nebo může být přednostně posuzován na jeho základě. Stigmatem však nejsou všechny nežádoucí a diskreditující atributy, nýbrž jen ty, které se neslučují s naším stereotypem ohledně toho, kým by měl daný jedinec dle našeho názoru být. Stigmatizace vzniká v situacích, kde na všech stranách, včetně jejího nositele vzniká očekávání, že by měly konkrétní normy nejen podporovat, ale i naplňovat. Na základě nenaplňování této normy jsou ospravedlněny různé formy diskriminace. Stigmatizaci provází proces vytváření negativních stereotypů vysvětlujících méněcennost osoby se stigmatem a objasňující nebezpečí, které představuje pro ostatní. Nositel se pak zpravidla pod tlakem ztotožňuje s negativními stereotypy a podléhá procesu, ve kterém dochází k „narušení“ identity a pocitění ztráty statusu a osobní hanby. (Goffman 1963, s. 13-14) Stereotypem pak myslíme ustálené vnímání a hodnocení druhých na základě určité charakteristiky, které je často zatížené zkreslením a předsudky.

2.2.2 Konceptualizace stigmatu

Odborná diskuze na téma stigmatu byla po Goffmanově práci velmi bohatá a demonstrovala dále na celé řadě případů negativní důsledky stigmatizace. Zároveň se její použití rozšířilo na celou řadu nových oblastí a bylo zapotřebí přesněji definovat a konceptualizovat tento pojem. Příbyla tedy celá řada různých variant definic pojmu stigma. „*Na příklad Stafford a Scott (1986, p. 80) navrhli definici, že stigma je „charakteristika osoby, která je protikladná k normě společnosti, kde „norma“ je definovaná jako sdílená představa, že by se osoba měla chovat určitým způsobem v určitém čase.“ Crocker a kol. v roce 1998 ve své práci označili stigmatizované jako „stigmatizovaní jedinci mají (nebo se předpokládá, že mají) určitou vlastnost, či charakteristiku, která odhaluje jejich sociální identitu, která je v určitém společenském ohledu znehodnocující“ Za další vlivnou definici pak lze považovat tu zpracovanou Jonesem a kol. v roce 1984, kde navázal na Goffmanovo pozorování, že na stigma může být nahlíženo jako na vztah mezi „atributem a stereotypem“ vytvořil definici stigmatu jako „znamení“ (atribut), které spojuje jedince s nežádoucími vlastnostmi (stereotyp).“ (Link a Phalen 2001, s. 364-365)*

2.2.3 Koncept stigma podle Link a Phalen

S ohledem na již předešlé výzkumy zkoumající stigmatizaci kuřáků pro nás bude ovšem nejdůležitější definice Linka a Phalena, kteří na tyto práce navázali a postarali se asi dosud o nejkompaktnější konceptualizaci stigmatu. V jejich konceptualizaci stigma existuje, pouze pokud je přítomno všech pět vzájemně provázaných komponentů.

1. Dochází k rozlišování a označování, či chcete-li „nálepkování“, lidských rozdílností.
2. Existuje převládající přesvědčení spojující osoby s nežádoucími charakteristikami – k negativním stereotypům.
3. Jsou označované osoby umístěny do odlišných kategorií, aby se dosáhlo určité míry oddělení „nás“ od „jich“.
4. Zažívají označované osoby ztrátu statusu a diskriminaci.
5. Stigmatizace je zcela podmíněná přístupem k sociální, ekonomické a politické moci, která dovoluje identifikovat rozdílnosti, vytvářet stereotypy, oddělovat označované osoby do odlišných kategorií a umožňuje plné uskutečnění nesouhlasu, odmítnutí, vyloučení a diskriminace. (Link a Phalen 2001, 366-367)

Podle této konceptualizace se můžeme přesvědčit, zda i u nás dochází ke stigmatizaci kuřáků. Postupně si na příkladech ukážeme, jak se tyto body projevují v případech stigmatizace kuřáků a v našem výzkumu pak budeme hledat, zda jsou některé tyto projevy reálně přítomné i u nás. Dalším důležitým poznatkem jejich práce bylo i upozornění, že existuje různá míra stigmatizace. Ne každá samozřejmě má stejný výsledný dopad, ve svém důsledku však všechny vedou k narušení identity. „*Stigma je přítomno v různé míře. Síla spojení mezi označením a nežádoucími atributy může být relativně silná, nebo relativně slabá. Míra separace do skupin „nás“ a „jich“ může být více, či méně kompletní a konečně rozměry diskriminace a ztráty statusu a se mohou lišit. To znamená, že některé skupiny jsou stigmatizovány více než jiné.*“ (Link a Phalen 2001, s. 377)

2.2.4 Model sebe-stigmatizace podle Patricka W. Corriona

V procesu stigmatizace dochází k tzv. sebe-stigmatizaci, tedy k tomu, že si jejich nositelé uvědomují, jak je společnost vnímá a ve svém důsledku se s těmito představami začnou ztotožňovat. Nositel stigmatu uznává, že se odchyluje od společenské normy. Koncept sebe-stigmatizace představil Patrick W. Corrigan a budeme ho v další části ještě využívat, tudíž si ho dovolím v krátkosti představit. Čtyřstupňový model sebe-stigmatizace představil P. W. Corrigan na mentálních onemocněních a alkoholismu a patří mezi přední „poznávací“ model sebe-stigmatizace, který byl následně použit i v souvislosti se stigmatizací kuřáků.

1. Nositel si je vědom převládajících negativních stereotypů (uvědomění/povědomí)
2. Do určité míry alespoň s některými souhlasí. (souhlas/ztotožnění)
3. Takové osoby se pak mohou sami identifikovat jako stigmatizovaní a aplikovat na sebe negativní stereotypy (aplikace)
4. To vede až ke ztrátě sebeúcty a snížení vlastní produktivity a dalších důsledků. (přijetí důsledků) (Evans – Polce et al. 2015, 27)

2.3 Etické spory – Zdravotní politika a indukované stigma

V posledních letech rezonovaly odbornou diskuzí debaty ohledně stigmatizace jedinců skrz intervence v oblasti veřejného zdraví. Debaty se pohybují okolo toho, jestli je vůbec někdy přijatelné a správné vědomě stigmatizovat jednotlivce, nebo jestli je to vždy v rozporu s etikou veřejného zdraví a lidských práv jednotlivce. Řada autorů jako jsou Bayer & Stuber, Chapman & Freeman, Mayer, Link a další ve svých pracích tvrdí, že je přijatelné stigmatizovat nezdravé a zdraví škodlivé jednání a vskutku je to neodmyslitelným a jednoznačným procesem denormalizace zdravotně rizikového chování. Došli k závěrům, že stigmatizace kouření může usnadnit naplňování normy zdravého chování, tím že vytvoří prostředí, kde je kouření společensky nepřijatelné. Přiznali nicméně, že procesu vytvoření sociální nepřijatelnosti není zcela porozuměno. (Ritchie 2010, s. 623)

R. Bayer ve svém článku „Not can we, but should we?“ (2008) polemizuje nad tím, jestli je politicky indukované stigma, jako v případě kuřáctví ospravedlnitelné. Na příkladu negativních důsledků stigmatizace jedinců s AIDS/HIV poukazuje, jak je důležité předcházet stigmatizaci k dosažení prevence v oblasti veřejného zdraví a v kontrastu s tím se zamýšlí nad tím, či je stigmatizace kouření možnou „výjimkou v doktríně stigmatizace“. Zamýšlí se tedy nad tím, či je za některých okolností etické a

ospravedlnitelné ho použít, pokud umožňuje efektivně ovlivňovat chování, které přímo vede k tak výrazné zdravotní zátěži a úmrtnosti ve společnosti. Jak cituje psychiatra z článku v *New York Times* „*To co potřebujeme je národní kampaň, která bude mít za výsledek raději stigmatizaci kuřáků, než jejich oslavování.*“ (Bayer 2008, 467) Bayer předkládá argumenty, které by mohly morálně ubránit vyvolávání stigmatu v tomto případě. Stigmatizování je podle něj v našem případě, spíše krátkodobé než trvalé, jejím cílem je reintegrovat jejich nositele do „normální“ společnosti a proti zátěži, kterou nositelé nesou, nejsou bezbranní, jelikož mohou přestat. (Bayer 2008, 470)

Na druhé straně řada autorů v čele se S. Burrisem a Marthy Nussbaum vznesla své etické obavy, ale i obavy nad tím, jestli bude mít stigmatizace tížený efekt a jestli vůbec kdy mohou převládnout pozitivní důsledky nad těmi negativními, s ohledem na ponižující podstatu stigmatizace. Burris považuje stigmatizaci za ponižující, neúměrně krutou formu sociální kontroly, která je svévolná a je odpojena od jakékoli přímé formy institucionální oprávněnosti a odpovědnosti. Označuje stigmatizaci za „oficiální spravedlnost lynčování“. S tím zastává názor, že by stigma nemělo být nikdy, za žádných okolností vědomě použito na jakékoli skupině lidí. (Burris 2008, s. 475) Je zároveň důležité poznamenat, že Burris si kladl i otázky, jestli je kouření opravdu stigmatizované a jak diskreditující je vlastně kouření? Bránil snahy v oblasti veřejného zdraví a zdůrazňoval, aby nebyly všechny pokusy o marginalizaci nezdravého chování viděny hned jako stigmatizace, pokud nesplní užší nároky konceptů jako od Link a Phalena. (Burris 2008, s. 473) Na argument, že je stigma přítomno v různé míře a mírné formy mohou působit za určitých okolností jako „dobré“ stigma reaguje, že i to nejmírnější stigma ze své podstaty vede k stejně hrůznému důsledku narušené identity, která je v rozporu s demokratickými principy naší společnosti založené na svobodě a důstojnosti. (Burris 2008, s. 475) Zároveň někteří autoři upozorňují, že má stigma rozdílné důsledky na různé sociální skupiny a nejvíce negativně působí na již tak ohrožené skupiny.

3. Zasazení do konceptu

3.1 „Nálepkování“ a stereotypizace kuřáků

Podobně jako během vzestupu kouření a masivní reklamě tabákových společností svého času, kdy bylo kouření vyobrazováno hesly, které mu měly nalákat nové uživatele, v průběhu denormalizace se jejich role obrátili a tyto reklamy nahradily ty, které od kouření odrazují. Tudíž i hesla, kterými se začali „nálepkovat“ kuřáci, byli nutně dehonestující. Chapman a Freeman, se ve svém článku a „*Markers of the denormalisation of smoking and tobacco industry*“, zabývají „nálepkami“ a stereotypy, které utvářeli nové společenské vnímání kuřáka. Populární reklamní slogan protitabákové kampaně z 80. let, bylo „Polib nekuřáka, ochutnej rozdíl“, či „Políbení kuřáka je jako olizování popelníku“. (Chapman a Freeman 2007, s. 27) Na vytváření negativních stereotypů se ovšem podílí i řada dalších nástrojů denormalizační politiky. V České republice se podobně masivní, dehonestující reklamní kampaň namířena proti kouření zatím v praxi neobjevila, i přesto můžeme pozorovat, že sdílíme podobné stereotypy o kuřácích, jako v zemích kde tyto stereotypy zkoumali Chapman a Freeman. Tyto stereotypy do značné míry „ospravedlňují“ jejich stigmatizaci a ukazují čím kuřáci, v očích veřejnosti, ohrožují sebe a své okolí. Důležité je zdůraznit, že níže zmiňované vlastnosti, které jsou spojovány s kouřením, se stávají stereotypy až v následku jejich generalizování, které přičkne tyto vlastnosti všem kuřákům.

Jedním z rozšířených stereotypů o kuřácích je ten, že mají slabou vůli. Tuto

charakterní vlastnost zařazoval i Goffman ve svém původním vymezení druhého typu stigmatu jako vadu charakteru. Tento předpoklad je viděn nejen s ohledem na slabou vůli přestat kouřit, ale i ovládat své nutkání a potřebu zapálit si. Kuřáci jsou viděny jako otroci své závislosti. Dnes již existuje řada prostředků pomáhajících s odvykáním od nikotinu a kouření je obecně vnímáno jako chorobná diagnóza vyžadující léčbu. (Chapman a Freeman 2007, s. 27)

Dalším rozšířeným stereotypem, který se váže k průvodnímu znaku tohoto stigmatu, je zápach z cigaretového kouře. Tedy i přesvědčení, že kuřáci páchnou a je to špinavý a hnusný zlozvyk. Zápach i samotný kouř, který cigarety produkují je navíc přímo spojován se zdravotními důsledky a může být nejen v uzavřených prostorech značně nepříjemný a vyvolávat obavy o vlastní zdraví. Kouření může být spojováno i se zápachem úst, žloutnutí zubů a nehtů. Kouření pochopitelně tyto znaky nese, nicméně ve finálním důsledku je přímo závislý na osobní odpovědnosti a hygieně jedince.

Nepochybně dalším přítomným stereotypem je, že jsou kuřáci nepořádní a vytváří „bordel“. Myšleno tím nepořádek, smetí, především v podobě nedopalků na ulici, což je považováno v dnešní době za jednu z hlavních složek znečištění ulic. I kvůli tomu bylo na různých místech zakázáno kouřit, aby nebyly znečištěné od kuřáků, typicky ve světě jsou taková místa pláže, nebo lesy - ty jsou tomuto vystaveny i z důvodů vysokého rizika výskytu požáru. (Chapman a Freeman 2007, s. 27) V prostředí města můžeme vidět i dopady na roztavených odpadkových koších od vznícených nedopalků. Odhazování cigaretových nedopalků na ulici je dnes v ČR nepochybně vnímáno jako problém, jelikož o něm pojednává i vyhláška o čistotě veřejných prostranství z roku 2008 a takové jednání je považováno za přestupek a je možno jej pokutovat.

Můžeme se setkat s označením chování kuřáků za sobecké a bezohledné. Tenhle předpoklad je založen na tom, že kuřáci kouří poblíž lidí, kteří kouřit nechtějí, či ve sdílených veřejných prostorech. Jinak řečeno dávají přednost své touze zapálit si, před právem ostatních nevdechovat jeho cigaretový kouř. Tuto společenskou obavu reprezentují i zákony, které vymezují, kde se smí kouřit a chrání tak nekuřáky, v některých veřejných prostorech před potenciální „bezohledností“ kuřáků. (Chapman a Freeman 2007, s. 27) Jedním z dalších stereotypů, který je zajímavý především s ohledem na možnou diskriminaci v možnostech bydlení u kuřáků je ten, že bývají vnímáni jako nelákavý a nežádoucí spolubydlič, či podnájemník.

V neposlední řadě se vyskytují negativní stereotypy ve vztahu kuřáků k práci. Kuřáci jsou označováni za méně pracovitě, pracovně nespolehlivé, či nevyrovnané. V doporučení Komise evropských společenství pro politiku EU je dokonce uvedeno „*U kuřáků, kteří v současnosti mohou kouřit na pracovišti a kteří budou nadále kouřit, lze očekávat určité snížení produktivity práce, neboť budou kvůli přestávce na kouření odcházet z budovy*“ (Zelená kniha 2007, s. 8) Vypadá to, že poměrně značná část lidí sdílí představu, že kuřáci pracují méně než nekuřáci. Odrážejí se zde i předchozí nelichotivé stereotypy o slabé vůli atd., které mohou vést k preferencím zaměstnavatele mít ve svém kolektivu spíše nekuřáky. „*To do značné míry dokazuje i televizní průzkum z roku 2005, který se ptal na otázku 'Měli by kuřáci, pracovat delší směny, aby si vynahradili pauzy za cigarety?' více než 70% s tímto výrokem souhlasilo.*“ (Chapman a Freeman 2007, s. 27) Můžeme se i setkat, že je kouření spojováno se stereotypem o nižším vzdělání kuřáků, či nižším sociálním statusu kuřáků. (Chapman a Freeman 2007, tamtéž)

3.2 Oddělování na „my“ a „oni“

Nejvýraznější se zdá být oddělování do odlišných skupin na regulacích, které vymezují prostory, kde se smí a nesmí kouřit. Viditelná separace a vytěšňování kuřáků z veřejných prostor proniká nejen do uzavřených, ale i do otevřených prostranství, což vede současně ke ztrátě sociálního statusu kuřáků na veřejných místech. „Zatímco většina regulací uzavřených prostor je ospravedlněna ochranou nekuřáků před zdravotně škodlivými důsledky pasivního kouření, je důležité poznamenat, že škodlivost cigaretového kouře v otevřených prostorách nejsou srovnatelné s těmi zažitými v uzavřených prostorách a jsou podpořeny pouze „křehkými“ důkazy. (Bell a kol. 2010, s. 915) Veřejný prostor se dnes tedy zdá být z velké části nárokován právům nekuřáků a není příliš zpochybňován. Práce K. Bell a kol. „Every space is claimed“ a práce D. Ritchie a kol., s podtitulem „But it just has that sort of feel about it, a leper“, se ve svém výzkumu zabývali kvalitativní studií zažitých zkušeností kuřáků ohledně těchto regulačních opatření. Výzkumy se odehráli v Kanadě a Skotsku, kde je denormalizační politika na pokročilé úrovni. Další významné kvalitativní výzkumy věnující se podobné problematice, které stojí za to zmínit alespoň okrajově, se odehráli v Polsku, Novém Zélandu a USA. (Bell a kol. 2010, s. 916)

3.2.1 Prostorová stigmatizace a zkušenosti kuřáků s denormalizací

Práce K. Bell a kol., ve svých závěrech poznamenala řadu důležitých bodů. Především podle závěrů jejich studie, korespondují zkušenosti respondentů s modelem stigmatizace podle Link a Phalena. (Bell 2010, s. 922) V návaznosti na pochyby S. Burrise, se zdá, že pozdější studie dokázaly najít důkazy o naplnění této striktnější definici stigmatu. Ze získaných dat se podařilo dobře ilustrovat pocity, které současná situace v kuřácích vyvolává. Určitou míru opatření schvalovala téměř většina respondentů, nicméně s rostoucí intenzitou přijímaných opatření pociťují výrazné hodnotové soudy od okolí založené na tom, že kouří. „Zatímco mnoho respondentů se vyjádřilo, že samotné regulace nebyly vlastně problematické, zdůraznili, že denormalizace vytvořila prostředí, ve kterém je každý veřejný prostor nárokován nekuřáky a je prakticky nemožné kouřit na veřejných místech a nebýt za to souzen“ (Bell 2010, 926) Mnoho z respondentů se necítilo příjemně kouřit na veřejnosti i na místech, kde mají teoreticky „povoleno“ kouřit a uvedlo četnou osobní zkušenost s verbální i neverbální konfrontací, včetně přirovnání k závislostem na těžkých drogách a charakterovým vadám. Některé z reakcí na kouření na veřejnosti by v běžném sociálním dialogu byly považovány za neslušné a urážlivé, ale v atmosféře denormalizace jsou schvalovány. Označení „kuřák“ je vázáno k nežádoucí společenské identitě a jak jeden z respondentů uvedl „...víte občas jste doopravdy označován za špatnou osobu za to, že kouříte“. (Bell 2010, s. 921) Jejich závěry dále poukazují na to, že ač mohou vést tyto strategie určitou část populace k tomu, aby přestala kouřit, jejich nezamýšlené důsledky potřebují hlubší prostudování. A to jednak proto, že mohou způsobovat pocit bezmocnosti v lidskou schopnost přestat a také proto, že slouží k vytlačování kouření do soukromí domovů, což je ironicky prostředí kde jsou zdravotní důsledky vystavení pasivnímu kouření největší. V neposlední řadě klade důraz na bližší prozkoumání důsledků na nejnižší sociální třídy, založených na mezitřídních rozdílech důsledků stigmatizace. (Bell 2010, 927)

Výzkum D. Ritchie provedený ve Skotsku přinesl podobné závěry. Jejich výzkum sice uvádí, že zaznamenal jen nepatrné množství přímé diskriminace, nicméně zaznamenal ztrátu sociálního statusu na veřejných místech a jako přímý důsledek

separace pak zvýšené pociťování stigmatu. To vede ve svém důsledku k zvýšené sebe-stigmatizaci a ztotožňováním se s „nálepkami“ vlastní osobnosti i v době kdy fyzicky nekouří. To vede k tomu, že se kuřáci snaží vyhnout stigmatizování tím, že nechtějí být viděni a ukrývají své stigma, aby bylo ve společnosti co možná nejméně patrné. Při zakrytí se uchylují i k tomu, že se přidávají ke stigmatizování ostatních kuřáků a vymezují se od nich. Ve vyjádřených zkušenostech se opakovalo pociťování nálepky „malomocných“. Výzkum zaznamenal i genderové rozdílnosti a negativní vnímání žen, co kouří. (Ritchie 2010, 622-625)

3.3 Ztráta statusu a diskriminace

O ztrátě sociálního statusu ve veřejných prostorech, jsme již mluvili v předchozí kapitole a jsou nejlépe dokumentovatelné. Dají se ovšem dedukovat i další oblasti kde dochází ke ztrátě sociálního statusu. V osobní rovině bylo i na předchozích výzkumech od Bell a Ritchie viditelné pociťování ztráty statusu v ohledu osobního charakteru. V této osobní rovině stojí i dopady stereotypů o sníženém pracovním výkonu kuřáků, který může vést k diskriminaci a snižovat jeho status u zaměstnavatele. Potenciální ztráta statusu a diskriminace hrozí i ve zdravotnictví a v přístupu lékařů k nemocným, pokud převládnu hlasy, že si kuřáci nezaslouží stejný přístup v léčbě u nemocí přímo souvisejících s jejich kuřáctvím. Jak již bylo zmíněno, odstranění stigmatizace se u ostatních závislostí považuje za esenciální pro úspěšnou léčbu a převládají obavy, že zvláště ty již znevýhodněné skupiny kuřáků budou mít stále těžší přístup k řádné léčbě. Některé organizace dnes již vyžadují prosazení vyšších pojistných odvodů na zdravotní pojištění pro kuřáky. (Madison a kol., 2013) Další pak ve světě prosazují nezaměstnávání kuřáků. (Asch a kol., 2013) Forma diskriminace se může projevat i v otázkách bydlení, kdy v současnosti řada podnájmů, či spolubydlení je podmíněna nekuřáctvím.

3.4 Závislost stigmatu na moci – politicky navozené stigma

Řada autorů označila stigmatizaci za nedílnou součást denormalizační strategie povzbuzují sociální změnu a tím je značně v rozporu k aktuálnímu přístupu k jiným látkám, které jsou zdraví škodlivé. V souvislosti s dalšími závislostmi (alkoholismus, prášky na předpis, ilegální drogy) existují názory, že odstraněním stigmatizace jejich uživatelů je zásadní povzbuzení k časnému nástupu do zdravotnické péči a zlepšení celkového zdravotního stavu závislých. (Bell 2009, s. 795) „*To vyvolává otázky, proč se politika tabákové kontroly tak výrazně odchytila od tradičně rozvinutých přístupů k závislostem v oblasti veřejného zdraví a to s ohledem na nutnost působit i proti vytváření stigmatu a jestli je současná strategie vůbec etická a ospravedlnitelná.*“ (Bell 2009, s. 796) Na tyto otázky, bychom tradičně mohli najít argument, že valná většina látek u ostatních závislostí spadá do ilegálních látek a je tedy přímo státem zakázaná, zatímco tabák je droga legální. „*Jelikož jsou zákonem zakázané látky založeny na morálním předpokladu, že jsou nedovolené látky „špatné“ a lidi co je užívají, jsou „špatní“, je stigma spojené s nedovolenými drogami jasně patrné a jejich negativní důsledky dobře zdokumentované. Nicméně, tabák na druhou stranu je droga legální, která byla donedávna široce společensky přijímanou a společně užívanou drogou. Tudíž stigma, nebylo v minulosti obavou týkající se užívání tabáku. Vlastně se zdá, že denormalizační politika představuje pokus o použití stigmatizace jako výslovného nástroje nahrazující přímý legislativní zákaz.*“ (Bell a kol. 2009, s. 796) Ochrana veřejného zdraví, je sama o sobě často dostatečně ospravedlňující argument i přes silné

etické pochyby jako v tomto případě „...*historie veřejného zdraví je poznamenána politikami, které ve jménu ochrany a podpory zdraví, pronásledovali a sloužili k zintenzivnění veřejného hanobení a státem posvěcené diskriminace, proti již tak znevýhodněným skupinám.*“ (Graham 2013, s. 87) Právoplatnost takových opatření v rámci protikuřáckých zákonů by bez vědeckých potvrzení o zdravotní škodlivosti pasivního kouření, byla do značné míry pouze morální křížovou výpravou proti kuřákům, bez řádné podpory veřejnosti a v argumentech. Argument ochrany zdraví nekuřáků, hraje dnes pro prosazování denormalizačních opatření primární roli.

3.5 „*The downside of tobacco control?*“

Jedním z posledních zásadních příspěvků do diskuze o stigmatizaci kuřáků je článek „*The downside of tobacco control? Smoking and self-stigma: A systematic review*“ od autorů Rebecy J. Evans-Polce, Joao M. Castaldelli-Maia, Georg Schomerus a Sara E. Evans-Lacko, který vyšel v roce 2015. Ve svém článku vypracovali první systematický přehled dosud provedených relevantních výzkumů o stigmatizaci kuřáků. Výsledky vyhodnocovali se zaměřením na průvodní jevy sebe-stigmatizace podle modelu od P. W. Corrigan. Z původních několika set prací bylo do závěrečného výzkumu zahrnuto 30 výzkumů, která splnila všechny kritéria, z čehož 18 bylo kvalitativních a 12 kvantitativních. Povědomí o stigmatizaci kouření bylo prakticky univerzální pro všechny práce. Mezi studii byl patrný rozdíl ve vyvozených důsledcích sebe-stigmatizace, které byly jak pozitivní, negativní tak i vesměs neutrální. (Evans-Polce a kol. 2015, s. 30) (Příloha č. 8)

Evaluace provedených výzkumů, kromě důsledků stigmatizace sledovala, jestli se projevují fáze modelu sebe-stigmatizace podle Corriganova tedy: 1) povědomí 2) ztotožnění a 3) sebe aplikace a přijetí důsledků. Poslední dvě fáze z původně 4 stupňového modelu byly pro vysokou korelaci sloučeny. I přesto, že žádná ze zahrnutých studií nepracovala přímo s tímto modelem, většina z nich vykazovala přítomnost několika fází tohoto modelu. Téměř všechny studie vykazovaly fázi 1) povědomí a fázi 3) aplikaci negativních stereotypů na sebe sama včetně přijetí důsledků stigmatu. Překvapivě ne všechny důsledky a aplikované stereotypy byly vždy negativní. Zbylá většina výzkumů, která se shodovala s fází 3) sebe aplikace převážně referovala negativní důsledky a respondenti avizovali pocit viny, hanby a pocítění ztrapnění kvůli svému kuřáckému chování. V několika studiích kuřáci přiznali, že se díky svému zlovyku cítí jako „malomocní“, „vyvrženci“, „špatné osoby“ a „spodina“. Někteří respondenti vyjádřili zintenzivnění těchto pocitů po neúspěšném pokusu přestat. Negativní důsledky zahrnovali nejen recidivu, ale i zvýšenou odolnost vůči odvykání, sobě navozenou společenskou izolaci, zvýšení stresu a zhoršení přístupu ke zdravotní péči. (Evans-Polce a kol. 2015, s. 31)

Přímé dopady sebe-stigmatizace vykazovalo nakonec 20 studií. Pouze čtyři studie našly výhradně pozitivní důsledky, jako redukce kuřáků a touha přestat kouřit. Sedm studií našlo výhradně negativní důsledky, pět jich našlo mix pozitivních a negativních důsledků a čtyři studie považovaly výsledky za nevýznamné. (Příloha č. 9) Navození stigmatizace podle jejich výzkumu může dosahovat až čtyř rozdílných výsledků:

1. žádoucí výsledek – jedinec si osvojí stigma kuřáctví a přestane kouřit, aby se cítil lépe
2. nežádoucí výsledek – jedinec si osvojí stigma, ztratí sebevědomí, sebe účinnost a selže ve snaze přestat kouřit
3. nežádoucí výsledek – kuřák si neosvojí stigma spojené s kouřením, zůstane

lhostejný a nepřestane kouřit

4. nežádoucí výsledek – kuřák si odmítne osvojit stigma spojené s kouřením, může se stát rozhněvaným a může mít pocit, že se na veřejnosti musí bránit kvůli stigmatizaci jeho chování, odmítne přestat kouřit a může dojít i k navýšení sebevědomí nehledě na kouření (Evans-Polce a kol. 2015, s. 32)

Závěry jejich studie doporučují, v převládající atmosféře, kde se soustředí většina převážně na pozitivní důsledky stigmatizace kouření, bedlivě sledovat i ty negativní. O jejich následcích, nemáme v tomto ohledu zatím dostatek informací. Upozorňuje zároveň na již zmiňované doporučení z řady jiných oblastí veřejného zdraví, které se shodují na tom, že stigmatizace není efektivní a převládají vždy její negativní důsledky. (Evans- Polce a kol. 2015, s. 32)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumná část

4.1 Výzkumný záměr a výzkumné otázky

Jak jsem již avizoval v teoretické části své bakalářské práce, na území České republiky zatím chybí výzkumy, které by sledovaly danou problematiku denormalizace kouření z úhlu pohledu, kterému se ve své práci věnuji já. Většinu zásadních tuzemských výzkumů monitorujících kouření a protitabáková opatření jsem již představil v teoretické části a jedná se výhradně o kvantitativní výzkumy, jejichž informační hodnota je sice značná, nicméně otázky, které si pokládám, mi i kvůli podstatě kvantitativních dat nemohou uspokojivě zodpovědět. Záměrem mého výzkumu je přiblížit jestli a jak vnímají kuřáci společenské změny v přístupu ke kouření, jak vnímají samotnou denormalizační politiku a v neposlední řadě zjistit zda se v našem prostředí vyskytují příznaky stigmatizace kuřáků. S ohledem na záměr svého výzkumu, jsem si proto zvolil pro svůj výzkum kvalitativní design, abych mohl důkladněji porozumět názorům, postojům a osobním zkušenostem respondentů. Inspirací pro můj výzkum pak byly, již v teoretické části představené, zahraniční výzkumy zabývající se touto problematikou.

Jak jsem již naznačoval v úvodu, do výzkumu vstupuji s hypotézou, že s ohledem na formu denormalizační politiky, kterou přejímáme od západních států, zde budou přítomny podobné příznaky stigmatizace kuřáků, jako jsou pozorovány v těchto západních státech. I přesto je ovšem důležité poznamenat, že jsem do výzkumu vstupoval s vědomím, že naše protitabáková politika a s ní spojená opatření byla oproti těmto státům přijatá později a úroveň denormalizace nemusí být tak vysoká. Tudíž jsem se snažil dopředu nepředjímat žádné výsledky, nicméně bedlivě sledovat oblasti, kterým se věnovaly i zmíněné zahraniční výzkumy.

Ve svém výzkumu jsem si položil následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Vnímají kuřáci změnu ve společenském přístupu ke kouření?

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají kuřáci přijatá denormalizační opatření?

Výzkumná otázka č. 3: Jsou v ČR přítomné příznaky stigmatizace kuřáků?

4.2 Metodika výzkumu

4.2.1 Výzkumný soubor a výběr respondentů

Pro účely výzkumu mé bakalářské práce, jsem hledal dospělé kuřáky a bývalé kuřáky, kteří kouřili pravidelně alespoň po dobu pěti let. Při výběru respondentů/ek jsem se snažil složit jejich výběr tak, aby byly zastoupeny různé věkové skupiny a bylo zde pokud možno rovné zastoupení mužů i žen. Z původního záměru vyzpovídat 20 respondentů/ek se mého výzkumu nakonec zúčastnilo 15 osob, nicméně s ohledem na počet respondentů/ek u zahraničních, kvalitativních výzkumů je toto číslo pro účely bakalářské práce více než dostačující. Z celkového počtu 15 respondentů/ek bylo zastoupeno 9 mužů a 6 žen, ve věku od 23 do 80 let (průměrný věk 40). Z toho bylo 12 aktivních kuřáků a 3 bývalí kuřáci. Seznam participantů i s lehkými demografickými údaji, příkládám v příloze. (Příloha č. 10)

4.2.2 Etické aspekty výzkumu

Při výzkumu jsem musel věnovat pozornost i řadě etickým aspektů. Respondenti/ky byli požádáni o informovaný souhlas pro zpracování dat k účelům mé práce a zároveň souhlasili s nahráváním rozhovorů. Pro zachování anonymity respondentů, používám pouze jejich křestní jména, vzhledem k jejich častému výskytu nevidím zásadní důvod uvádět pseudonymy. S ohledem na relativní citlivost, některých osobních informací a prožitých osobních zkušeností, které by mohli být v některých případech diskreditující, však zaměňuji, pokud je to třeba, informace, které by mohly vést k odhalení jejich anonymity. S ohledem na přání některých respondentů a po dohodě s vedoucím své práci nezveřejňuji detailní přepisy jednotlivých rozhovorů. V případě potřeby je mohu poskytnout oponentům své práce. S ohledem na jejich absenci nicméně připojuji k interpretacím ilustrativní citace a věnuji zvýšený důraz na představení postupu analýzy, který se snažím co transparentně přiblížit v následujících kapitolách.

4.2.3 Metoda sběru dat

Pro svůj výzkum jsem použil metodu polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly, kromě jedné výjimky osobně buď v bydlíšti respondentů, nebo v prostředí kavárny. Jedinou výjimkou byl, pro nedostatek času respondenta, rozhovor po telefonu, který ovšem navzdory původním obavám, nesnížil kvalitu pořízených dat. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 20 až 45 minutami. Jejich délka se zpravidla lišila, díky různé sdílnosti respondentů. Rozhovory byly po souhlasu nahrávány na diktafon a poté přepsány do písemné podoby.

Pro polostrukturované rozhovory jsem se rozhodl z několika důvodů. Při pilotáži původní struktury rozhovorů bylo zřejmé, že se řada tematických okruhů může místy překrývat a rozhovor je třeba usměrňovat podle vývoje odpovědí, aby všichni respondenti odpovídali na stejné otázky. Druhým důvodem pak byla větší přirozenost polostrukturovaného rozhovoru, který dle mého názoru nepůsobil tak formálním dojmem a poskytl mi lepší půdu pro získání potřebných dat. Respondenty/ky jsem dopředu seznámil s tématem své práce, nicméně jsem nezacházel do detailů, abych příliš neovlivnil jejich možné odpovědi. V průběhu rozhovorů jsem kladl doplňující otázky, pokud respondenti odbočili od tématu, či neúplně zodpověděli na mé otázky.

4.2.4 Metoda analýzy dat – tematická analýza

Pro analýzu svého kvalitativního výzkumu jsem se rozhodl použít tematickou analýzu. Tu jsem upřednostnil z toho důvodu, že již vycházíme z určité teorie, kterou jsem představil v teoretické části, tudíž ani nepřichází v úvahu například Grounded Theory. Zároveň je tematická analýza poměrně flexibilní a díky již známé teorii jsem si předem mohl určit výzkumné otázky. Používám tedy teoretickou, nebo chcete-li deduktivní tematickou analýzu. (Braun a Clarke 2006, s. 12) Při tvorbě témat a jejich pojmenování jsem zároveň vycházel ze své teoretické práce, pro lepší návaznost.

S ohledem na množství odborné literatury a zahraničních výzkumů na toto téma, z kterých jsem ve své práci čerpal, je při analýze důležitá má role výzkumníka, jelikož je zde zásadní interpretace dat právě na základě získaných vědomostí ohledně této problematiky. Pro lepší přehlednost svého postupu jsem využil proces tematické analýzy v 6 bodech, tak jak ho navrhuje Braun a Clarke (2006).

Proces analýzy:

- 1) Seznámení se s daty
- 2) Generování prvotních kódů
- 3) Hledání témat
- 4) Přezkoumání témat
- 5) Definování a pojmenování témat
- 6) Sepsání výzkumné zprávy

Při samotné tematické analýze výzkumných rozhovorů, jsem postupoval podle výše zmíněného procesu analýzy podle Braun a Clarke (2006). Jelikož jsem data sám pořizoval, bylo poměrně snadné se v nich orientovat. Při opakovaném poslechu rozhovorů jsem začal přepisovat důležité pasáže rozhovorů a přiřazovat k nim prvotní kódy, přičemž jsem celý proces několikrát zopakoval, abych některé pasáže nevynechal. Po prvotním kódování celého souboru, jsem srovnal jednotlivé odpovědi a kódy a dále jsem je upravil, sjednotil a začal je seskupovat do témat. Témata jsem dál přezkoumal, pojmenoval a rozdělil do hlavních 4 témat, která mají dále řadu subtémat ke kterým jsou výsledně řazeny jednotlivé kódy. Témata prošla od prvního pojmenování ještě řadou úprav v průběhu. Pro lepší představu o způsobu kódování a vytváření témat příkládám ukázkou z tvorby kódů a druhou ukázkou finální podoby vzniklých témat, subtémat a kódů. (Příloha č. 11 a 12)

Některé výroky obsahují zároveň více než jednu nosnou informaci, tudíž jsem k danému výroku připojil více kódů, přičemž však každý jeden kód se vztahuje ke konkrétní části textu. Samotná hlavní témata pak představují opakující se tematické linky rozhovorů, kde převažuje určitý pohled na danou problematiku. Jednotlivá subtémata pak na druhou stranu, zvláště v případě tématu „Příznaky stigmatizace“, nemusí nutně představovat převládající názor, ale i menšinové zkušenosti s existencí určitého jevu. S ohledem na mou poslední výzkumnou otázku však ani nehledám nutně všudypřítomný vzor, ale spíš důkaz o existenci podobných jevů, které by mohli v budoucnu získat na větší intenzitě.

4.3 *Výsledky výzkumu*

Při interpretaci výsledků své analýzy budu postupně představovat mnou zvolená témata a jejich subtémata a budu interpretovat zpravidla převažující pohled na problematiku a podpořím jej ilustrativní citací z rozhovorů, pokud to bude třeba. Citace uvádím v původním znění i přes zřejmé používání nespisovných, či vulgárních výrazů, pro udržení autenticity. Pomocí tematické analýzy jsem z 15 výzkumných rozhovorů identifikoval 4 hlavní témata, které se objevují napříč výpověďmi. Identifikovaná subtémata pak blíže vypovídají o různých zkušenostech s fenoménem hlavního tématu.

4.4 *Přístup společnosti ke kouření*

Prvním tématem, které jsem identifikoval, bylo vnímání přístupu společnosti ke kuřákům. Respondenti/ky zde vyjadřovali své zkušenosti s vnímáním společenské změny v přístupu společnosti ke kouření a to ve veřejném i soukromém životě a vyjadřovali své zkušenosti se změnou v chování nekuřáků i ostatních kuřáků. Právě tyto oblasti jsem pak označil jako subtémata. Toto téma odkazuje k pocíťování a účinnosti denormalizace a reálné pocíťování nové normy nekuřáctví. Je to poměrně důležité téma, jelikož míra denormalizace přímo souvisí s dalšími zkoumanými projevy, jako jsou třeba příznaky stigmatizace.

Vnímání změn v přístupu společnosti

Vnímání změny v přístupu společnosti bylo společné, ač v různé míře všem respondentům. Někteří vnímali změny intenzivněji, někteří méně, nicméně uvědomění si této změny, která prosazuje normu nekuřáctví, bylo alespoň v určité míře přítomné všude. Více než polovina z nich uvedla, že se situace pro kuřáky „zhoršuje“ a pocíťovali určitou formu omezování. Změny byly vnímány často především v souvislosti s přijímanými protikuřáckými opatřeními, které je nějakým způsobem omezují, ale i ve vztahu k chování jejich okolí. Martina ve svém rozhovoru uvedla, že pocíťuje menší svobodu a omezování.

„Určitě jsou vnímány hůř než dřív, určitě se jim díky zákonům, co jsou teď přijímány, zhoršuje situace. Nemají tolik svobody“ (Martina)

Výpověďmi také rezonovalo negativní vnímání kuřáků mezi nekuřáky. Ačkoli většina uznala, že se to týká jen části nekuřáků, jejich vnímání měli za negativní.

„Jak kteří, ale spíše negativně, zvláště podle reakcí co občas čtu v některých diskusích na internetu, to někteří vnímají hodně negativně, ale asi záleží na jejich osobní zkušenosti“ (Robert)

Zároveň zde bylo ovšem 3 respondenti, kteří změny v přístupu příliš necítili a nepřiznávali si je, jejich pocíťování přiznaly až nepřímě, v pozdější části rozhovoru. Zde převažovalo, že sice pocíťovali nějaké změny, nicméně vnímali přístup společnosti pořád jako tolerantní, kouření brali jako normální a nevnímali výrazné projevy nekuřáků. To může ukazovat na stále poměrně nízkou míru denormalizace a může to být způsobeno tím, že řada opatření je relativně čerstvá a jejich dopady se ještě plně neprojeví.

„Já to sám moc nevnímám. Myslím si, že ta tolerance je velká a nekuřáci se neprojeví“ (Vít)

Veřejný a soukromý život

Do oblasti veřejného života bychom mohli zařadit řadu aspektů, nicméně ve smyslu přístupu společnosti se zde zaměřuji především na situaci na pracovištích a přístupu ke zdravotní péči. Ve zkušenostech s přístupem na pracovištích zde převládaly až na výjimky pozitivní zkušenosti, kdy respondenti nevnímali přílišné změny a omezování. Drtivá většina pracovišť mají vymezené prostory pro kuřáky, a pokud dotyční vyloženě nezneužívají práva na cigaretu příliš často, není to vnímáno negativně. V tomto ohledu ovšem i pár kuřáků uvedlo případ, kdy jim samotným vadilo, že někdo z kolegů kouří příliš často. Přisuzovali to nicméně jiným rysům jeho osobnosti a měli za to, že by se „flákal“ i kdyby nekouřil.

„Teď je tam týpek, kterej skoro nic nedělá, furt chodí na cigáro a něco hlásí, každou ½ hodinu cigáro a to už sere i mě... a za to možná může to kouření částečně, že všechny tak otravuje, ale on by otravoval ikdyby nekouřil. No a těm lidem to tam vadí samozřejmě, už i šéfovi.“ (Marek)

Zároveň se projevuje, že při formálních pracovních příležitostech, se většina respondentů snažila si kouření odřeknout s ohledem na možné špatné vnímání okolí.

V oblasti zdravotnictví se většina respondentů/ek setkala pouze s okrajovou reakcí svých doktorů, přičemž až na výjimky dvou nejstarších respondentů, kteří nesli přímé zdravotní kouření, jim nebyla doporučena lékařská pomoc. V tomto ohledu navíc drtivá většina, neuvažovala o lékařské pomoci a převažoval názor, že mohou přestat jen pomocí své vůle. Projevovalo se v několika případech i přesvědčení o lhostejnosti většiny doktorů s ohledem na to, že řada z nich kouří. Zároveň se objevily i názory, že zveřejňované finanční náklady na boj s nemocemi spojených s kouřením a deklarované snahy o snížení počtu kuřáků jsou spíše alibistické, s ohledem na příjmy z daní z tabákových výrobků.

„Chápu, že doktoři maj povinnost dávat kouření vykřičník a že brečej kolik se dá na výlohy kvůli kuřákům, a že dejme tomu se na plicní choroby vydalo tolik a tolik, ale ve výsledku je realita jiná, že jo. Ne všechny plicní choroby jsou způsobeny kouřením. Jako chápu to, že je to špatně a že oni musej dělat ten většinovej názor, že je to špatný ale na to jak to plní tu kasu je to takový alibistický“ (Matěj)

V oblasti soukromého života se projevovat především tlak rodiny na to, aby dotyčný přestal kouřit a pocity, že si ničí zdraví a život. Ten byl přítomný v různé míře u nadpoloviční většiny. Míra podobného tlaku se však do značné míry odvíjela i od toho zda rodina kouří, či ne. V soukromém životě se pak v několika případech odráželo i přesvědčení, že může fakt, že člověk kouří, negativně ovlivnit navázání intimního vztahu s nekuřáky. Toto přesvědčení se objevilo spíš u žen, což může souviset i s již zmiňovanou představou, že kouření u žen je méně žádoucí.

„Jako problém je, když se ti líbí nějaký kluk, co nekouří. Přijde mi, že holky to u kluků tolerujou víc. Já jsem se chvíli vídala s jedním klukem a nevydrželo nám to právě kvůli tomu, že on se přesto nemohl přenést a já nechtěla přestat.“ (Kačka)

Změny v chování

Posledním subtématem v přístupu společnosti bylo pozorování změn v chování nekuřáků a ostatních kuřáků. Mezi respondenty převládalo přesvědčení, že většina kuřáků dnes bere větší ohledy na své okolí a snaží se uzpůsobovat své chování právům nekuřáků a to i v situacích, kdy měli teoreticky povoleno kouřit a to především pokud byly v okolí děti. Mnozí se cítili nepříjemně, když měli na veřejnosti kouřit poblíž dětí, či větší skupiny lidí. S tím byla opakovaně spojena obava, že by to mohlo někomu

„vadit“. Vnímání zvýšené tolerance k nekuřákům pak uvádím ještě v následujícím tématu pozitivních dopadů. Změny byly pozorovány hlavně ve vztahu k zákazům kouření, někteří však vnímali i přechod části kuřáků na levnější značky, či ruční balení cigaret v návaznosti na zvyšující se ceny.

„Je mi blbý si zapálit když jsou poblíž děti, nebo i ve větším davu lidí. Pamatuju si, že jsem to v mládí vůbec neřešila, ale poslední dobou jsem na to fakt háklivá.“ (Alžběta)

Co se týká změn v chování nekuřáků, ve většině výpovědí bylo vnímáno neutrálně a nepozorovali žádné změny. Případy kdy tomu tak nebylo, přisuzovali kuřáci spíše minoritní skupině vyložených odpůrců kouření. Zde se pravidelně objevovala zkušenost s výrazně menší tolerancí ke kuřákům, která se projevovala různými verbálními reakcemi a místy i konfrontací, která místy hraničila s pocity odsouzení, neslušného chování. Tyto pocity převládaly v situacích, kdy byli na místech, kde se smělo kouřit, a přesto byli konfrontováni ostatními. Tuto zkušenost měla v různé míře nadpoloviční většina respondentů, nicméně odmítali to obecně generalizovat na všechny nekuřáky a vnímali to jako projevy minoritní části nekuřáků. V tomto ohledu někteří upozorňovali, že je potřebná tolerance z obou stran.

„No jednou se mi stalo, že jsem byl v hospodě na jídle, ani to nebylo v době obědů. Sednul jsem si do kuřácký části a když jsem dojídal, přisednul si vedle postarší pár. Po tom co jsem dojedl, jsem si zapálil a ten chlap mě tam normálně začal buzerovat, co si to dovoluju si tam zapálit! Přitom ještě ani nejedli, já tam byl dřív a je to sakra kuřácká část! Navíc byla prázdná celá hospoda. Tak jsme se tam chvíli hádali a já ho poslal do prdele, co jinýho. To je jako neuvěřitelný, co si někdo dovolí!“ (Kamil)

4.5 Postoj k protitabákové politice

Druhým tématem, které jsem si při analýze zvolil, byl postoj k protitabákové politice. V této části jsem se zabýval postoji k přijímaným opatřením, názory na budoucí směr této politiky v naší zemi a v neposlední řadě otázce subjektivního vnímání respondentů ohledně efektivity těchto opatření.

V souvislosti s předchozí kapitolou o vnímání změn v přístupu společnosti, se poměrně často, konkrétně v 6 případech, objevoval názor, že přijímaná opatření, která vedou k těmto změnám, často nejsou přirozeným a uvědomělým vývojem v české společnosti, ale spíše prosazováním společné politiky EU. Důvody k přijetí nejaktuálnějších opatření u zákazu kouření v restauracích a barech, či zavedení varovných obrázků, mnozí vnímali jako vnější tlak na naplnění evropské normy.

„[...] působí to spíš jako mánie aby se obarvil ten fliček na mapě EU a nebyli jsme jedna z posledních zemí, kde není podobný zákaz“ (Vít)

Marek spojoval změny také především s nadnárodní politikou EU a označoval některé kroky za represivní.

„Když si vezmeš, jak to bylo historicky, že se vždycky kouřilo, tak se ta situace fakt prakticky zhoršuje, dochází tady k nějakým represím ze strany EU a západních vlád kdy se zakazuje kouřit v hospodách a dávají se obrázky na krabičky.“ (Marek)

Postoj k přijímaným opatřením

Postoj k většině přijímaných opatření měla drtivá většina respondentů poměrně pozitivní. Především co se týká již zavedených opatření, většina s nimi souhlasila a respektovala je. Opatření, která se však jeví pro značnou část problematická a neztotožňovali se s nimi, jsou již zmiňovaný zákaz kouření v hospodách a barech a dále

pak zákazy na otevřených veřejných prostranstvích. To může být do značné míry způsobeno tím, že jde o novou poměrně výraznou změnu, která není zcela konzistentní s předchozími opatřeními, jako bylo oddělování prostor, ale i tím, že je zákaz nevhodně komunikován. Opakovalo se vyjádření, že jsou vítány podobné změny, ale nesmí docházet do extrémů, které by je výrazněji omezovaly.

V otázce kouření v restauracích a barech, převládal názor, že by měly zůstat oddělené prostory, případně by měl zákaz platit pouze tam, kde se vaří, či v době obědů. Část respondentů zákaz vítala a souhlasila s ním především právě tam, kde se jí, ale i tato skupina měla problém s jeho plošným uplatněním a neexistencí výjimek. V tomto ohledu několik lidí připomínalo, že investice, které podnikatelé museli nedávno vynaložit na oddělení prostor, přijdou vniveč. Z hlediska podnikání sílil i pocit, který jsme mohli zaznamenat ve veřejné diskuzi, že jde o narušování soukromého práva podnikání a omezování osobní svobody jejich zákazníků. Ten byl argumentován tím, že již existuje řada nekuřáckých hospod, či podniků s oddělenými prostory a je každého svobodné rozhodnutí kam si vybere jít. I vzhledem k poptávce po nekuřáckých podnicích by většina očekávala jejich další nárůst v budoucnosti.

„Jediný krok co mi vadí, je teď ten aktuální zákaz kouření v hospodách, ale ne kvůli tomu... V tom směru, že mi vadí princip toho. Je to omezování osobní svobody. Každý má svobodnou vůli, pokud půjdu do nekuřácké hospody, kouřit nebudu. Pokud někdo jde do kuřácké hospody, tak počítá s tím, že se tam kouřit bude. Každý ví, do čeho jde.“ (Robert)

Podobné pocity sdíleli i bývalý kuřák, pan Emil.

„Ty tak za prvý, já se domnívám, že je to blbost ty zákazy v hospodách. Měli by dát možnost kuřárny, kdo chce, ať si jde kouřit, vždyť nikdo nikoho nenutí, je to všechno dobrovolný. Tyhle zákazy jsou absolutní blbost“ (Emil)

V otázce otevřených veřejných prostranstvích docházelo k ještě výraznějšímu odmítnutí, které se přenášelo i do obav z budoucího směru protitabákové politiky, který představím záhy. Značná část respondentů pociťovala omezování osobní svobody ve spojení se těmito zákazy a pociťovala separaci a vytěsňování z těchto prostor. Většina z nich avizovala, že jsou samozřejmě situace, kdy si cigaretu na otevřeném prostranství odpuští, nicméně v některých situacích odmítají zákaz respektovat.

„Samozřejmě vnímám, že na zastávce kde hodně lidí čeká na autobus, tak si nezapálím. Na druhou stranu, co se týká zákazu na otevřených prostranstvích, jako je třeba na vlakovém peróně tak to mi přijde naprosto absurdní a vůbec to nerespektuji.“ (Vít)

Vnímání budoucího směru protitabákové politiky

Jak jsem naznačil, v několika výpovědích se opakovala obava z budoucího směru protitabákové politiky. To především v ohledu na rozšiřující se zákazy na otevřená prostranstvích a dalšího omezování osobní svobody, ale v menší míře i ve směru slepého následování nároků politiky EU, nebo budoucího přístupu zdravotnictví.

Tyto obavy provázely názory, že by podobná opatření měla být lépe komunikována, tolerantnější ke kuřákům a flexibilnější, aby nedocházelo k omezování ani jedné skupiny.

„...[...] postupně mi přijde, že to chtěj dostat i zvenčí, což mi přijde zase za nějakou čarou, je to na nějaký domluvě, pokud tady stavíme proti sobě kuřáky a nekuřáky, tak by to mělo bejt o nějakým pochopení a flexibilitě.“ (Marek)

V návaznosti se v menší míře opakovali i obavy o zásahu do podstaty

demokracie.

„Vadí mi to spíš na těch otevřených, veřejných prostranstvích. Protože pokud si člověk nemůže dát cigáro, tak už podle mě nežijeme v demokracii.“ (Martina)

Podobné obavy projevila i 72 letá Markéta.

„Oni teď i říkají, že by to omezili i na ulici! A kde budeš pak moct kouřit. Doma jenom?“ (Markéta)

Vnímání efektivity přijímaných opatření

Vnímání účinnosti přijímaných opatření, ve smyslu snížení prevalence kuřáků bylo vesměs ve všech rozhovorech vnímáno negativně. Nikdo z respondentů nevěřil, že by podobná opatření měla vliv na snížení počtu kuřáků. Pár respondentů vyjádřilo názor, že zákaz v restauracích může snížit objem prodaných cigaret, ne však počet kuřáků. Několik respondentů vyjádřilo i pochyby nad účinností zákazů na otevřených zastávkách s ohledem na vlastní zkušenost a již předchozí přijetí a následné zrušení zákazu na otevřených zastávkách veřejné dopravy. Ilustrativní je k tomuto výrok 52 letého Martina.

„Nemám pocit, že by se v tomhle ohledu něco změnilo. Vždycky se kouřilo na zastávkách a kouřit se bude dál. Jen se podívejte co vajglů se všude okolo válí, připadá vám, že by to někdo dodržoval? Měli by to zrušit.“ (Martin)

4.6 Pozitivní dopady denormalizace

V analýze výzkumných rozhovorů jsem opakovaně našel i řadu žádaných a pozitivních dopadů denormalizace. A to i přes výše zmiňovaný nesouhlas s účinností přijímaných opatření. Tyto dopady byly přítomné téměř u všech respondentů a týkaly se především jejich informovanosti o zdravotních rizicích, deklarovanou touhou přestat s kouřením a v neposlední řadě zvýšenou toleranci k právu ostatních nekouřit. Otázkou potřeby toho, brát ohledy na druhé jsem již zmiňoval ve vnímaných změnách v chování kuřáků a je přítomná pro všechny vyzpovídané. Pár z nich vyjádřilo také potřebu vymezit se od ostatních kuřáků, které podobné ohledy neberou. Informovanost o zdravotních důsledcích byla též všudypřítomná a byl to primární důvod také pro jejich touhu přestat kouřit.

I přes informovanost o zdravotních důsledcích, však bylo znát, že tomu mnozí nepřikládají takovou váhu, případně problematiku zlehčují. Někteří měli za to, že nekouří tolik, aby se jim to přímo dotýkalo. Toto zlehčování asi nejlíp ilustruje i případ pana Emila, který byl celoživotní těžký kuřák, který přestal až po infarktu, který prodělal. Mimo to má díky kouření Ischemickou chorobu dolních končetin. Přesto je mu 80 let a s humorem prohlásil památný výrok, o který se nelze nepodělit, jelikož ilustruje pocit, které ve mně většina kuřáků v tomto ohledu vyvolávala.

„Já znal dva bratry. Jeden kouřil celý život a umřel v 85 letech. Ten druhý nikdy nekouřil a umřel, když mu byli tři dny. Byli to dvojčata.“ (Emil)

4.7 Příznaky stigmatizace

Posledním tématem, které mi z analýzy výzkumu vyplynulo a také téma, které mě osobně nejvíce zajímalo, jsem pojmenoval „Příznaky stigmatizace“ a přímo souviselo i s mou poslední výzkumnou otázkou a značnou částí mé práce. Specifické pro toto téma je, že jsem hledal přítomnost určitých jevů a ne nutně pravidelné opakování vzorců, i přesto se většina příznaků objevovala opakovaně v různé míře, ve

více výpovědích, jiné jevy byly zastoupeny spíše jednotlivě. Příznaky jsem v analýze hledal pomocí konceptu podle Link a Phalen (2001). Nalezení přítomnosti těchto příznaků, samo o sobě nepotvrzuje přítomnost stigmatizace, nicméně je varovným signálem pro budoucí vývoj denormalizačních opatření.

Rozlišování osob a oddělování na „my“ a „oni“

Rozlišování kuřáků a samotná nálepka kuřáka byla přirozeně přítomna téměř ve všech výpovědích, zásadní rozdíl spočíval v tom, jak ji kuřáci sami vnímali. Někteří kuřáci tuto nálepku nevnímali nijak negativně, což zpravidla korespondovalo s tím, jakou měli představu o tom, jak jsou kuřáci obecně vnímáni a jak sami vnímali kouření. Rada respondentů si nicméně uvědomovala negativní konotace, které to může nést a některé negativní stereotypy, které představím v další části. To však neznamená, že by se s nimi nutně ztotožňovali. Rozlišování osob je znatelné i na faktu, že mnozí byli vystaveni reakcím okolí za to, že kouří, přičemž tyto reakce by v normálním dialogu s nekuřákem, byly považovány za hrubé a neslušné.

Nejvýrazněji toto rozlišování a oddělování na „my“ a „oni“ však pronikalo právě v prostorové separaci kuřáků a jejich vytěšňování z veřejných prostor. Někteří přímo vnímali, že proti sobě vláda staví kuřáky a nekuřáky. Kromě již zmíněných pocitů omezování osobní svobody, které jsem představoval u vnímání přijímaných opatření, mnozí uváděli, že ubývá míst, kde mohou kouřit a někteří přímo vyjádřili pocity „sektorování“. Což lze nepochybně vnímat, jako uvědomování si případu oddělování „nás“ od „jich“.

„[...]myslím, že pokud chceš něco zakazovat, nebo lidi takhle sektorovat, tak bys měl udělat i místa, kde kouřit můžeš.“ (Martina)

Z vyjádřených pocitů dále vyplývalo přesvědčení o jednostranném odebrání práv kuřáků a snižující se toleranci, což vyvolávalo obavy z budoucího vývoje. Mnohé výpovědi zároveň naznačovali, že v rozhodování o přijímaných opatření chybí diskuze a kuřáci nemají právo tyto skutečnosti ovlivnit, což evokovalo pocit bezmocnosti.

Vnímání negativních stereotypů

Mezi nejčastěji uvědomované stereotypy, které o kuřácích převládají patřil zápach z cigaretového kouře a tedy to, že kuřáci smrdí a kouření je hnusný zlovyk. Ten byl zastoupen u většiny respondentů a často na něj i upozorňovali ostatní lidé svými poznámkami.

„Jsou to takový ty typický poznámky nekuřáků, jako fuj to je smrad, fuj ty smrdíš. No ale co s tím máš dělat?“ (Matěj)

Některé respondetky si v této souvislosti kromě zápachu uvědomovali i další stereotypy a vnímali poznámky ostatních jako, že žloutnou zuby a nehty. Toto povědomí u žen, lze do značné míry přisoudit jejich vyšší dbalost na fyzickou krásu.

„No setkala jsem se reakcema jakože smrdím, že z toho žloutnou zuby, nehty a tak., ale co já si to obhájim“ (Veronika)

V menšině byla pak zastoupena i zkušenost a vnímání stereotypu se spojováním kouření s nižším sociálním statutem kuřáků, či jejich nižší inteligencí. Tyto stereotypy si pak přímo spojovali pouze dva respondenti a oba paradoxně s vysokoškolským vzděláním.

„Spíš mě zaráží jak je rozdělený, že je kouření hodně spojený s nižším sociálním statutem, přitom mi bylo naznačeno, že třeba na vesnicích se učí jak je kouření hnusný a neslušný“ (Vít)

„U odpůrců kouření jsem se setkal s tím, že to berou jako znak nějaký hlouposti, když se člověk takhle sebepoškozuje.“ (Adam)

Ztotožnění se se stereotypem nižší inteligence, či slabé vůle se pak projevoval i při komentování vlastních neúspěšných pokusů přestat, či případné recidivě. Kdy někteří uváděli, že ví, že jsou „hloupi“, že to už mohli vydržet. Slabá vůle pak sloužila jako vysvětlení jejich neúspěchu.

„Já vím, že jsem hloupá, že jsem se k tomu vrátila. Nevím asi mám slabou vůli“ (Lenka)

Stereotyp, že kuřáci dělají bordel, se objevoval spíš okrajově, nikdy ne explicitně. I přesto, že ne všichni dokázali přímo rozpoznat další stereotypy, převažovalo ve značné části výpovědí přesvědčení, že u některých lidí, to zda člověk kouří, negativně ovlivňuje dojem, kterým na ně kuřák působí. To ve výsledku způsobovalo, že podobně jako u jiných stigmat, se respondenti v některých situacích snažili utajit, to že kouří, aby podle toho nebyli posuzováni. To už se však dostávám do další kapitoly, pojmenovanou „ztráta statusu a diskriminace“.

Ztráta statusu a diskriminace

Zatajování faktu, že dotyčný kouří, probíhalo v několika rovinách. Kromě klasické situace, kdy někteří zatajovali v mládí kouření před rodiči, se to projevovalo především při formálních pracovních příležitostech, pohovorech, či při hledání bytu. Ty se objevovali opakovaně. Většina uváděla, že si dává pozor, aby nesmrděla od cigaret, když jdou na pracovní pohovor a někteří uvedli, že kdyby se ho na kouření zeptali, zatajili by to. To je především způsobeno obavou ze ztráty statusu, žádaného pracovníka potažmo s možnými obavami o tom, že si na ně někdo díky tomu udělá jiný názor. To je do značné míry opodstatněno tím, že při podobných schůzkách člověk toho druhého nezná a je zde obava, že by mohl být zapřisáhlý nekuřák, nebo mít vůči tomu předsudky. Ostatně jsem ve výpovědích zaznamenal i osobní zkušenost s ukončením pracovního poměru díky tomu, že měl dotyčný problém se svým šéfem kvůli tomu, že kouřil.

„Já měl i problém kvůli tomu v minulý práci, se svým šéfem. Kvůli tomu, že sem si dovolil jednou za hodinu jít na cigáro. Neustále mi to omlacoval o hlavu, mimo i jiný věci teda, on to byl fakt debil, ale kvůli tomuhle sem nakonec i odešel, to se nedalo.“ (Kamil)

Další situací, kdy se konkrétně 5 respondentů/ek cítilo znevýhodňováno a raději fakt, že kouří zatajili, byl výběr bytu, kde často převládal požadavek na nekuřáky. Někteří to rovnou zohledňovali a ani se do podobného bytu dostat nepokoušeli a rovnou ho vyřadili z výběru. Jiní naopak zvolili možnost případného zatajení.

„Určitě se to týká jakejkoli formálních pohovorů, tak to vnímám jako negativní věc. Takže třeba u prohlídky bytu uvádím, že jsem nekuřák.“ (Vít)

Jeden z respondentů přímo explicitně vnímal jako diskriminaci a znevýhodňování právě zákazy kouření na některých místech, kdy argumentoval tím, že odvádí na cigaretách státu velké množství peněz, ale kouřit už nemohou nikde. S tím pevně souvisí i ztráta statusu kuřáka na veřejných místech, kde se nesmí kouřit, která je zjevná. Několik dalších respondentů to uvedlo nepřímou.

V souvislosti s daňovým zatížením cigaret a nově zavedenými varovnými obrázky se pak objevovaly i názory, proč nejsou podobně regulovány i fastfoody, dieslová auta a další. To vytvářelo dojem, že je k cigaretám a kuřákům přístupováno jinak, než k jiným podobně zdravotně závadným jevům ve společnosti.

Ztrátu statusu pak někteří respondenti viděli i v okolnostech seznamování, kdy

vyjádřili obavy z odsouzení, to se týká jednak již zmíněných formálních příležitostí, ale i těch soukromých.

„Myslím, že to roli hraje při seznamování. Může to mít pozitivní i negativní vliv. Ve spoustě situací to může být socializační prvek, někdy to může být bariéra, ale v kontextu té současné atmosféry je to spíš k horšímu, než k lepšímu. Spíš to lidé odsuzují, spíš jim to vadí.“ (Martina)

Závěr

Cílem mé práce bylo představit teorii nezamýšlených důsledků denormalizace kouření, upozornit na možná rizika této strategie a provést prvotní sondu do této problematiky na území ČR. Provedená analýza poskytuje úvodní náhled do vnímání těchto společenských změn z pohledu kuřáků a snažila se zachytit úroveň denormalizace a přítomnost možných příznaků stigmatizace. S ohledem na výsledky mé analýzy a představené kvantitativní výzkumy v teoretické části, monitorující kouření na našem území, lze konstatovat, že se u nás začínají projevovat některé pozitivní dopady denormalizace. Ty se projevují především ve zvýšené informovanosti o zdravotních rizicích, snížené společenské přijatelnosti a dostupnosti kouření, zvýšené toleranci k právům nekuřáků a projevovanou touhou přestat s kouřením. Vnímání společenských změn v přístupu ke kouření nebylo pro všechny respondenty mého výzkumu stejně intenzivní, což naznačuje, že míra denormalizace není rovnoměrná a teprve začíná nabírat na intenzitě. To koresponduje i s tím, že řada přijímaných opatření jsou na našem území relativně krátkou dobu a některé dopady se mohou začít projevovat až postupem času.

Z analýzy mého výzkumu zároveň vyplývá, že i když většina kuřáků chápe a souhlasí s většinou přijímaných opatření, tak s jejich dalším rozšiřováním a zvyšováním jejich intenzity, pocítují někteří určitou míru znevýhodňování a zásah do osobní svobody a projevují se zde obavy z budoucího vývoje. To zachycují i pozorované příznaky stigmatizace, které se přibližují výsledkům zahraničních výzkumů představených v teoretické části. Tyto příznaky nebyly všudypřítomné, nicméně opakovaně se objevovaly v různé formě a intenzitě v řadě výpovědí. Převažovali především pocity rozlišování rozdílnosti a prostorová separace kuřáků, které byly provázány různými negativními reakcemi okolí. Objevovalo se opakovaně i povědomí o některých převládajících negativních stereotypech, které zvyšovaly pocit, že mohou být kvůli kouření odsuzováni. To vedlo v některých zkušenostech k odmítnutí, nebo ke snaze utajit jejich zlovyk. V jednom případě se projevoval i vědomý pocit diskriminace a v dalších několika případech jiný pocit znevýhodnění. Přítomnost těchto příznaků sama o sobě nepotvrzuje přítomnost stigmatizace kuřáků na našem území, nicméně je varovným signálem k tomu, abychom začali věnovat pozornost možným nezamýšleným důsledkům denormalizace.

Má práce dává podněty k dalšímu zkoumání této problematiky na našem území. Především s ohledem na současný směr, který následuje protitabákovou politiku západních států je s ohledem na možné důsledky stigmatizace důležité jim věnovat pozornost a to i z toho důvodu, že se dá očekávat gradování denormalizace. V tomto ohledu by byl jistě přínosný kvantitativní výzkum zkoumající vnímání denormalizace u kuřáků, ale i další kvalitativní výzkumy zkoumající tuto problematiku.

Shrnutí / Summary

Ve své práci jsem nejprve představil proces strategie denormalizace, včetně jeho

historického pozadí a jeho nástrojů a cílů. Na ukázce zahraničních výzkumů zkoumající vnímání denormalizace jsem pak ilustroval cílené dopady a průběh denormalizace. V souvislosti s tím jsem i představil mezinárodní snahy o sjednocený postup zdravotní politiky, včetně jejich aplikace na území České republiky. V návaznosti na představení dopadů denormalizace jsem pak prezentoval rozšiřující se diskuzi o možných nezamýšlených důsledcích denormalizace v podobě stigmatizace kuřáků. Teorii stigmatizace kuřáků jsem následně zasadil do konceptu stigmatizace a představil jeho rizika. Zde jsem představil i diskuzi o etických sporech o možnosti použití stigmatizace jako nástroje pro ovlivnění zdravotně škodlivého chování v rámci zdravotní politiky státu. Následně jsem prezentoval dosavadní výsledky mezinárodních výzkumů zkoumající problematiku stigmatizace, které podporují přítomnost této teorie. V praktické části jsem pak pomocí kvalitativního výzkumu a tematické analýzy interpretoval vnímání změn ve společenském přístupu ke kouření a vytyčil přítomné příznaky stigmatizace na území ČR.

Použitá literatura:

ASCH, D. A., MULLER, R. W., VOLPP, K. G., 2013. *Conflicts and compromises in not hiring smokers*. N. Engl. J. Med. 368 (15), s. 1371-1373. citováno dne: 10. 3. 2017
doi:[10.1056/NEJMp1303632](https://doi.org/10.1056/NEJMp1303632) . dostupné z:
<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1303632>

BAYER, R., STUBER, J. 2006. Tobacco control, stigma, and public health: Rethinking relations. *American Journal of Public Health*, v. 96, s. 47–55. citováno dne: 12. 2. 2017
doi:[10.2105/AJPH.2005.071886](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.071886) dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470446/>

BAYER R. 2008. *Stigma and the ethics of public health: not can we but should we*. Social Science & Medicine. v. 67. pp. 463–472. citováno dne: 16.3. 2017.
doi:[10.1016/j.socscimed.2008.03.017](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.017)

BELL et al. 2010. *'Every space is claimed': smokers' experience of tobacco denormalisation*. Sociology of Health & Illness Vol. 32 No. 6 2010 ISSN 0141–9889, pp. 914–929. citováno dne: 13. 10. 2016 dostupné z:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2010.01251.x/pdf>

BELL et al. 2009. *Smoking, stigma and tobacco 'denormalization'*. Social Science and Medicine. 70 (2010), pp. 795-799. citováno dne: 12. 10. 2016 dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609008211>

BRAUN V., CLARKE V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3 (2), s. 77-101. ISSN 1478-0887. dostupné z:
<http://eprints.uwe.ac.uk/11735>

BURRIS S., 2008. *Stigma, ethics and policy: A commentary on Bayer's "Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we"*. Social Science & Medicine. v. 67. pp. 473–475. citováno dne: 9. 2. 2017 doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.020

CSÉMY L., SOVINOVÁ H. *Užívání tabáku v České republice 2015*. Výzkumná zpráva. Státní zdravotnický ústav. 2016. (www.szu.cz)

EVANS-POLCE R. J., CASTEDELLI-MAIA J. M., SCHOMERUS G., EVANS-LACKO S. E. 2015. *The downside of tobacco control? Smoking and self-stigma: A systematic review*. Social Science & Medicine. v. 145, November 2015, Pages 26–34. citováno dne: 8. 4. 2017. doi: [10.1016/j.socscimed.2015.09.026](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.026) dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615301283>

GOFFMAN, E. 1963. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Sociologické nakladatelství. (2003). Praha. s. 167, ISBN 80-86429-21-0.

GRAHAM, H. 2012. *Smoking, Stigma and Social Class*. Journal of Social Policy, 41, pp. 83-99. citováno dne: 20. 12. 2016 DOI:
<https://doi.org/10.1017/S004727941100033X> dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/smoking-stigma-and-social-class/591A7937A4EBE3D610E94882F6A424D8>

HAMMOND D. et al. 2006. *Tobacco Denormalization and Industry Beliefs Among Smokers from Four Countries*. American Journal of Preventive Medicine. Elsevier Inc., v. 31 (3), pp. 225-232. citováno dne: 31. 11. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.04.004>
dostupné z: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(06\)00180-2/abstract](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(06)00180-2/abstract)

CHAPMAN F., FREEMAN B. 2007. *Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry*. Tobacco Control 2008; v. 17: pp. 25–31. citováno dne: 8. 2. 2017. doi:10.1136/tc.2007.021386

MADISON, K., Schmidt, H., Volpp, K. G., 2013. *Smoking, obesity, health insurance, and health incentives in the affordable care act*. JAMA 310 (2), 143-144, citováno dne: 14. 4. 2017. doi: [10.1001/jama.2013.7617](https://doi.org/10.1001/jama.2013.7617) . dostupné z: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1697621>

LINK Bruce G., PHELAN Jo C. *Conceptualizing Stigma*. Annual Review of Sociology, Vol. 27 (2001). pp. 363-385, citováno dne: 6. 4. 2017, doi: <http://www.jstor.org/stable/2678626>

RITCHIE D. et al, 2010. *Stigma, smoke-free legislation and public health - Original Investigation "But it just has that sort of feel about it, a leper"*. Nicotine & Tobacco Research, v. 12, Number 6, pp. 622–629, citováno dne: 14. 4. 2017. dostupné z: http://www.academia.edu/18220804/But_it_just_has_that_sort_of_feel_about_it_a_leper_-_Stigma_smoke-free_legislation_and_public_health

Web:

<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>
https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/index.htm

Zákony:

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy.

Zákon č. 468/1991 Sb. Novela č. 132/2003 Sb. o provozování rozhlasového a televizního vysílání.

Zákon č. 344/2003 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky .

Zákon č. 180/2016 Sb. o potravinách a tabákových výrobcích.

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 275/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret a při změnách těchto cen.

Zákon č. 353/2003 Sb. (novelizován zákonem č. 217/2005 Sb.) o spotřebních daních.

Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce.

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Vývoj prevalence v ČR (graf)

Příloha č. 2: Závislost kouření na SES (graf)

Příloha č. 3: Prevalence u mladistvých (graf)

Příloha č. 4: Pasivní kouření (graf)

Příloha č. 5: Souhlas se zákazem kouření na veřejných místech (graf)

Příloha č. 6: Procento mladistvých kuřáků, kteří by chtěli přestat (graf)

Příloha č. 7: Postoje k zákazu kouření na veřejných místech (graf)

Příloha č. 8: Přehled výzkumů (tabulka)

Příloha č. 9: Evaluace výzkumů podle modelu sebe-stigmatizace (tabulka)

Příloha č. 10: Seznam respondentů/ek kvalitativního výzkumu a jejich demografické údaje (tabulka)

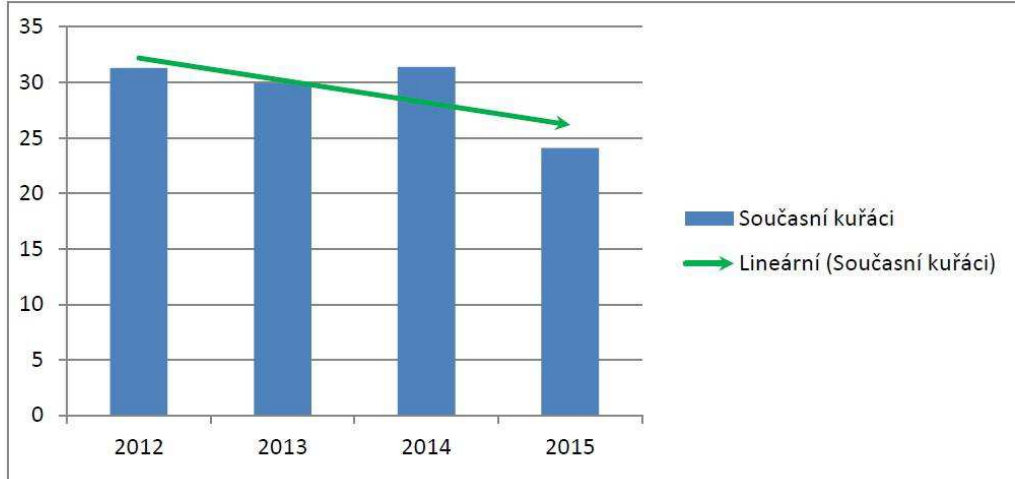
Příloha č. 11: Ukázka z tvorby kódů – Výrok/Kód (tabulka)

Příloha č. 12: Témata, subtémata a kódy (tabulka)

Přílohy:

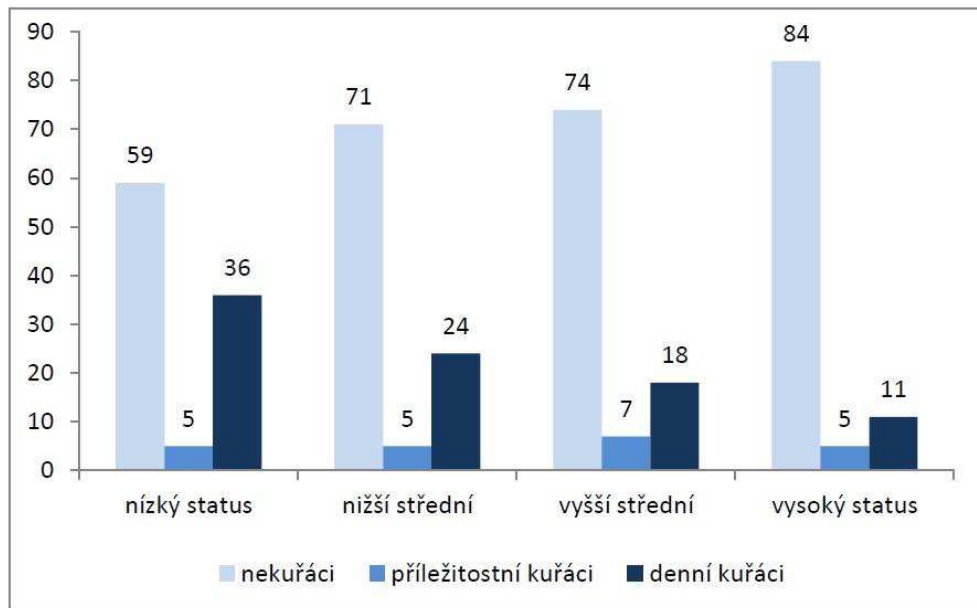
Příloha č. 1: Vývoj prevalence v ČR (graf)

Obr. 1 Trend vývoje kuřáctví tabáku

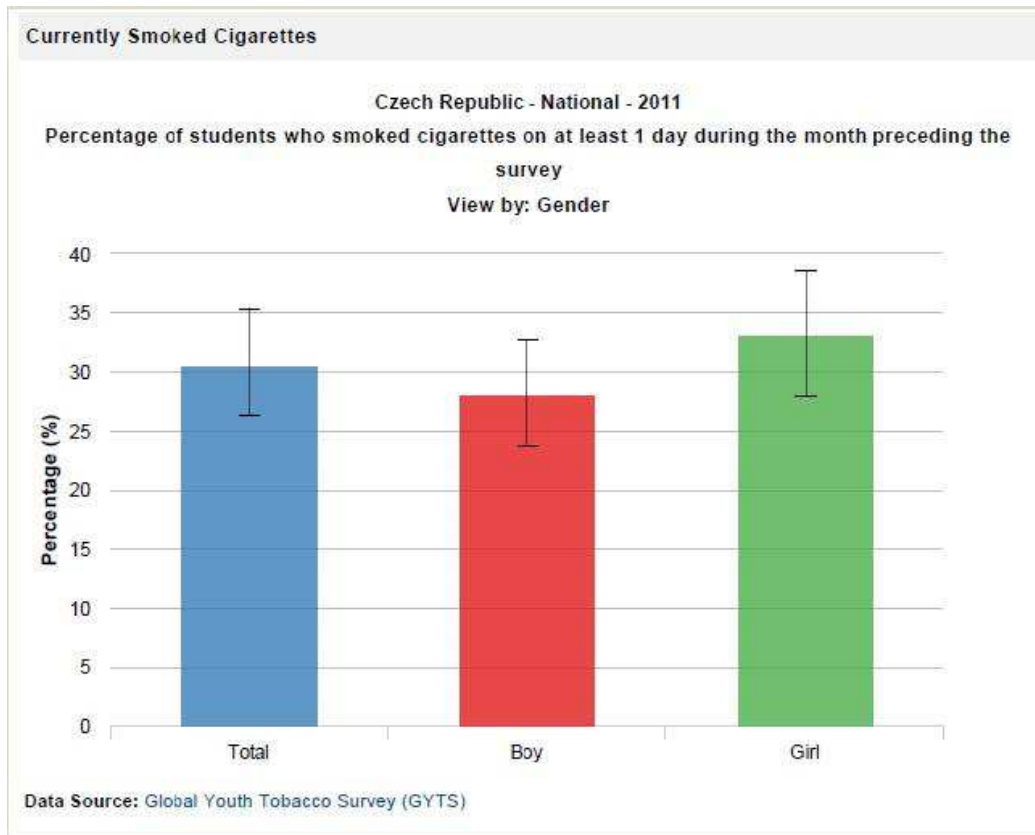


Příloha č. 2: Závislost kouření na SES (graf)

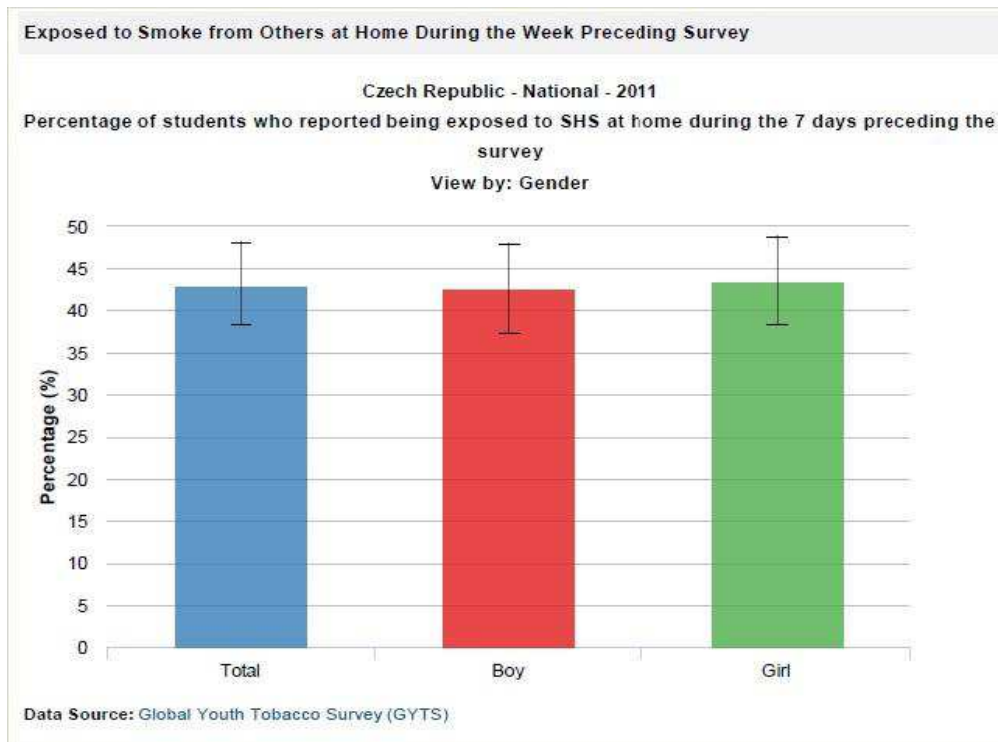
Obr. 3 Vztahy mezi socioekonomickým postavením a kouřením tabáku



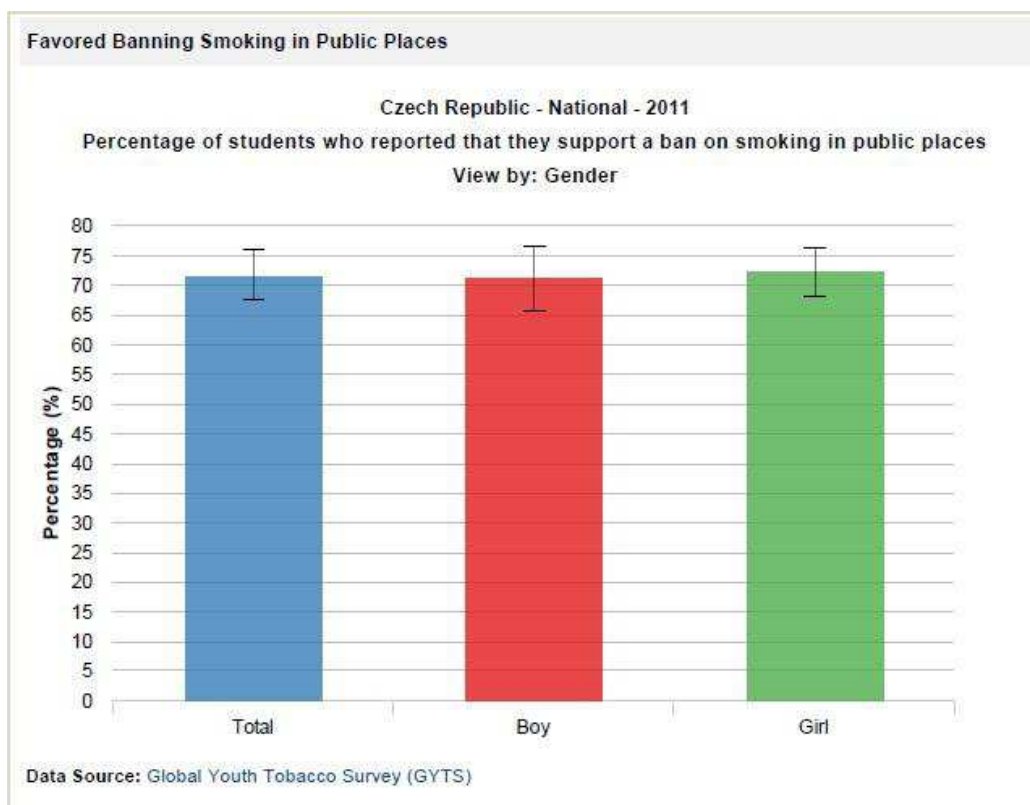
Příloha č. 3: Prevalence u mladistvých (graf)



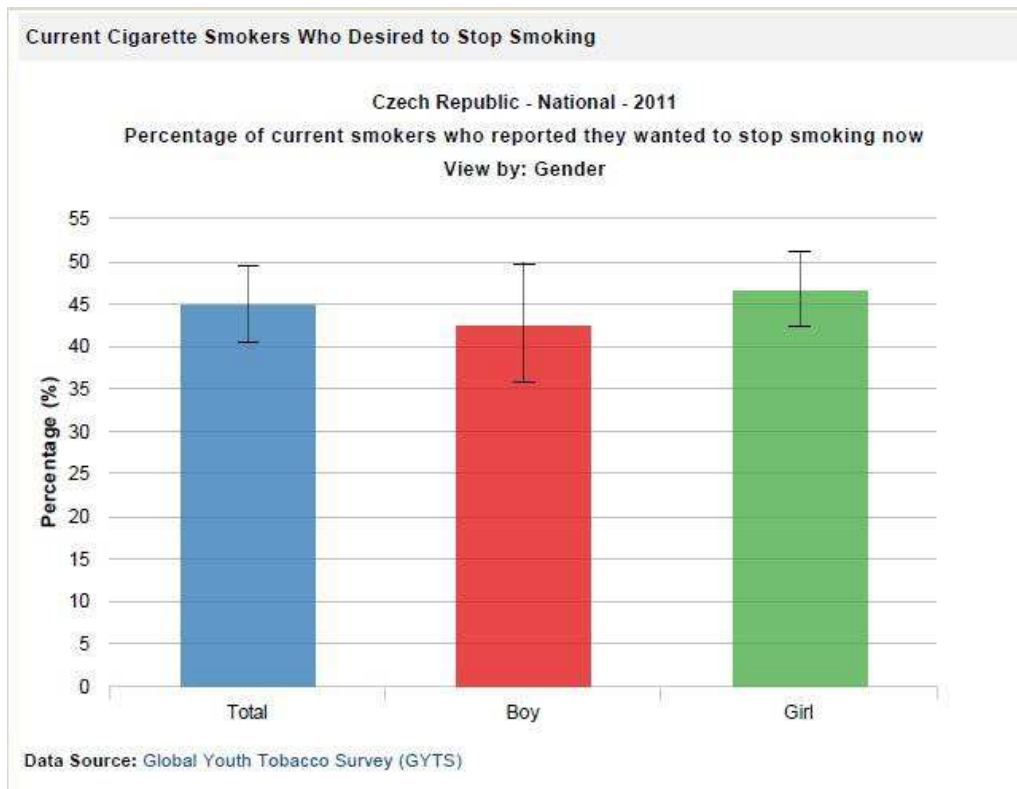
Příloha č. 4: Pasivní kouření (graf)



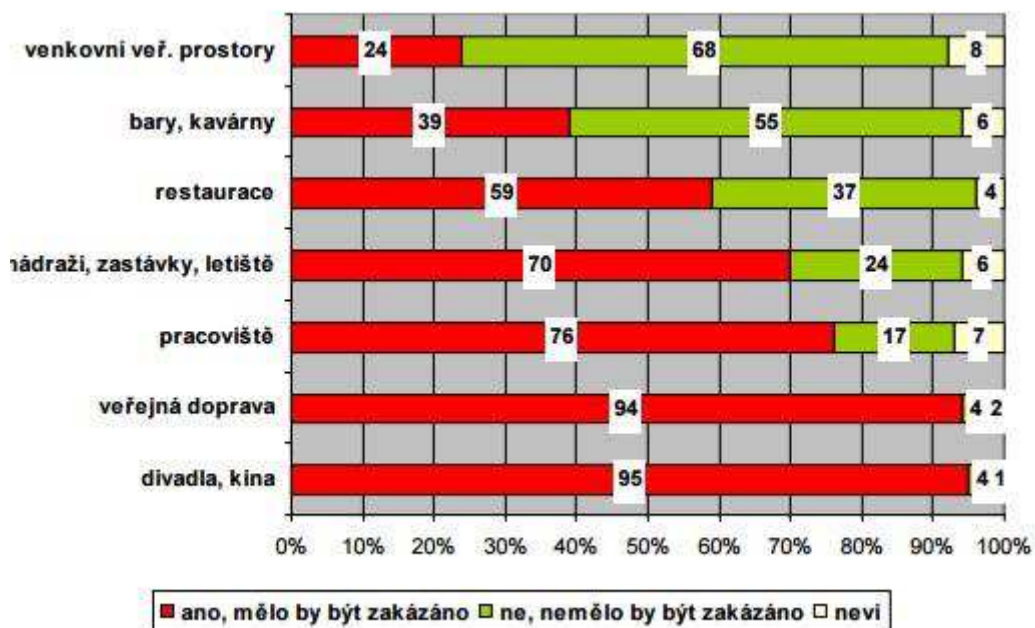
Příloha č. 5: Souhlas se zákazem kouření na veřejných místech (graf)



Příloha č. 6: Procento mladistvých kuřáků, kteří by chtěli přestat (graf)



Příloha č. 7: Postoje k zákazu kouření na veřejných místech (graf)



Příloha č. 8: Přehled výzkumů (tabulka)

Study Characteristics for included studies (n = 27).

Author and year	Country	Participants	Type of study	Design
Allan et al., 2012	Scotland	Smokers who dropped out of a smoking cessation program that had a final incentive (n = 14)	Qualitative	Unstructured interviews
Baer et al., 1989	USA	Smokers who had not resumed regular smoking 4 weeks post-treatment (n = 102)	Quantitative	Prospective, in context cessation intervention, followed up to 1 year post-treatment.
Bell et al., 2010a,b	Canada	Smokers and ex-smokers recruited from newspaper advertisements (n = 25)	Qualitative	Open-ended interviews
Bennasar Veny et al., 2011	Spain	Female nurses who had been habitual smokers for at least two years prior to the study (n = 15)	Qualitative	Semi-structured interviews
Berlin and Covey, 2006	USA	Smokers recruited for a smoking cessation trial (n = 600)	Quantitative	Prospective, in context of cessation intervention, followed through 3 months of treatment and 6 months post-treatment.
Betzner et al., 2012	USA	Smokers and recent quitters who responded to a tobacco cessation program (n = 166)	Qualitative	Focus groups and in-depth interviews
Bottoff et al., 2013	Canada	Mother and father dyads who were current and former smokers with a 1 year old child at baseline (n = 28)	Qualitative	In-depth interviews when child was 1 year, 20–35 months, and 36–48 months
Bush et al., 2003	England	Purposive sample of Bangladeshi and Pakistani smokers and nonsmokers in Newcastle (n = 141)	Qualitative	Semi-structured, in-depth interviews and focus groups
Copeland, 2003	Scotland	Female smokers, General Practitioners, and nursing staff recruited from a general practice (n = 41)	Qualitative /Quantitative	Observational cross-sectional quantitative survey and open-ended qualitative questionnaire
Fammond and Joffe, 2006	UK	Smokers and non-smokers with diverse socio-economic statuses (n = 40)	Qualitative	Conceptual mapping, 'episodic' interviews, semi-structured interview
Fong et al., 2004	Australia, Canada, USA and UK	Participants from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey (Canada n = 2193; United States n = 2115; United Kingdom n = 2344; Australia n = 2271)	Quantitative	Observational cross-sectional survey
Frolich et al., 2010	Canada	Current adult smokers recruited with purposive sampling (n = 17)	Qualitative	Semi-structured interviews
Gibbons et al., 1991	USA	Adult smokers responding to a smoking cessation program advertisement (n = 120)	Quantitative	Prospective, 16 weekly surveys in context of intervention and 6 month post-quit date follow up survey
Goldstein, 1991	Canada	Adult smokers and nonsmokers household level 1989 Winnipeg Area Study (n = 521)	Quantitative	Observational cross-sectional survey
Greaves et al., 2010	Canada	New fathers who continued to smoke during partner's pregnancy and/or post-partum (n = 29)	Qualitative	In-depth, semi-structured interviews
Grove, 1993	Australia	Smokers who had ever made a quit attempt (n = 155)	Quantitative	Observational cross-sectional survey
Holdsworth and Robinson, 2008	UK	Mothers with at least one smoking parent and a child under 5 (n = 17)	Qualitative	Interviews using the Bibliographic Narrative Interpretative Method
Kirchner et al., 2012	USA	Smokers enrolled in a research smoking cessation clinic who had experienced a lapse (n = 203)	Quantitative	Prospective, in the context of a cessation intervention, ecological momentary assessments collected during the first 6 weeks of a quit attempt
Lee and Paek, 2012	Korea	Male smokers (n = 255)	Quantitative	Quasi-experimental, survey pre and post one of 3 types of anti-smoking message conditions
Lee and Paek, 2014	Korea and USA	University student smokers (n = 310)	Quantitative	Quasi-experimental survey pre and post one of 3 types of anti-smoking message conditions
Louka et al., 2006	UK and Greece	Adult smokers (n = 21)	Qualitative	Semi-structured interviews and focus groups
McCarthy et al., 2010	USA	Adult daily smokers (n = 463)	Quantitative	Prospective, in the context of a cessation intervention, ecological momentary assessments pre- and post-quitting smoking
Olfte et al., 2012	Canada	New fathers who smoked (n = 24)	Qualitative	Four audio-recorded group sessions
Ritchie et al., 2010	Scotland	Adult current smokers and recent ex-smokers (n = 40)	Qualitative	Three-wave longitudinal in-depth interviews
Scheffels, 2009	Norway	Established daily smokers sampled for diversity on gender and social class (n = 21)	Qualitative	Semi-structured interviews
Stuber et al., 2008	USA	Current and former smokers in New York City (n = 816)	Quantitative	Observational cross-sectional survey
Stuber and Galea, 2009	USA	Current New York City smokers (n = 835)	Quantitative	Observational cross-sectional survey
Sipnick and Colletti, 1984	USA	Individuals who completed a smoking cessation program (n = 33)	Quantitative	Prospective, followed up after a cessation intervention monthly through 6 months post-treatment
Thompson et al., 2007	New Zealand	Smokers (n = 17) and ex-smokers (n = 9) living in a diverse, socioeconomically disadvantaged neighborhood	Qualitative	Semi-structured interviews
Van der Heiden et al., 2013	Netherlands	Lower-educated daily smokers (n = 18)	Qualitative	Structured in-depth interviews

Příloha č. 9: Evaluace výzkumů podle modelu sebe-stigmatizace (tabulka)

Summary of the stages of the progressive model of self-stigma addressed in the studies.

Author and year	Type of study	Stage 1	Stage 2	Stage 3	
		Awareness	Agreement	Application	Consequences
Allan et al., 2012	Qualitative	X		X	-; guilt, smoking behavior
Baer et al., 1989	Quantitative				-; guilt, smoking behavior
Bell et al., 2010a,b	Qualitative	X	X	X	+/-; smoking behavior, concealment
Bennasar-Veny et al., 2011	Qualitative	X		X	+/-; smoking behavior, guilt
Berlin and Covey, 2006	Quantitative				n.s.; self-blame
Betzner et al., 2012	Qualitative	X		X	+/-; smoking behavior, self-efficacy
Bottorff et al., 2013	Qualitative	X	X		+/-; guilt
Bush et al., 2003	Qualitative	X			
Copeland, 2003	Qualitative/Quantitative	X		X	
Farrimond and Joffe, 2006	Qualitative	X	X	X	
Fong et al., 2004	Quantitative			X	
Frohlich et al., 2010	Qualitative	X		X	
Gibbons et al., 1991	Quantitative		X	X	n.s.; smoking behavior
Goldstein, 1991	Qualitative	X	X		
Greaves et al., 2010	Qualitative	X	X	X	-; stress, guilt
Grove, 1993	Quantitative				n.s.; self-efficacy
Holdsworth and Robinson, 2008	Qualitative	X	X	X	
Kirchner et al., 2012	Qualitative				+; guilt, self-blame
Lee and Paek, 2012	Quantitative				+; guilt
Lee and Paek, 2014	Quantitative			X	+; guilt
Louka et al., 2006	Qualitative	X	X	X	-; guilt, self-efficacy
McCarthy et al., 2010	Quantitative				n.s.; guilt
Oliffe et al., 2012	Qualitative	X		X	
Ritchie et al., 2010	Qualitative	X	X	X	-; concealment
Scheffels, 2009	Qualitative	X			-; smoking behavior
Stuber et al., 2008	Quantitative	X			
Stuber and Galea, 2009	Quantitative	X			-; concealment
Supnick and Colletti, 1984	Quantitative				+; smoking behavior, guilt
Thompson et al., 2007	Qualitative	X			
Van der Heiden et al., 2013	Qualitative	X		X	+/-; smoking behavior

Note: - = negative consequences, + = positive consequences, +/- = mix of positive and negative consequences, n.s. = non-significant.

Příloha č. 10: Seznam respondentů/ek kvalitativního výzkumu a jejich demografické údaje (tabulka)

Jméno	Věk	Pohlaví
Marek	26	M
Matěj	23	M
Robert	41	M
Kamil	33	M
Emil	80	M
Vít	32	M
Martin	52	M
Milan	56	M
Adam	28	M
Martina	26	Ž
Markéta	72	Ž
Veronika	44	Ž
Alžběta	36	Ž
Lenka	45	Ž
Kačka	29	Ž

Příloha č. 11: Ukázka z tvorby kódů – Výrok/Kód (tabulka)

Výrok	Autor	Kód
„U těch odpůrců kouření jsem se setkal s tím, že to berou jako znak nějaký hlouposti, když se člověk takhle sebepoškozuje. A inteligence je samozřejmě cennější kvalita, podobně jako krása a síla“	Vít32	vnímání negativních stereotypů
„Když si vezmeš jak to bylo historicky, že se vždycky kouřilo, tak se ta situace fakt prakticky zhoršuje, dochází tady k nějakým represím ze strany EU a západních vlád kdy se zakazuje kouřit v hospodách a dávají se obrázky na krabičky..“	Marek26	Uvědomění si společenských změn / negativní vnímání
„Vadí mi to spíš na těch otevřenějších veřejných prostranstvích. Protože pokud si člověk nemůže dát ani v parku cigáro, tak už podle mě nežijeme v demokracii“	Martina26	nesouhlas s opatřením / pocit zasahování do osobní svobody
„Ty tak za první, já se domnívám, že je to blbost ty zákazy v hospodách. Měli by dát možnost kuřárny, kdo chce ať si jde kouřit, vždyť nikdo nikoho nenutí, je to všechno dobrovolný. Tyhle zákazy jsou absolutní blbost“	Emil80	nesouhlas s opatřením
„No jednou se mi stalo, že jsem byl v hospodě na jídle, ani to nebylo v době obědů. Sednul jsem si do kuřácké části a když jsem dojídal, přisednul si vedle postarší pár. Po tom co jsem dojedl, jsem si zapálil a ten chlap mě tam normálně začal buzerovat, co si to dovoluju si tam zapálit! Přitom ještě ani nejedli, já tam byl dřív a je to sakra kuřácká část! Navíc byla prázdná celá hospoda. Tak jsme se tam chvíli hádali a já ho poslal do prdele, že jo. To je jako neuvěřitelný, co si někdo dovolí!“	Kamil33	negativní reakce okolí
„Oni teď mluví i o tom, že by to omezili i na ulici! A kde pak budeš moct kouřit? Doma akorát?“	Markéta72	obavy z budoucího směru politiky / pocit znevýhodnění

Příloha č. 12: Témata, subtémata a kódy
(tabulka)

Téma	Subtéma	Kódy
Přístup společnosti	vnímání změn veřejný život soukromý život změny v chování	uvědomění si společenské změny, vnímání změn v chování nekuřáků, vnímání změn v chování kuřáků, pozitivní x negativní vnímání, prostředí na pracovišti, vnímání rodiny, reakce blízkého okolí, přístup k léčbě, uzpůsobení chování
Postoj k protitabákové politice	postoj k přijímaným opatřením budoucí směr efektivita	souhlas s opatřením, nesouhlas s opatřením, účinnost opatření, kouření na veřejnosti, kouření na otevřeném prostranství, obavy ze směru budoucích opatření, pocit vynucení politiky EU
Pozitivní dopady denormalizace	informovanost snížení prevalence tolerance	uvědomění si zdravotních důsledků, tolerance práva nekouřit, změny vlastního chování, snaha přestat
Příznaky stigmatizace	Rozlišování osob a oddělování na „my“ a „oni“ negativní stereotypy ztráta statusu a diskriminace	vnímání sebe-sama, vnímání stereotypů, snaha o utajení, obavy z odmítnutí, vytváření dojmu, vnímání prostorové separace, pocit znevýhodnění/diskriminace, zkušenost s odmítnutím, pocit zasahování do osobní svobody, recidiva, konfrontace okolí