

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Servírky a číšníci jako oběti pasivního kouření

Lucie Červenková

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Servírky a číšníci jako oběti pasivního kouření

Lucie Červenková

Vedoucí práce:

Mgr. Ema HREŠANOVÁ Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

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

Plzeň, duben 2015

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí mé práce Mgr. Emě Hrešanové, Ph.D. za cenné a podnětné rady, věcné připomínky, odborné vedení, vstřícnost při konzultacích a pomoc při vypracování celé této bakalářské práce.

V neposlední řadě děkuji také všem informátorům a informátorkám za spolupráci a trpělivost při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Mé poděkování patří též celé mé rodině a příteli, kteří mne podporovali po dobu celého studia.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	4
2.1	Sociologie zdraví a škodlivé dopady životního stylu	4
2.1.1	Životní styl související se zdravím	5
2.2	Sociologické vymezení pojmů zdraví a nemoc	11
2.3	Zdravotní rizika a následky aktivního a pasivního kouření....	14
2.4	Kouření na pracovišti	17
2.5	Právní úpravy týkající se kouření	19
3	METODOLOGICKÁ ČÁST	22
3.1	Výzkumné otázky, cíle výzkumu	22
3.2	Metodologie	22
3.3	Výběr participantů/ek, lokalita	23
3.4	Etická stránka výzkumu, omezení výzkumu.....	24
4	EMPIRICKÁ ČÁST	26
4.1	Základní analýza – tematická analýza	26
4.1.1	(Zdravý) životní styl.....	27
4.1.2	Zdravotní komplikace způsobené kouřením	29
4.1.3	Zaměstnání v restauračním zařízení	32
4.1.4	Preventivní opatření proti kouření v restauracích	35
5	ZÁVĚR A ZJIŠTĚNÍ	40

6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	44
7	SEZNAM ZKRATEK.....	52
8	RESUMÉ	53
9	PŘÍLOHY	55
	9.1 Rozhovor pro ZAMĚSTNANCE restauračních zařízení.....	55
	9.2 Rozhovor pro ZAMĚSTNAVATELE restauračních zařízení	57

1 ÚVOD

Kouření se stalo celosvětovým návykem a je součástí téměř všech kultur [Gilman, Xun 2006: 7 - 15]. Jeho dopady na lidské zdraví jsou jedním z hlavních předmětů dnešní společnosti. Nešpor [2007] v této souvislosti hovoří o závislosti na kouření, Kozák [1993] poukazuje na jeho následky a Atkins [2014] se zabývá odvykáním kouření.

Aktivních kuřáků se na světě objevuje stále více. Výzkumy ukazují, že v roce 2006 se po Zemi pohybovalo více než jedna mld. kuřáků [Rivero, Persson, Romine et al. 2006]. O dva roky později to bylo kolem jedné třetiny osob, tj. 2,5 mld. obyvatel. V důsledku těchto informací umírá v naší zemi až 22 tisíc osob za rok, což znamená kolem 60 obyvatel denně. Česká republika (dále ČR) se řadí mezi prvních pět států v Evropě s nejvyšší roční spotřebou cigaret [Pešek, Nečasová 2008: 6].

Přes převážně negativní dopady cigaretového kouře na lidský organismus přišla *Mezinárodní unie boje proti rakovině (International Union Against Cancer - UICC)* v roce 1974 s Mezinárodním nekuřáckým dnem, který se slaví každý rok, každý třetí čtvrtek v listopadu. ČR tento svátek začala slavit od roku 1992 [Mortara 2007]. O několik let později v roce 1987 zavedla *Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation - WHO)* den, jehož cílem je převážně směřovat pozornost na celosvětový problém tabákové epidemie. Upozorňuje dále také na rizika kouření či jeho příčiny. Tento den nazvala *WHO* Světovým dnem bez tabáku a datuje se k poslednímu květnovému dni - 31. května [World Health Organisation 2014].

Aktivní kouření se stává předmětem zájmu dnešní společnosti více než nedobrovolné vdechování cizího cigaretového kouře, pasivní kouření. Atkins [2014: 15] ho definuje také jako tzv. kouř z druhé ruky.

Přímo oblastí pasivního kouření se zabývá obzvláště MUDr. E. Králíková [2006, 2010] či Pešek a Nečasová [2008]. Téma pasivního kouření není dostatečně diskutováno v oboru Sociologie. V sociologických žurnálech a časopisech není tomuto tématu věnováno dostatek pozornosti či nejsou dané studie zcela aktuální [Verdonk-Kleinjan, Knibbe, Tan et al. 2009].

Tématu pasivního kouření se věnuje jen několik málo studií, které převážně pracují s kvantitativní výzkumnou metodologií [Škodová 2008] a [Spilková, Dzúrová, Pikhartb 2011]. Podrobněji je představím v teoretické části této práce.

Na základě výše uvedených informací je cílem této práce zjistit, jak dopad pasivního kouření na své zdraví vnímají lidé, kteří se v zakouřeném prostředí pohybují téměř denně. Konkrétně se zaměřuji na osoby pracující v restauračních zařízeních, servírky a číšníky. Jak uvádí Pešek a Nečasová [2008], právě pohostinství jsou nejčastější místa s nejvyšším výskytem tabákového kouře. Vzhledem k tomu, že jsou lidé pracující v restauračních zařízeních nedobrovolně vystaveni expozici cigaretového kouře, zajímá mne, zda si uvědomují následky a rizika, která tabákový kouř přináší. Zaměřuji se také na to, jak se s neustálým pohybem v zakouřeném prostředí vyrovnávají.

V teoretické části práce vysvětluji pojmy *zdraví* a *nemoc*, dále upozorňuji na rizika pasivního i aktivního kouření v souvislosti s lidským zdravím. Diskutuji kouření na pracovišti a právní úpravy týkající se kouření. Popisuji také životní styl, sociální třídy a socioekonomický status - zjišťuji, zda a jak do této problematiky vstupuje a zdali ji nějak ovlivňuje.

Ve druhé části této práce představuji metodologii provedeného výzkumu. Konkrétně se zaměřuji na dvě odlišné sociální skupiny. První

cílovou skupinou jsou zaměstnanci a zaměstnankyně restauračních zařízení, kteří jsou pasivnímu kouření vystaveni více než ostatní, například hosté. Druhou cílovou skupinou jsou jejich zaměstnavatelé a zaměstnavatelky.

V poslední třetí části práce stavím na tematické analýze provedených polostrukturovaných rozhovorů. Analyzuji výpovědi servírek a číšníků, které porovnávám s výpověďmi jejich zaměstnavatelů/ek. Právě majitelé/ky restauračních zařízení jsou ti/ty, kteří mohou rozhodnout o kuřáckém či nekuřáckém druhu pohostinství snáze než zaměstnanci/kyně. Ukazují, jak v daném kontextu servírky a číšníci pojmají své zdraví a také jak je pro ně důležité jejich zaměstnání popřípadě ekonomické zajištění.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Sociologie zdraví a škodlivé dopady životního stylu

Sociologická studie Goldberga, Hoffmana a Añel [2002] uvádí, že většina lidí s kouřením začíná z důvodu uklidnění v reakci na stresové situace, pod vlivem rodiny, ze zvědavosti či za účelem užívání si cigarety s kamarády. Petti [2009] dodává, že také zejména ze zvládnutí osobních a finančních problémů, společenského vlivu vrstevníků, přátel, ale také i z důvodu propagace tabákového průmyslu podporující užívání tabáku začne celosvětově kouřit až 60% lidí, tj. stanou se aktivními kuřáky.

Lidé kouří cigarety i z důvodu hlídání si své váhy. Je totiž známé, že tabák tlumí chuť k jídlu, dále snižuje teplotu v lidském těle a také vyvolává pocity vzrušení, potěšení či povzbuzení [Shapiro 2005: 228-229].

Škodová [2008] ve svém výzkumu uvádí, že se v ČR pohybuje 29% kuřáků¹, muži v kouření převažují nad ženami a nejvíce aktivně kouřících osob se objevuje mezi těmi, kteří mají pouze základní vzdělání. S vyšším vzděláním procentuální vyčíslení závislosti na kouření klesá.

Výzkum prováděný o tři roky později, potvrzuje některá fakta Škodové a mimo to ukazuje, že rozvedené a nezaměstnané osoby sáhnou po cigaretě častěji než zadaní a zaměstnaní jedinci. Dále uvádí, že kouření klesá se zvyšujícím se věkem [Spilková, Dzúrová, Pikhartb 2011].

¹ Výzkum byl prováděn na populaci 1062 osob [Škodová 2008].

Na problematiku kouření upíná pozornost sociologie zdraví a nemoci, sociologie medicíny. Medicínská sociologie uvádí, že v dnešní době ubývá onemocnění zapříčiněných chemickými či bakteriálními faktory, ale přibývá takových, ve kterých hraje důležitou roli psychický či sociální činitel. Jsou to nemoci způsobené znečištěním ovzduší, ale také alkoholismem a kouřením [Bártlová 2002: 22 - 24]. Mezi nemoci, které jsou způsobené znečištěním ovzduší, patří onemocnění srdce a cév, dýchacího ústrojí, nádorová onemocnění aj. Zvyšuje se kojenecká úmrtnost, výskyt kašle a astma [Ministerstvo životního prostředí, nedatováno].

Ze statistik týkajících se vysoké nemocnosti a úmrtnosti vyplývá, že právě kouření se řadí mezi rizikové faktory, které nejvíce poškozují zdraví. Zdraví člověka je ale ovlivněno působením jak kladných, tak i záporných činitelů, čili determinantů zdraví. Zevní faktory, které mají vliv na zdraví člověka, se člení do tří základních skupin: životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí, úroveň zdravotnické péče. Největší vliv na zdraví má životní styl [Machová, Kubátová: 2009].

2.1.1 Životní styl související se zdravím

Formulace konceptu životního stylu Alfreda Adlera odkazuje na způsob, jakým jedinci žijí své životy, také to, jak řeší své problémy i mezilidské vztahy. Adler klade důraz na přístup k životu každého jednotlivce, který nazývá stylem života, tj. způsobem, kterým jedinci realizují své cíle [Petti 2009].

Sociologové nazývají životní styl životním způsobem či životním slohem. Někdy je životní styl pojímán jako způsob života. Tyto pojmy se často spojují také s kvalitou života nebo s životní úrovní jedince [Kubátová 2010: 11]. Kvalita života zahrnuje společenské, ekonomické,

kulturní a psychologické podmínky [Kapr, Petrusek 1994: 30]. Jako životní způsob lze chápat styl, kterým každý jedinec ve společnosti žije. Zařadit sem můžeme například styl oblékání a bydlení, druh hudby, o který se zajímáme, typ zaměstnání apod. [Kubátová 2010: 12]. Právě tyto faktory zařazují jedince do jednotlivých tříd.

S podobným pojetím přichází také Šafr [2008]. Vysvětluje stratifikační rozdíly mezi lidmi a skupinami ve společnosti. Přichází na to, že se lidé díky svému chování a jednání odlišují životním stylem.

Z obecnějšího hlediska pohlíží sociologie medicíny na životní styl jako na soubor strukturálních a kulturních faktorů spojených s chováním a činnostmi jednotlivce, které úzce souvisí se zdravím [Hansen, Easthope 2007: 37]. Na toho pojetí se lze blíže zaměřit pomocí Cockerhamovy představy o životním stylu. Vysvětluje ho jako vzor dobrovolného chování na základě vlastních voleb souvisejících se životní situací jakékoli fyzické osoby [Cockerham 1995: 90]. Pomocí Abelovy představy lze Cockerhamovu životní situaci pojmout jako sociální, kulturní a ekonomické podmínky [Abel 1991: 900].

Duffková pojímá životní způsob ze dvou úhlů pohledu. Prvním z nich je jednatel, do druhé spadají skupiny. Pro životní styl jedince jsou typické charakteristické činnosti a životní projevy týkající se jednotného stylu, který se prolíná jedincovými zvyklostmi, vztahy apod. Pokud se jedná o skupinu, charakteristické činnosti se spojují s rysy životního způsobu, které jsou pro členy dané skupiny společné [Kubátová 2010: 13].

I Cockerham pojímá životní styl související se zdravím pomocí dvou stanovisek. Vysvětluje ho pomocí klíčových sociologických pojmů *agency* a *structure*, čili aktérství a sociální struktura. Sociální struktura interpretuje sílu a moc strukturálních podmínek na dispoziční jedince

a jeho chování dle společností ustavených norem, hodnot a povinností. *Structure* vysvětluje jakési sady či schémata, která omezují jednání sociální bytosti pomocí pravidel, postupů, které ve společenském životě individuum musí přijmout. *Structure* je tedy velice restriktivní [Emirbayer, Mische 1998 in Cockerham 2005]. *Agency* klade důraz na schopnost jednotlivců chovat se dle svého uvážení bez ohledu na společnost, která je značně vlivná. Právě aktérství umožňuje jedinci odmítnout či změnit normy a hodnoty stanovené společností a jednat tak v konkrétních situacích dle svého vlastního uvážení [Cockerham 2005]. *Agency* je zcela neomezující pojem, tzv. proces, díky němuž jsou jedinci ovlivněni minulostí, zároveň je jim předurčena budoucnost. To převážně díky jejich individuálně vybranému chování [Emirbayer, Mische 1998 in Cockerham 2005].

Stejně jako Cockerham i Mirowski a Ross kladou důležitost na *agency* a *structure*. I přesto, že zmiňují důležitost obou těchto pojmů, v souvislosti s chováním a životním stylem jednotlivce se staví spíše k *agency*. V tomto ohledu kladou důraz převážně na vzdělání. Uvádějí, že vzdělaní lidé hromadí během svého života výhody a zvyšují tím *agency*, nevzdělaní shromažďují naopak nevýhody. To vše následně ovlivňuje pozitivně či negativně jejich zdraví. Vzdělání poté souvisí také s postavením ve společnosti, je tedy součástí socioekonomického statusu (dále SES) [Mirowsky, Ross 2003 in Cockerham 2005].

SES vyjadřuje postavení lidí ve společnosti a určuje pozici v sociální stratifikaci. Vedle zmíněného vzdělání zahrnuje také kvalitu životního prostředí ovlivňující životní styl. SES predikuje budoucí povolání a příjem [Kollárová, Skřejpková, Tomášková et al. 2010]. Povolání odráží sociální postavení, což určuje jistá privilegia: snadnější přístup k lepší zdravotní péči, lepší přístup ke vzdělání, zdravější podmínky bydlení i pracovní podmínky. To si většinou mohou dovolit lidé s vyšším postavením

a lepším povoláním. Vše se může odrážet i na zdraví v důsledku pracovního prostředí. Bezpečné zaměstnání v příznivých podmínkách je spojováno se značným poklesem zdravotních rizik a pravděpodobností zlepšení zdravotního stavu. Každý jednotlivý prvek SES ovlivňuje socioekonomické podmínky v průběhu života lidí a působí značně na jejich zdraví [Šplíchalová, Šlachtová, Fejtková et al. 2007].

Bohumil Geist [1992: 450] tvrdí, že SES určuje zařazení jedince v hierarchické struktuře sociálního útvaru, zejména z hlediska ekonomických kritérií. Mezi ty řadí Geist příjem, majetek, pozici v zaměstnání či povolání, vzdělání, prestiž aj.

Jak upozorňuje A. Adler [1994 in Cockerham 2005] uvedené proměnné (vzdělání, postavení ve společnosti, místo bydliště atd.) jsou ve vztahu a určují tak rozdíly mezi jednotlivci ve společnosti. Tyto nerovnosti se stále prohlubují a rozšiřují.

Tematiku nerovného postavení jedinců ve společnosti předkládají ve své studii Spilková, Džurová a Pikhartb [2011]. Do spojitosti se SES staví kouření. Uvádějí, že více nekuřáků se objevuje mezi skupinami ve společnosti, které dosahují vyššího vzdělání. Vliv na kouření jedince má také postavení v zaměstnání a rodinný stav osob. Tyto faktory zařazují jedince do jednotlivých tříd ve společnosti.

Sociální třída se také pojí s životním stylem. Lze ji definovat jako soubor lidí, kteří mají stejné postavení (př. bohatství). Nerovnosti založené na třídní příslušnosti lze vysvětlit životním stylem či životosprávou [Giddens 2013: 359, 365, 392].

Jak říká Katrňák [2005: 5 - 6], příslušnost k jakékoli třídě nám ukazuje odlišnost v příležitostech získání zdrojů, v privilegiích, ve společenském

postavení, dále také ve vzdělání, v ekonomickém příjmu nebo ve společenské prestiži.

Sociologové chápou třídu jako základ sociálních nerovností, mezi které řadí například věk, rasu a etnicitu či pohlaví. Právě tyto faktory navzájem diferencují jednotlivce a zařazují je do jednotlivých tříd [Katrňák 2005: 5 - 6].

Na tato fakta lze navázat teorií habitů P. Bourdieho. Habitus vytváří tzv. sociální prostor, v němž jsou aktéři uspořádáni na základě dvou principů - kulturního a ekonomického kapitálu. Habitus je tzv. systém dispozic, který funguje jako strukturující mechanismus. To znamená, že určuje předpoklady či sklony k určitému jednání a chápání, porozumění konkrétním situacím. Habitus je včleněn do lidské bytosti ve formě trvalé dispozice, funguje zvnitřka aktérů. Ve vztahu k sociální třídě vyjadřuje jednotný styl praktických činností a statků jednotlivého aktéra nebo třídy aktérů v sociálním prostoru. Habity jsou plody různých společenských pozic. Jako soubor dispozic je konstituován skrze společenské podmínky, které jsou spjaté s dotyčným postavením jedince v sociálním prostoru [Bourdieu 1998: 6-12].

Bourdieu [1998: 16] popisuje habitus přímo jako „*generativní a jednotící princip, který z charakteristických vztahových rysů (vlastních určitému postavení) vytváří jednotný životní styl. Tím se rozumí celek, v němž se sjednocuje volba osob, statků i praktických činností.*“ Jednoduše řečeno, pro každou třídu je typický určitý druh habitů.

Browne a Bottrill se zabývají třídní příslušností v souvislosti se zdravím a nerovnostmi. Tvrdí, že lidé, kteří pracují manuálně či spadají do nižší třídy, nedožijí se prakticky svého důchodu. Přesněji řečeno, tito lidé nedosáhnou ani důchodového věku. U nemanuálních pracovníků a osob zařazených do vyšších tříd ve společnosti

(kvalifikovaní pracovníci; vysoké pozice v zaměstnání) je tomu naopak. Jedinci narození do vyšších tříd, žijí o necelých deset let déle, než je tomu u rodin typických manuálních prací, nekvalifikovaností a zařazeností do nižší třídy. Osoby spadající do nižších tříd také častěji navštěvují lékaře [Browne, Bottrill 1999 in Giddens 2013: 377].

V souvislosti s opětovanou návštěvou lékaře nižších tříd, poukazuje Cockerham na to, že se od období pozdní modernity klade v kontextu životního stylu větší důraz na zdraví, než tomu bylo dříve. Vliv negativního životního stylu jedinců má za následek již mnoho úmrtí [Cockerham 2005].

Právě životní styl totiž znamená jakousi kontrolu lidí nad jejich životními situacemi. Ukazuje se dále jako velice významný faktor při tvorbě třídy a následné sociální identifikaci [Crompton 1998 in Cockerham 2005]. Proto klade Cockerham [2005] dále důraz na měnící se modely sociální stratifikace a v neposlední řadě také na prostředí jedincova povolání, které určuje zařazení do sociální třídy a jeho postavení.

I Bártlová [2002: 22 - 24] hovoří o tom, že zdraví člověka je ovlivněno pracovními podmínkami, mezi které spadá pracovní prostředí a pracovní proces. Právě znečištěné prostředí a předpoklad práce v kuřáckém druhu restauračního zařízení, v němž jsou lidé vystaveni expozici tabákového kouře, vede ke vzniku onemocnění (rakovina atd.), která nastiňuje také Cockerham [2005].

Vliv daných podmínek na jedince diskutují také Kapr a Petrušek [1994: 12]. Společně k pracovním podmínkám připojují dále nejen situace a faktory, ale také vše fyzické, psychické a sociální. Tyto faktory působí na jedince, kteří následně interpretují své zdraví či nemoc. Zdraví a nemoc se proměňují v čase a prostoru.

Životní styl má buď pozitivní vliv na zdraví (zdravá strava, sport aj.), či může přinášet určitá rizika (kouření, alkohol atd.). Kouření se stává záležitostí, která ukazuje dělicí bariéru mezi jednotlivými třídami. Z výše uvedeného totiž plyne, že zástupci nižší třídy kouří více než zástupci vyšší třídy, kteří se snaží žít spíše zdravým životním stylem.

Kapr a Petrussek [1994: 30] uvádí, že s životním stylem, tj. s kvalitou života jedinců ve společnosti, je úzce spjata koncepce zdraví i nemoci. V následující podkapitole proto představím hlavní teze těchto pojmů a jejich sociologické pojetí.

2.2 Sociologické vymezení pojmů zdraví a nemoc

Zdraví se řadí mezi nejzákladnější složky lidského potenciálu společnosti. Společně s nemocí je kulturně, časově a prostorově konstruováno. Stav zdraví je spojován s adaptací na prostředí, vnitřní i vnější, organické a fyzikální. Zdraví umožňuje rozvoj osobnosti a patří mezi součást seberealizace člověka. Je tedy výsledkem jakési komunikace organismu s prostředím, ve kterém působí jedinec jako aktivní element [Kapr, Petrussek 1994: 12, 29 - 30].

V sociologii se objevuje několik různých konceptualizací zdraví. Jedno z nejrozšířenějších přístupů uvádí Stainton-Rogers [1991 in Nettleton 2006: 41]. Na základě svého výzkumu se sedmdesáti participanty/kami zjišťuje osm pojetí zdraví. „Tělo jako stroj“ vysvětluje nemoci, které se reálně objevují. „Tělo v obležení“ je vystaveno virům a stresu. Následuje „nerovnost v přístupu“ týkající se zdraví a služeb s ním spjatých. „Kulturní kritika medicíny“ vystupuje proti biomedicíně jako převažující tradice na západě. Pátý koncept se týká „podpory zdraví“ vztažené ke zdravotnímu stylu. „Silný individualismus“ vysvětluje práva členů společnosti na spokojený život. Nechybí ani „Boží moc“,

kteřá pojímá zdraví jako odměnu. Posledním pojmem je „síla vůle“. Ta přistupuje ke zdraví jako k zodpovědnosti individua svého zdraví dosáhnout.

WHO vymezuje zdraví jako „stav úplné tělesné a duševní pohody“. V úvahu bere jak objektivní, tak subjektivní aspekty, které na jedince působí a mohou mu tím přivodit nemoc [Kapr, Petrusek 1994: 29]. Tato konceptualizace zdraví je však kritizována Křivohlavým [2003: 38]. Ten tvrdí, že zmíněná definice *WHO* opomíjí duchovní oblast, dále také stav, kdy člověku „není dobře“. Kritiku také vznáší proti tomu, že *WHO* nedefinuje termíny, které používá. Ideál zdraví je dle Křivohlavého neprakticky a nerealisticky postaven. On sám definuje zdraví jako „celkový (tělesný, psychický, sociální, duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ [Křivohlavý 2003: 38].

Dle sociologů bylo dříve zdraví pojímáno v biomedicínském modelu především jako absence nemoci. Biomedicínský model dále vysvětluje, že nemoci mají nějaké specifické příčiny. Dále říká, že lidské tělo je přirovnáváno ke stroji, který je nutno opravit. V neposlední řadě daný model tvrdí, že na zdraví společnosti je pohlíženo jako na něco, „co je závislé na stavu medicínských znalostí a dostupnosti zdravotních zdrojů“ [Taylor, Field 2003: 21-22].

Dnes je ale zdraví převážně něco více než jen absence nemoci. Do socio-medicínského modelu spadají tři hlavní oblasti: chování a životní styl jedince, sociální prostředí (vztah s ostatními jedinci ve společnosti) a socioekonomické a přírodní vlivy [McKeown 1979 in dle Tylor, Field 2003: 26 - 27].

McKeown [1979 in Tylor, Field 2003: 26 - 27] stanovil několik problémů působících negativně na lidské zdraví. Patří mezi ně například

spánek méně než sedm hodin denně, nízký přísun tekutin, nepravidelné cvičení či vynechání ranní snídaně a převážně také kouření cigaret. Při těchto podmínkách si jedinec může přivodit nemoc v jakékoli podobě.

Hranice mezi nemocí a zdravím je jen těžko stanovitelná. *Nemoc* lze vysvětlit jako poruchu zdraví [Kapr, Petrussek 1994: 35]. Při sociologickém vymezení je důležité zaměřit se na jednotu a celistvost organismu. Dále také na prostředí, které zde hraje důležitou roli. Odehrávají se v něm různé životní procesy člověka. Pokud je systém vztahu člověk - příroda narušen, přichází nemoc. Právě nemoc omezuje to, aby se jedinec během svého života vyrovnal s nároky, které přináší prostředí [Bártlová 2006].

To, že prostředí přináší faktory, které vedou k nemocem, potvrzuje i Tylor a Field [2003: 26]. Ve své knize kladou důraz na vztah mezi tělem a prostředím a uvádějí, že nejčastěji je nemoc zapříčiněna environmentálními faktory, tj. těmi, které přináší životní prostředí. Prostředí je činitel, který zahrnuje biologické, přírodní i sociální aspekty. Tato hlediska mají velký vliv na vznik nemocí.

Kapr a Petrussek [1994: 35 - 36] sem zahrnují mimo vztahů mezi lidmi aj., převážně také práci. Zaměstnání a podmínky při pracovním procesu jsou faktory, které mohou velice jednoduše přivodit nemoc. Autoři uvádějí prach, kouř, hluk a mnoho dalších.

Parsons [1951 in Bártlová 2006] pohlíží na nemoc jako na poruchu, při které jedinec není schopen plnit role a úkoly, které od něj společnost očekává. Osoba se musí chovat dle norem, které stanoví společnost a podřídit se jim. Vzniká tedy jakási odchylka v plnění typických, normálních a obvyklých úkolů a rolí daných společností. Tento fakt se dá jinak nazvat deviací, tj. odchylkou od normální role.

2.3 Zdravotní rizika a následky aktivního a pasivního kouření

Aktivní kouření přináší převážně negativní následky. První novinové články o zdravotních rizicích a dopadech na lidské tělo se objevily v roce 1930. V tomto roce začali vědci v Německu spojovat kouření s rakovinou a následně vyšly najevo negativní vlivy kouření a také zjištění, že jsou na tom kuřáci s úmrtností hůře než nekuřáci [Shapiro 2005: 221-222].

Dnes je známo, že aktivní kouření způsobuje srdeční choroby a infarkt. Následky se ale týkají také zápalu plic, zánětu průdušek, astmatu. Je důležité dodat, že převážná většina nemocí, které postihnou aktivního kuřáka, mohou potkat také kuřáky pasivní. I u nich je kouření spojováno převážně s negativními důsledky [Rivero, Persson, Romine et al. 2006].

Dle výzkumu *Media Research Council* aktivní kouření představuje zdravotní rizika při jakékoli denní dávce cigaret a délce kouření. Může mít i trvalé následky týkající se srdeční mrtvice, infarktu, různých druhů rakovin, snížení délky života [Atkins 2014: 13]. Kouření také způsobuje šedý zákal očí, špiní zuby, jazyk, přispívá ke vzniku parodontózy, zvyšuje krevní tlak. Kvůli kouření může dojít také k neplodnosti [Tamtéž: 13-15]. Shapiro ve své knize uvádí, že každý kuřák je k těmto nemocím blíže než nekuřák. Naději na běžné zdraví má osoba, která se zbaví kouření a vysadí ho [Shapiro 2005: 230].

Následky se ovšem netýkají jen zdravotních problémů, ale také finančních následků. V ČR vydá kuřák s průměrem 10 cigaret/den až 13 140 Kč/rok [Atkins 2014: 13-15]. Sociologická studie z roku 2006 upozorňuje jak na zdravotní, tak na finanční dopady. Zdravotní problémy se projevují ve formě rakovin, infarktu, zánětů

(např. průdušek), ekonomické problémy mají dopad převážně na kuřáky [Rivero, Persson, Romine et al. 2006].

Ze studie Heikkinena, Patji a Jallinoji [2010] je zřejmé, že populace kuřáků/ček zastává dva názory, z hlediska uvědomění si nemocí, které jsou spojené s kouřením. Na jedné straně je to povědomí o následcích kouření, které se týkají různých druhů rakovin. Příkladem uvádí Petti [2009] rakovinu plic, ústní dutiny, nosní dutiny, jícnu, žaludku, jater, slinivky, močového měchýře, močovodu, ledvin, děložního čípku a převážně rakovinu ústní dutiny. Všechny tyto druhy rakovin jsou důsledkem rizikových faktorů chování jedince v rámci jeho individuálního životního stylu.

Na druhou stranu se ale objevují takoví kuřáci/čky, kteří se zdravotním rizikům brání a ospravedlňují se nízkým počtem vykouřených cigaret za den. To dle nich nepředstavuje výrazné a viditelné dopady pro organismus a tělo. Lidé, kteří aktivně kouří, se také domnívají, že kouření není nebezpečné ve chvíli, kdy jedinec nemá závažné zdravotní problémy, kterým by kouření mohlo přitížit či uškodit. Dle kuřáků není kouření nebezpečné také v okamžicích, kdy je kompenzováno a vyváženo zdravým životním stylem, například fyzickými aktivitami, zdravou stravou atd. [Heikkinena, Patji a Jallinoji 2010].

Nemoci, které vznikají v důsledku rizikového chování jednotlivce (životní styl), se stávají v mnoha případech vlastním zaviněním. To se týká převážně aktivního kouření. Nicméně ne vždy přichází nemoci v důsledku zodpovědnosti a viny člověka sebe samého. Kouření totiž neškodí pouze lidem aktivně kouřícím, ale také osobám kolem nich, kteří dýchají kouř vypuštěný z jejich úst. U dospělých jedinců je dokázáno vyšší riziko nemocí než u samotných kuřáků [Atkins 2014: 15]. Negativní

dopady na lidský organismus způsobuje tedy mimo aktivního kouření také kouření pasivní (*Environmental Tobacco Smoke – ETS*) [Atkins 2014: 15].

První zmínky o škodlivosti pasivního kouření přinesla práce z Hirayamy z Japonska v roce 1981 [Králíková 2010]. Poté Phillip Morris uvedl, že nedobrovolné vdechování cigaretového kouře způsobuje rakovinu plic, onemocnění srdce aj. [Cook, Tong, Glantz et al. 2005].

To, že v tabákovém kouři je obsaženo více než 250 chemických látek, uvádí *Zprávy hlavního lékaře Spojených států* o pasivním kouření. Zmiňují amoniak, arsen nebo chrom, toulen, oxid uhelnatý, kyanovodík atd. Je ale důležité zmínit, že i přes obrovskou škodlivost vdechování tabákového kouře, je jeho účinnost na lidské tělo pro pasivní kuřáky vždy menší než pro kuřáky aktivní [Králíková 2010]. Tento fakt je v rozporu s argumenty Peška a Nečasové [2008: 35]. Ti tvrdí, že pouze čtyřhodinový pobyt na veřejných místech (restaurace, bar, diskotéka aj.), kde je vysoká expozice kouře, jsou téměř totožné s dopady, které obnáší soužití s kuřákem po dobu jednoho měsíce.

Shapiro ve své knize uvádí, že se s pasivním kouřením setkáváme v dnešní době stále častěji [Shapiro 2005: 230]. Část dýmu se k pasivním kuřákům dostává z úst vydechnutého kouře aktivních kuřáků, část uniká ze zapáleného konce cigarety. Kvůli tomu, že tento kouř nemá šanci projít ani plícemi kuřáka, dokonce ani filtrem cigarety, je proto neobyčejně silný. Obsahuje více škodlivých látek než vydechovaný kouř aktivního kuřáka. Cigaretový kouř se absorbuje v plicích a je poté distribuován po celém těle [Rivero, Persson, Romine et al. 2006].

Negativní dopady pasivního kouření uvádí také sociologická studie o celosvětové závažnosti nemocí z nedobrovolného vystavování se expozici tabákového kouře [Öberg, Jaakkola, Woodward et al. 2011]. Výzkum dokazuje, že je celosvětově až 33% mužů nekuřáků a 35% žen

nekuřáček nedobrovolně vystaveno pasivnímu kouření. Je známo, že nejvyšší podíl nekuřáků vystavených *ETS* se pohybuje v Evropě, ve které je více než polovina populace nucena být mezi pasivními kuřáky. Pobyt v zakouřeném prostředí může mít také tragické následky: úmrtí v důsledku srdečních chorob, infekci dýchacích cest, astma, rakovinu plic aj. Kouř z druhé ruky přináší různá zdravotní postižení, nemoci a poté smrt [Öberg, Jaakkola, Woodward et al. 2011].

Pasivní kuřáky nemine onemocnění dýchacích cest a srdce, narušení funkce plic atd. Často dochází i k jejich úmrtnosti v důsledku mrtvice [Britton, Bogdanovica 2013].

Studie zaměřující se na onemocnění způsobené kouřením publikuje, že se vznik nemocí zvyšuje o 50% u aktivních kuřáků a o 20% u pasivních kuřáků, ve srovnání s těmi, kteří nejsou vystaveni tabákovému kouři či vůbec nekouří. Na základě výsledků studie *INTERHEART* provedené v 52 zemích světa, je prokázáno, že kouření je příčinou necelých 40% případů infarktu. Negativní vliv kouření se ukazuje na celém organismu a metabolismu. Je spojeno také se zvyšující se srdeční frekvencí a krevním tlakem [Sochor, Králíková, Cífková et al. 2014].

O srdeční frekvenci a ostatních kardiovaskulárních chorobách přináší informace E. Králíková [2012]. I přesto že uvádí, že se mezi nejčastější nemoci způsobené aktivním i pasivním kouřením řadí rakovina plic, není nejčastější příčinou úmrtí. Mnohem více kuřáků ztrácí své životy právě kvůli kardiovaskulárním chorobám.

2.4 Kouření na pracovišti

Z těch příčin, které přinášejí negativní následky uvedené v předchozí kapitole, je důležité posilovat snahy o zákaz kouření na veřejných

místech. Kouř se totiž nashromažďuje v uzavřeném prostoru a znečišťuje ovzduší [Öberg, Jaakkola, Woodward et al. 2011].

Znečištěnému veřejnému místu a také tedy i pasivnímu kouření jsou vystaveni zaměstnanci/kyně pohybující se v zakouřeném prostoru restauračních zařízení. Pešek a Nečasová uvádí, že pohostinství se řadí mezi místa s nejvyšším výskytem tabákového kouře [Pešek, Nečasová 2008: 34 - 35]. Králíková dodává, že na následky pasivního kouření na pracovišti zemře ročně až 7200 osob. Data jsou v rámci EU a dotýkají se převážně osob pracujících v různých druzích restauračních zařízení [Králíková 2006: 267].

To znamená, že neexistuje žádná bezpečná dávka kouře. Jakékoli množství pro kohokoli může být nebezpečné. Pokud bychom se snažili tabákový kouř v prostředí vyvětrat, potřebovali bychom docílit rychlosti vzduchu kolem 100 km/h, v čemž je prakticky nemožné pobývat. Stejně tak je neúčinné oddělení kuřáckých a nekuřáckých prostorů. Králíková tvrdí, že pouze nekuřácké prostory jsou čisté prostory [Králíková 2010].

Studie z roku 2006 uvádí, že zákaz kouření diskriminuje kuřáky. Na druhou stranu zde existuje pro zaměstnance/kyně, kteří jsou ve svém pracovišti vystaveni tabákovému kouři, o 34 % zvýšené riziko onemocnění rakoviny. Kuřáci by dokonce mohli čelit mnoha obvinění z porušování práv a svobody nekuřáků [Rivero, Persson, Romine et al. 2006].

Převážně mezi populací nekuřáků se odráží kladný postoj k nekuřáckým restauračním zařízením [Sochor, Králíková, Cífková et al. 2014]. Petti ve své studii stanovuje několik metod, které by mohli zabránit kouření a užívání tabáku. Zmiňuje mediální kampaně a zvyšující ceny tabákových výrobků, programy a opatření proti kouření zařazené do školek a škol a také například různá poradenství či zásah ze strany zdravotnictví, tj. lékařů [Petti 2009].

2.5 Právní úpravy týkající se kouření

Až 93% populace na celém světě žije v zemích, které se nesnaží regulovat kouření tak, aby dosáhly prostředí, které bude zcela bez kouře [Öberg, Jaakkola, Woodward et al. 2011]. Omezení kuřáctví ale jistě zachraňuje životy. Z tohoto důvodu je vláda prakticky povinna vydat jasné programy či zákony zajišťující kuřákům vědomí možných důsledků kouření. Dále je také důležité zajistit jistotu ochrany proti pasivnímu kouření těm, kteří nekouří. Tím by mohlo dojít k poklesu kuřáků a dosažení lepšího zdravotního stavu obyvatel.

V předchozí podkapitole „Kouření na pracovišti“ jsem uvedla, že k zachování zdraví při výkonu našeho povolání potřebujeme zdravé prostředí. Následně jsem nastínila zákaz kouření v restauracích a na základě toho v této části uvedu právní úpravy a legislativní ochrany týkající se právě kouření.

Zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami, který nabyl účinnosti 1. ledna 2006, o restauračních zařízeních říká, že „je kouření zakázáno v zařízeních společného stravování provozovaných na základě hostinské činnosti, pokud tato zařízení nemají prostory vyhrazené pro kuřáky (...)“ [Ministerstvo zdravotnictví ČR 2005: 3 / § 3 písm. u]. Tabákovému kouři se vyhneme při návštěvě nekuřácké restaurace, jestliže ale v pohostinství pracujeme, cigaretový kouř nelze obejít.

EU již v roce 1989 zakázala kouření v uzavřených prostorech veřejného nebo soukromého sektoru a také ve všech druzích veřejné dopravy. Dále stanovila za nezbytné vymezit prostor pro nekuřáky/čky a kuřáky/čky. Snaží se preferovat právo nekuřáků/ček před zájmy kuřáků/ček. O několik desítek let později, v roce 2002, „přijala Evropská rada doporučení k zavedení legislativy opatření na ochranu před pasivním

kouřením na pracovišti.“ V roce 2005 přišel další zásah EU týkající se kouření. Jistá kampaň *Help* si kladla cíl snížit počet kuřáků pohybujících se po světě. To udělala dvěma způsoby: upozornila na rizika, která způsobuje pasivní kouření a dále vyzdvihla pozitiva života bez tabáku. O dva roky později přišla snaha týkající se 27 států EU, která si kladla za cíl zakázat kouření na všech pracovištích [Žoha 2008].

První evropskou zemí, která přijala zákon o úplném zákazu kouření v restauračním zařízení, bylo Irsko v roce 2004 [Britton, Bogdanovica 2013]. Stejný rok to bylo také Norsko. Většinu z nás možná napadne, že pohostinský průmysl na této legislativě jen prodělává, opak je ale pravdou. Je dokázáno, že po zavedení tohoto zákona, škodu zaznamenal převážně cigaretový průmysl. Jedinci začali omezovat kouření [Králíková 2010].

Zákaz kouření v restauraci, se tedy zdá jako velice dobré a významné preventivní opatření. Následující zemí, která v roce 2007 zákaz uzákonila, bylo Německo a poté také Francie. Roku 2008 se ve Francii zákaz kouření začal týkat především barů, restaurací, diskoték [Žoha 2008].

Co se týče ČR, zde zákon zakazující kouření na pracovišti, tj. převážně také v restauracích, barech, hospodách atd., stále zaostává. Daný zákon se zde zatím nepovedlo prosadit. Regulace kouření na pracovišti se týká především zaměstnavatelů/ek restauračních zařízení, kteří jsou prakticky povinni zajistit bezpečnost práce svých zaměstnanců/kyň [Žoha 2008].

Výzkum Škodové [2008] ukazuje, že sami lidé, průměrně jak kuřáci/čky, tak nekuřáci/čky by se ale zákazu kouření v restauracích nebránili. Dle Škodové vyčísleno – až 59% dotázaných osob se staví pro zákaz kouření v restauracích a 39% jedinců si přeje zákaz i v barech a kavárnách. Co se týče zákazu kouření na pracovišti, proti kouření

se zde vyjádřilo až 76% respondentů/ek. Pokud k zákazu kouření v ČR dojde, tak kuřáci, dle dotazovaných, budou kouřit na ulici před daným restauračním zařízením, v pohostinstvích se sníží obrát, ale mnozí kuřáci/čky přestanou kouřit.

Do problematiky zákazu kouření v restauracích, barech a jiných typech restauračních zařízení může tedy zasáhnout stát, který má odpovědnost za ochranu jak občanů/ek, tak pracovníků/ic [Rivero, Persson, Romine et al. 2006]. Na druhou stranu jsou zde ale i majitelé/ky daných pohostinství, kteří o zákazu kouření v jejich podniku mohou také rozhodnout, a tím zachránit své zaměstnance/kyně před pohybem v zakouřeném prostředí, před nedobrovolným vdechováním cigaretového kouře.

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky, cíle výzkumu

Cílem této práce je zjistit, jak vnímají dopad pasivního kouření na své zdraví lidé pracující v restauračních zařízeních, servírky a číšníci. Na základě předběžných rozhovorů s lidmi, kteří v restauracích pracují, předpokládám, že mají o dané problematice dobrý přehled. Jsou nedobrovolně vystaveni cigaretovému kouři, a proto mne zajímá, zda si uvědomují následky, která tabákový kouř přináší. Zaměřuji se také na to, jak se s pohybem v zakouřeném prostředí vyrovnávají. Na základě toho se snažím zjistit, jak v tomto kontextu servírky a číšníci pojmají své zdraví a také to, jak je pro ně důležité jejich zaměstnání a ekonomické zajištění. Odpovědi servírek a číšníků porovnávám, převážně z hlediska odlišného postavení (SES), s výpověďmi jejich zaměstnavatelů/ek. Hlavní výzkumná otázka, na kterou tato práce hledá odpověď, zní: *Jak vnímají servírky a číšníci nedobrovolné vystavování se pasivnímu kouření ve svém zaměstnání a jak se s ním vyrovnávají?*

3.2 Metodologie

K práci jsem se rozhodla použít kvalitativní metodologii, z důvodu vhodnějšího uchopení toho, jak lidé pojmají své zdraví. Kvalitativní metodologie zjišťuje, jak jednotlivci a skupiny nahlíží na svět, jak ho chápou, interpretují. Využívá podrobný popis každodenních situací daných participantů. Jedná se o porozumění akcím a významům v sociálním kontextu. Následná analýza vychází z velkého množství informací a malého počtu subjektů. Ve zkratce řečeno, kvalitativní metodologie se zabývá popisem procesů, vztahů, také situací, dále systémů, anebo lidí [Hendl 2008: 51-52].

Při práci vycházím z polostrukturovaných rozhovorů, které jsem si vybrala z toho důvodu, že umožňují informátorům/kám volnější a svobodnější vyjadřování. Tento typ rozhovorů má předem daný soubor témat a volně přiřazených otázek. Jejich pořadí může být pozměněno, popř. může být něco vynecháno a přidáno. Při použití polostrukturovaných rozhovorů je důležité vytvořit návod k rozhovoru, vést ho, zaznamenávat si data a následně je vyhodnotit [Wildemuth, Zhang 2009].

Rozhovory jsem prováděla s deseti zaměstnanci/kyněmi restauračních zařízení. Používala jsem dále také polostrukturované rozhovory jejich deseti zaměstnavatelů/ek. Forma rozhovorů obsahovala sadu předem připravených otázek rozdělených do několika okruhů. Na základě odpovědí všech komunikačních partnerů/ek, jsem všem pokládala další navazující otázky. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a zaznamenávala na předem připravené materiály. Výpovědi informátorů/ek jsem dále kódovala v programu *Maxqda 11* a následně analyzovala.

3.3 Výběr participantů/ek, lokalita

Pro realizaci výzkumu se mým výzkumným vzorkem stalo deset servírek a číšníků starších 18 let. Hraniční věk 18 ti let jsem si zvolila z důvodu legálnosti aktivního kouření. Na základě shromážděných dat zaměstnanců/kyň, jsem dále hovořila také s jejich zaměstnavateli/kami, kteří díky odlišnému SES mohou rozhodnout o ne/kuřácké restauraci. Vzorkem se stalo opět deset zaměstnavatelů/ek. Vždy se mi podařilo spárovat obě skupiny (zaměstnance/kyně i zaměstnavatele/ky) jednoho pohostinství.

Rozhovorů se účastnili muži i ženy s jakýmkoli kuřáckým návykem. Předpokládám, že to, zda lidé aktivně kouří, rozhoduje i v jejich odlišném vnímání pasivního kouření. Při hledání vzorku osob jsem nemusela vynaložit příliš velké úsilí. Sama se již sedm let pohybuji v oblasti gastronomie, tudíž pro mne z hlediska známých lidí, nebylo těžké sehnat vhodné informátory/ky. Shledávala jsem zde tedy snadný přístup ke všem participantům/kám, které jsem vybírala dle toho, v jakém druhu pohostinství pracují. S většinou z nich jsem si během rozhovoru tykala.

Obsazení mužů a žen se lišilo z hlediska jejich postavení. Na pozici zaměstnanců/kyň jsem nacházela více žen servírek (sedm osob), než mužů číšníků (tři osoby). Na pozici vedoucích tomu bylo naopak. V roli zaměstnavatelů jsem nacházela větší obsazení (osm osob), než v roli zaměstnavatelek (dvě osoby). Velikost vzorku deseti zaměstnanců/kyň a deseti zaměstnavatelů/ek jsem zvolila dle svého vlastního uvážení. Řídila jsem se ovšem zásadami kvalitativního výzkumu, který je typický malým vzorkem [Hendl 2008: 51-52].

Výzkum jsem prováděla v kuřáckých restauračních zařízeních v jihočeském městě – převážně v restauracích, barech a hostincích. Nezaměřovala jsem se na kavárny a cukrárny, z důvodu ne příliš vysoké expozice tabákového kouře v prostředí.

3.4 Etická stránka výzkumu, omezení výzkumu

Před tím, než jsem rozhovory začala provádět, seznámila jsem všechny participanty/ky s tématem mého výzkumu, s jeho cílem a také s tím, jak bude nakládáno s daty. Dále jsem všechny informátory/ky požádala o ústní informovaný souhlas. Důležité bylo také zaručit všem anonymitu.

Při vedení rozhovorů jsem se setkala s několika obtížemi. Někteří participanti/ky byli v odpovídání velice struční, z důvodu nesmělosti a plachosti z provádění výzkumu. I přes snahu komunikační partnery/ky rozprávět, se mi to někdy ne zcela nepodařilo.

Během rozhovorů jsem se setkala s rušivými elementy (neposedný pes, přerušení z důvodu nečekaného odjezdu pro dceru do školky). To nebylo příjemné mně samotné, ani mým informátorům/kám, kteří reagovali rozrušeně. Na konci vedeného rozhovoru přicházela z jejich strany omluva.

Jako příjemnější sledávám vztahy s některými komunikačními partnery/kami. Většinu zaměstnanců/kyň znám osobně. Nedomnívám se ale, že právě tyto blízké vztahy ovlivnily odpovědi participantů/ek, právě naopak, jsem toho názoru, že naše známost umožnila většině mým informátorům/kám hlubší vyjadřování.

Příjemné bylo vždy i prostředí, kde se rozhovor odehrával. Výběr místa jsem nechala na participantech/kách. To bylo důležité zejména proto, aby se při vykonávání rozhovorů cítili uvolněně. Ve většině případů probíhalo dotazování v místě jejich pracoviště, ve dvou případech doma.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Základní analýza – tematická analýza

V analytické části své práce se zaměřuji na pohledy a postoje zaměstnanců/kyň k pasivnímu kouření, které porovnávám s názory zaměstnavatelů/ek. Při zpracování dat jsem se rozhodla využít metody tematické analýzy.

Tematická analýza je nejčastější formou analýzy kvalitativního výzkumu. Je spojována s konkrétní výzkumnou otázkou. Výzkumník během této analýzy vytváří kódy (slova nebo fráze) sloužící jako označení pro daná data [Boyatzis 1998: 4] Tematická analýza je pro mne vhodná zejména pro sledování toho, jak se různí aktéři/rky dívají na kouření na pracovišti, jaká je jejich zkušenost, co by chtěli změnit atd.

Při analýze nahlížím na danou problematiku pomocí Cockerhamových pojmů *agency* a *structure*. *Agency* slouží převážně k pohledu na aktivní kuřáky. Dle Cockerhama totiž vysvětluje schopnost jednotlivců chovat se v konkrétních situacích dle svého uvážení bez ohledu na společnost. Tím je jim ale předurčena budoucnost, díky jejich individuálně vybranému chování [Cockerham 2005]. To v mém případě znamená onemocnění, které jim kouření přináší. *Structure* vysvětluje dle Cockerhama vliv strukturálních podmínek na dispozice jedince a jeho chování dle společností ustavených norem, hodnot a povinností. Jsou to jakési sady či schémata, která omezují jednání sociální bytosti pomocí pravidel, postupů, které ve společenském životě individuum musí přijmout [Cockerham 2005]. V případě této práce se normami a hodnotami rozumí pravidla daného restauračního zařízení, ve kterém je, díky majiteli, povoleno kouření. Zaměstnanci/kyně tyto normy musí přijmout a podřídit se jim.

Na danou problematiku se také snažím pohlížet optikou Stainton-Rogerse, který stanovuje osm pojetí zdraví: tělo jako stroj, tělo v obležení, nerovnost v přístupu, kulturní kritika medicíny, podpora zdraví, silný individualismus, boží moc a síla vůle [1991 in Nettleton 2006: 41]. Tyto koncepty jsou pro mne důležité převážně pro zjištění toho, jak komunikační partneři pojmají své zdraví.

4.1.1 (Zdravý) životní styl

Životní styl má buď pozitivní vliv na zdraví (zdravá strava, sport aj.), či může přinášet určitá rizika (kouření, alkohol aj.). Dle Kapra a Petruska [1994: 30] zahrnuje životní styl společenské, ekonomické, kulturní a psychologické podmínky. Informátoři/rky popisují svůj životní styl následovně.

„No tak moje žena dbá na to, abychom jedli celozrnné pečivo, dostatek mléčných výrobků. Svůj zdravý životní styl ale nabourávám prací tady v kavárně, kterou vlastním. To jsou samý dortíčky (smích).. Takže na druhou stranu se nebráním nezdravému jídlu no (smích). Ale zase já jakožto bývalý závodní sportovec se snažím si trochu sportu ponechat. Takže tak 2-3x týdně sportuji. Podle toho jak je čas, když tady třeba nejsem nebo tak... No a ještě jednou za čas, jednou za 14 dní, když jdeme někam posedět, tak tam se pije alkohol no. Jenom tak příležitostně.“ [zaměstnavatel Dan (39), kuřák].

Kubátová popisuje životní styl jako způsob, kterým žije každý člen společnosti, přičemž příkladem zmiňuje styl oblékání, bydlení, druh zaměstnání, hudby o který se každý jedinec zajímá [Kubátová 2010: 12]. Zaměstnání či povolání je tedy dle Kubátové jednou z hlavních složek životního stylu jedince.

Z mého výzkumu vyplynulo, že volba povolání na pozici servírek a číšníků se týkala několika důvodů. Na dané místo se komunikační partneři/ky dostávali pro vyučení v oboru, ze známosti lidí na místě již pracujících, či jen proto, že je práce baví. Na tuto pozici ale někdy nepotřebujeme dané studium, hlavním důvodem může být jen brigáda a poté se zde udržíme několik let, až se tato práce stane naším zaměstnáním. Jedním z hlavních důvodů výběru dané pozice většiny dotazovaných je tedy brigáda a také vidina ekonomického zajištění.

„(...) Chtěla jsem peníze a většina mých kamarádek na takový pozici pracovala, tak jsem to šla taky teda zkusit a zůstala u toho dodneška. Důležitý pro mě teda bylo ekonomické zajištění. (...) Sice to nemám ani vystudovaný, ani jsem neměla praxi, když jsem sem šla, ale jsem tady (smích).“ [zaměstnankyně Tereza (25), kuřačka, hlavní pracovní poměr].

V návaznosti na Terezinu výpověď týkající se „vlivu“ kamarádek, bychom životní styl mohli pojímat dle Cockerhamovy *structure*. *Structure* totiž vysvětluje sílu a moc strukturálních podmínek na dispozice jedince a jeho chování [Cockerham 2005].

Během výzkumu se ukázalo, že ekonomické zajištění je v dnešní době jedním z nejdůležitějších věcí v životě většiny lidí. To se potvrzuje i ve výpovědích na otázku, týkající se vztahu ekonomického zajištění a zdraví. Komunikační partneři/rky dokonce častěji upřednostňují peníze před zdravím. To převážně z toho důvodu, že nepocítují velké zdravotní komplikace, a také proto, že jsou peníze pro život nepostradatelné. Tyto odpovědi se lišily v souvislosti kuřáckého návyku daných informátorů/ek.

„No je to smutné, ale důležité je pro mě ekonomické zajištění. V tuhle chvíli asi více než zdraví. Nemám totiž žádné velké zdravotní komplikace, tak to nějak neřeším. Ale myslím si, že kdyby to byla moje práce

jako zaměstnání, a kdybych ty peníze potřebovala, tak bych taky asi neodešla. Ono to je určitě i tím, že já sama jsem kuřačka. Kdybych nekouřila, tak bych asi hledala něco jiného, to bych vnímala možná jinak, nevím (...)“ [zaměstnankyně Pavlína (23), kuřačka, brigádnice].

Pavlína je typickou představitelkou prekariátu. Tento pojem popisuje J. Keller ve své knize pomocí Wacquantovy teorie, jako negativně vymezený celek, postižení například sociální deprivací, materiální nouzí atd. [Wacquant 2007: 255 in Keller 2010: 90]. Keller svým termínem *deklasování*, odkazuje ke společenskému procesu, který vystrnadňuje skupiny lidí z jejich místa ve společnosti, vylučuje z trhu práce. Tyto situace jsou různé, nevytváří se žádné třídní vědomí, stávají se často předmětem stigmatizace atd. [Keller 2010: 89 – 90].

V dnešní době se pojmem prekariát rozumí specifické třídy osob, které vykonávají práci a pobírají za ni mzdu, ovšem za stále se zhoršujících podmínek. Životní situace prekariátu 21. století je charakterizována omezením práv ve vztahu k zaměstnavateli/ce, klesajícími mzdami, velkou nejistotou na trhu práce, nutností akceptovat více pracovních úvazků apod. Jinak řečeno, prekariát lze vysvětlit pomocí jedince, který žije v nejistotě ohledně svého zaměstnání, příjmů, bydlení atd. Klíčová je ztráta identity, frustrace, odcizení aj. [Petráčková, Kraus 2002: 259].

4.1.2 Zdravotní komplikace způsobené kouřením

Výše uvedená výpověď Pavlíniny jasně ukazuje, že upřednostňuje ekonomické zajištění před zdravím a to převážně proto, že nemá značné a viditelné zdravotní komplikace, které její zaměstnání může přinášet. I přesto, že je kuřačka, její nízký věk a brigáda jsou zřejmě důkazem

jejího ničím narušeného zdraví. Sama Pavlína ale ví, že aktivní i pasivní kouření způsobuje mnoho onemocnění (srdeční onemocnění, rakovina aj). Jak uvádí sociologická studie z roku 2006, následky kouření se ovšem ale netýkají jen zdravotních problémů a potíží, ale také finančních následků, které mají dopad převážně na kuřáky [Rivero, Persson, Romine et al. 2006]. Dle Atkinse [2014: 13-15] vydá kuřák s průměrem 10 cigaret za jeden den v České republice až 13 140 Kč/rok. O těchto problémech pojednává následující výpověď komunikační partnerky Heleny.

„Dnes každý člověk a dokonce i dítě ví, že kouření je škodlivé, způsobuje rakovinu a spoustu dalších onemocnění, takže to je určitě negativní názor. Stát od kuřáků ale vybírá na nepřímých daních více, než od ostatních lidí. Pro stát jsou kuřáci tedy velmi výhodní, to vzhledem ke státu shledávám jako pozitivum.“ [zaměstnankyně Helena (48), nekuřačka, hlavní pracovní poměr].

Kouření ale neškodí pouze lidem aktivně kouřícím, ale také osobám kolem nich. Kvůli tomu, že tento kouř vypuštěný z jejich úst neprochází filtrem cigarety, je proto neobyčejně silný. O negativních dopadech na lidský organismus, který způsobuje také pasivní kouření, mnohdy lidé ale neví. Tento pojem zkrátka neznají.

„Pasivní kouření? No to je jakože vůbec nekouříš. Neměla bys teda ani chodit do těch prostorů kde se kouří, ale tomu se dneska teda jako nezabrání no.“ [zaměstnankyně Jitka (21), nekuřačka, hlavní pracovní poměr].

Z výše uvedené výpovědi je patrné, že lidé, kteří se v expozici tabákového kouře pohybují prakticky nejčastěji, pasivní kouření popsat nedokáží, anebo jeho dopady banalizují. Opačně tomu je u jejich majitelů/ek.

„No ano, to jsem zaznamenal. Je to vdechování kouře, když jsme mezi ostatníma kuřákama. Když jako stojím vedle někoho, kdo kouří zrovna. Prostě na mě působí kouř od ostatních. Je to tak?“ [zaměstnavatel Marek (33), kuřák].

ETS způsobuje rakovinu plic, onemocnění srdce aj. [Cook, Tong, Glantz, Bero 2005]. S neznalostí pasivního kouření jsem se během dotazování setkala vícekrát u zaměstnanců/kyň (ve čtyřech případech) než u zaměstnavatelů/ek - pouze v jednom případě informátor z řad zaměstnavatelů nedokázal objasnit, co je to pasivní kouření. I přesto, že převážně negativní dopady na lidské tělo zaměstnavatelé/ky znají velice dobře, neřeší ho a ve srovnání uváděli následně jiné smrtelné faktory, např. autonehody. Často také odkazovali na jiné kuřácké restaurační zařízení a vysvětlovali, že vznikem jejich jediné nekuřácké restaurace se problémem pasivního kouření v jejich podniku nevyřeší. Informátoři/ky z řad zaměstnanců/kyň znali pasivní kouření nezávisle na věku či pohlaví. Jeho škodlivost a dopady na zdraví popisovali pálením očí, kašlem, také bolestí hlavy, častou únavou, ale i horším dýcháním. Dopad pasivního kouření na tělo ukazuje i špatná pleť.

„ (...) a to zaznamenávají i moje kolegyně, že prostě třeba i pleť že máme horší, docela často mam i vyrážky. Nějaký větší a závažnější problémy nemám, ale takovýhle menší, to dost. Je to hrozně znát ten kouř. Taky oči určitě, oči mě často pálí a hůř se mi dýchá v takovém prostředí (...).“ [zaměstnankyně Pavlína (23), kuřačka, brigádnice].

Kouření způsobuje řadu zdravotních a finančních rizik. Aktivní kuřák/čka se ale také často potýká s následky týkající se je(jí)ho vzhledu. Příkladem se mohou stát zažloutlé zuby, jazyk, anebo žluté nehty, či celé prsty. Dle informátorky Pavlíny jsou to vady týkající se pleti. I ke vzhledu tedy kouření přispívá velice negativně.

V odpovědích na znalost pasivního kouření a jeho dopadů na tělo mých komunikačních partnerů/ek sehrávala důležitou roli míra zdravotních problémů – téměř každý z participantů/ek dokázal/a uvést dopad pasivního kouření na jeho/její zdraví, nejevil se ale tak silně, aby se stal popudem např. pro změnu zaměstnání.

4.1.3 Zaměstnání v restauračním zařízení

Servírky a číšníci čelí dopadům pasivního kouření vždy při pohybu v zakouřeném prostoru, v jejich zaměstnání. O zakouřeném prostředí hovoří informátorka Jitka.

„Vadí mi to prostředí. Když je u nás nějaká akce, tak se tam ten kouř drží o dost víc. Tak to není moc příjemný no. Dýcháme ten kouř několik hodin denně.“ [zaměstnankyně Jitka (21), nekuřačka, hlavní pracovní poměr].

Někteří komunikační partneři/ky věří, že jim při pravidelném sportování, vysoké konzumaci zeleniny ovoce, pití vody či ostatním specifickým znakům zdravého životního stylu, kouření (aktivní i pasivní) neuškodí. Opak je ale pravdou. Stejně tak je škodlivé také pasivní kouření.

Jak jsem se během výzkumu dozvěděla, při pohybu v zakouřeném prostředí je dopad pasivního kouření na jejich zdraví nemine. Data týkající se kouření na pracovišti ukazují následující:

„No na to mám názor takový, že všude by měly být pevně oddělené prostory, jak pro kuřáky, tak pro nekuřáky. Je ale zajímavý, že mě kouření v restauraci jako nevadí. Teda jako když jsem v pozici servírky, tak mi to k tomu tak patří. Když si jdu ale někam sednout, do restaurace

a tam je zakouřeno tak to nesnáším.“ [zaměstnankyně Hanka (45), příležitostná kuřačka, hlavní pracovní poměr].

I přesto, že si pohyb v zakouřeném prostředí Hanka v podstatě neuvědomuje a nevadí jí, její kolegové/yně se k dané problematice staví negativně. To převážně z důvodu zápachu, anebo proto, že kouření k jídlu nepatří. Názory zaměstnavatelů/ek se od postojů jejich zaměstnanců/kyň na kouření v restauraci liší, i když ne tak zásadně. I přesto, že uvádějí, že kouření škodí zdraví, zapáchá, mezi informátory/kami zaměstnavateli/kami se šíří i pozitivnější názory na kouření – např. snazší zvládnání stresových situací. Kouření je dle nich subjektivní, každý je svobodný a má právo si se svým životem naložit jak chce.

Tento fakt bychom mohli popsat pomocí tzv. konzumerismu. Jeho základem je jakési cílené vybírání. Podmínkou je vytvoření prostředí, které nese prvky trhu. Důležité je získání maximálního počtu zákazníků a konkurence. Pro systém pohostinství je důležitý zákazník jako aktivní aktér, který si volí mezi službami nabízející jednotlivé restaurační zařízení [Hrešanová, Hasmanová Marhánková 2008]. Příkladem mohu uvést rozhodnutí o tom, zda bude aktér kouřit, či nebude. Jedinci na základě toho zvažují klady i zápory, následně se rozhodují a volí [Tamtéž]. Zde přichází volba na základě svobody, práva naložit si se svým životem jak jedinec uzná za vhodné, a tím se tedy rozhodne pro aktivní kouření. v opačném případě osoba kouřit vůbec nezačne nebo s kouřením skončuje.

„Jediný co mi na tom vadí je, že jsou kuřáci bezohlední vůči nekuřákům. To je to, co mi na tom vadí. Říká se, že vdechovaný kouř má víc škodlivin než samotné potáhnutí z cigarety....“ [zaměstnavatel Stanislav (51), příležitostní kuřák].

I přesto, že Stanislav vlastní kuřácký bar, vidí paradoxně chybu v bezohlednosti kuřáků/ček vůči nekuřákům/čkám. Rozdíl ale přichází v okamžiku, kdy se jedná o jeho zaměstnance/kyně. Názory na aktivní kouření se najednou rozcházejí. Zaměstnavatelé/ky ale tvrdí, že kouření nepřispívá jejich zdraví. Důležité se v tuhle chvíli stává také pohlaví zaměstnanců/kyň. Více než polovina zaměstnavatelů/ek neshledává kouření u zaměstnavatelek pozitivním, z toho důvodu, že se kouření nehodí k jejich image. Ženě, jako něžnému pohlaví, nepatří do ruky cigareta převážně z důvodu mateřství, otěhotnění, ale také kvůli ostatním negativním dopadům (vnějším i vnitřním) na jejich tělo.

Dle Stanislavovy výpovědi lze diskutovat tzv. mýtus krásy autorky Naomi Wolf. Wolf uvádí, že každá žena by měla chtít ztělesňovat krásu a vlastnit ji, protože jedině tak si získá muže. Muži touží pouze po ženách, které danou krásu vlastní. Tzv. mýtus krásy spočívá v jakémsi vytvoření fyzického standardu ženskosti daného společností tento standard je společný pro všechny ženy, je ale jen těžko a obtížně dosažitelný. Naomi Wolf ve své knize uvádí, že nám mýtus krásy sděluje to, že: *„krása objektivně a univerzálně existuje. Je to stav nevyhnutný a přirozený, protože je daný biologii, sexualitou a evolucí.“* [Wolf 2000: 12 - 15]. Možná právě tato fakta ovlivňují Stanislavovy postoje v pohlížení na zaměstnankyně kuřačky.

Komunikačním partnerům/kám záleží také na situaci, ve které jejich zaměstnanci/kyně v podniku kouří. Jak uvádí Králíková [Králíková 2006: 267], aktivní kuřáci/čky zameškají průměrně až o 50% více pracovních dní, než lidé, kteří nekouří.

„No tak ono záleží na situaci. Když mají hotovou práci, mají všechno splněno, nemají na place lidi, tak ať si zakouří jdou. Kouření je jejich věc, jejich image, jejich peníze, který za to vydávají. Nemůžu jim říkat,

aby nekouřili, nelze je poučovat, ale jak říkám, ať si kouří, když na to mají čas.“ [zaměstnavatel Martin (31), nekuřák].

4.1.4 Preventivní opatření proti kouření v restauracích

Vzhledem k tomu, že některým zaměstnavatelům/kám vadí bezohlednost kuřáků/ček vůči nekuřákům/čkám, jsou to právě oni, kteří z hlediska svého postavení mohou rozhodnout o podniku, který bude kuřácký nebo nekuřácký. Pouze dva z nich rádi uspokojí obě skupiny svých zákazníků/ic, tudíž jim připravili oddělené prostory. O oddělení kuřáckých a nekuřáckých prostorů, o kterém hovoří ve výše uvedené výpovědi také Hanka, která příležitostně kouří. Dle ní to ale není tak účinné opatření pro zdraví nekuřáků, jak by se na první pohled zdálo. Za čisté a zdravé přínosné prostory můžeme považovat pouze nekuřácké, které ale, jak tvrdí Smejkal a Bachrachová [2007], v pohostinstvích vidáme zřídka.

Většina zaměstnavatelů/ek kouří, tudíž se nerozmýšleli, jaké restaurační zařízení založit. Převážná většina komunikačních partnerů/ek se hlásí ke kuřáckému typu restauračních zařízení, převážně z důvodu uspokojení větší populace lidí – kuřáků/ček. Studie Škodové [2008] ale ukazují, že se v České republice pohybuje pouze 29% kuřáků, což není ani polovina obyvatel ČR.

„Myslím si, že když to ty lidi nebudou mít, když nebudou mít to, co chtějí, tak prostě přestanou chodit. Takže pro mě to byla takováhle volba - všechno je to o tržbě. Takže jestli tam chcete dostat lidi, tak to tak musí být. Vždyť kolik je na světě kuřáků a kuřaček?(...)“ [zaměstnavatel Roman (48), kuřák].

Z výše uvedené výpovědi vyplývá, že se zaměstnavatelé/ky obávají o vysoké tržby, na které jsou možná doposud zvyklí. Zdá se, že na prvním

místě je dle zaměstnavatelů/ek uspokojení hostů - většiny kuřácké populace. O stížnostech nekuřáků/ček mnohdy daní komunikační partneři/ky ani neví. V jejich podniku totiž netráví příliš času – prakticky se tam nezdržují vůbec. Není se čemu divit, možná i proto jim samotným nevadí, že se v jejich restauračním zařízení kouří. Jaké jsou ale na tento typ pohostinství ohlasy ze strany lidí, kteří tráví v restauraci nejvíce času – ohlasy servírek a číšníků?

„Nereagují. Někteří jsou taky kuřáci, takže to berou, žádné protesty nejsou. Nikdy si nikdo nestěžoval. Nikdy za mnou nikdo nepřišel, že jim to vadí. A já se po tom taky nějak nepídil.“ [zaměstnavatel Roman (48), kuřák]

Dle výše uvedené výpovědi je jasné, že si zatím nikdo z řad zaměstnanců/kyň na kuřácký druh restauračního zařízení nestěžoval. Přestože dopad tabákového kouře nějakým způsobem zaznamenávají, mohou se snažit zapůsobit na jejich zaměstnavatele/ky tím, že jim navrhnou změnu z kuřáckých prostor na nekuřácké.

Z výzkumu vyplývá, že se o změnu z kuřáckých prostor na nekuřácké zatím nikdo z řad zaměstnanců/kyň nepokusil/a. To převážně z toho důvodu, že se domnívají, že by je jejich zaměstnavatel/ka neposlouchal/a, anebo nejsou na takové pozici, že by mohli do takovéto věci zasáhnout. Domnívají se tak nejspíše z hlediska jejich socioekonomického statusu, který jim ukazuje podřízenost ve vztahu k jejich zaměstnavatelům/kám. Na druhou stranu jsou to ale právě ty osoby, které se v zakouřeném prostředí pohybují téměř denně a jsou tak vystaveni vysoké expozici tabákového kouře, jsou vystaveni pasivnímu kouření. Právě z tohoto důvodu, by se mohli snažit o změnu kuřáckého druhu pohostinství v nekuřácké. Informátoři/rky, kteří by se o změnu pokusili, by zasáhli následovně:

„No pokud by se mi zhoršil zdravotní stav, tak bych mu určitě přinesl zdravotní zprávu. Řekl bych mu, že by to měl třeba omezit, nebo že by to třeba bylo nekuřácký a potom večer třeba kuřácký, nebo takhle nějakým způsobem. Nebo bych řekl, že s tím mají problém lidi třeba. Ono to hodně záleží na lidech. Ani si nemyslím, že to záleží na něm, na zaměstnavateli. Je to všechno o lidech a tady podle mě platí „náš zákazník, náš pán.“ [zaměstnanec Lukáš (22), nekuřák, brigádník]

I v tomto ohledu bychom na Lukášovu výpověď mohli pohlížet optikou již zmíněného konzumerismu.

Žádný z informátorů nemá přímou zkušenost se stížnostmi na pohyb v zakouřeném prostředí (domnívají se, že jejich pozice v zaměstnání jim to neumožňuje), při dané možnosti by stížnosti přicházely z několika důvodů - odkaz na špatné odsávání, nefunkční klimatizaci, zdravotní důvody, anebo by uvedli stížnost odkazující se na hosty, kteří v zakouřeném prostředí pobývají. Ne vždy jsou totiž i hosté spokojeni s kuřáckými prostory. Participanti/ky uvádějí, že právě z důvodu tabákového kouře v prostředí, hosté často odcházejí pryč, protože mají s sebou malé děti, stěžují si na kouření v době obědů, či jim vadí vysoká expozice cigaretového kouře celý den.

Zaměstnanci/kyně rozhodnutí o nekuřácké restauraci nevidí příliš pozitivně. Obávají se malé návštěvnosti. Dále mají strach z toho, že hosté toto rozhodnutí budou porušovat.

„Já si myslím, že to nikam nevede. Na zastávkách je to taky zakázaný a lidi tam furt kouří. Anebo by sem chodilo míň lidí. Někdo sem jde na kafe a počítá i s tím, že si u toho dá cigaretu. Zním většinu lidí, kteří sem jdou právě jenom kvůli tomu. I klidně sami sem přijdou na rychlý kafe a cigáro. To by zaměstnavatel musel nějak lákat lidi – dělat akce a tak. Na druhou stranu bych to ale určitě přivítala pracovat v nekuřácký

restauraci.“ [zaměstnankyně Kristýna (32), kuřačka, hlavní pracovní poměr]

Komunikační partneři/ky jsou zvyklí pracovat v (někdy vysoké) expozici tabákového kouře a tudíž nevidí důvod, proč to měnit. Často se také ohlíží na své hosty – zařízení nekuřácké restaurace se jim jeví jako diskriminace kuřáků.

Neexistuje země, která by kouření tabáku přímo zakazovala. Některé státy ale přijaly změnu legislativy a umožnily nekuřákům příjemnější prostředí. Většinu z nás možná napadne, že pohostinský průmysl na této legislativě jen prodělává, níže uvedená výpověď Marka ale naznačuje něco jiného.

„No já jsem žil přes osm let ve Skotsku. Tam jsem byl i v dobu, kdy se měnila legislativa a byl jsem velice překvapen, jak lidé reagovali na zákaz kouření – nikdo s tím neměl skoro žádný problém. Jsem pro zákaz kouření, ale jsme v ČR (smích). A to asi nepotřebuje vysvětlení (smích). Na druhou stranu si myslím, že se to projeví na návštěvnosti všech zařízení.“ [zaměstnavatel Marek (33), kuřák]

Zákaz kouření v restauracích, se dle výpovědi Marka ukazuje jako velice významné preventivní opatření. Na druhou stranu se on sám obává návštěvnosti jeho podniku, zřejmě z důvodu tolika kuřáků/ček, kteří zaujímají velkou část populace, proto se zřejmě staví proti danému zákonu. Někteří by ho ale přivítali a byli by ochotni změnit jejich typ restaurace na nekuřáckou.

„Já asi nemám problém to změnit. Když mi to přikáže zákon a změna legislativy, tak s tím nemám problém, to bych to musel změnit. Takže to bych byl ochoten. Anebo jedině kdyby mi sem přestali chodit lidi. Jinak ale ne.“ [zaměstnavatel Tomáš (28), příležitostní kuřák]

Participant Tomáš by se o změnu pokusil pouze za předpokladu, že by klesla poptávka v jeho podniku. Další komunikační partneři/rky z řad zaměstnavatelů/ek by byli ochotni provést změnu za předpokladu finanční motivace státu nebo změny zákonů. Hosté by ve většině museli být nekuřáci/čky, či by zaměstnavatelé/ky změnu povolili v případě stížností hostů a zaměstnanců/kyň. Jednoduše řečeno, změna je dle výpovědí možná pouze za případu, když klesne návštěvnost hostů, přijdou stížnosti, či zapůsobí zákon.

5 ZÁVĚR A ZJIŠTĚNÍ

Kouření se dnes objevuje prakticky ve všech kulturách na světě. Tato problematika se týká každého z nás, ať už aktivně, či pasivně. Závislost a následky kouření potkávají mnoho lidí ve světě. Jeho negativní dopady (ekonomické, zdravotní) jsou někdy vážné. I přesto, že se *WHO* a *UICC* snaží kouření nějakým způsobem regulovat, výzkumy ukazují, že se po Zemi pohybuje (ve srovnání s minulostí) stále více kuřáků.

Pasivní kouření a převážně jeho dopady na lidské zdraví jsou prakticky nepřehlédnutelné. Je totiž dokázáno, že neexistuje žádná dávka kouře, která by byla zdraví bezpečná. Dopady *ETS* se objevují v menší míře (astma, zápal plic, neplodnost aj.). Mohou mít však i tragické následky (mrtvice, různé druhy rakoviny atd.)

Tzv. Kouř z druhé ruky potkává převážně zaměstnance/kyně restauračních zařízení, kteří jsou cigaretovému kouři vystaveni nedobrovolně téměř denně. Pasivnímu kouření se dnes prakticky nevyhnou. Jediné možné řešení přináší změna legislativy. Ani ta se ale neukazuje jako dostatečně vlivná.

Práce se zaměřovala převážně na dvě odlišné sociální skupiny: zaměstnance/kyně restauračních zařízení a jejich zaměstnavatele/ky. Na základě toho, že se restaurační zařízení řadí mezi místa s nejvyšší expozicí tabákového kouře, bylo cílem této práce zjistit, jak vnímají dopad pasivního kouření na své zdraví servírky a číšníci. Právě oni se totiž pohybují v prostředí, které se vyznačuje vysokou přítomností cigaretového kouře. Na základě toho jsem si kladla otázku, zda si právě oni uvědomují následky a rizika, která tabákový kouř přináší. Rizika aktivního, ale i pasivního kouření jsou nepřehlédnutelná, tudíž mne také zajímalo, jak se s neustálým pohybem v zakouřeném prostředí komunikační partneři/rky vyrovnávají.

Do dané problematiky vstupují také zákony a legislativa. Na základě toho jsem si všimla, jak se zaměstnanci/kyně a zaměstnavatelé/ky staví k zákazu kouření na pracovišti. Důležité pro mne bylo také to, jak servírky a číšníci pojmají své zdraví. Snažila jsem se také vyvodit, zda upřednostňují ekonomické zajištění před zdravím.

V teoretické části práce jsem se zabývala především zdravím a nemocí. Upozorňovala jsem na rizika kouření (aktivního a pasivního). Dále jsem se zabývala životním stylem, sociálními třídami a socioekonomickým statusem. V poslední řadě jsem se teoreticky snažila vymezit kouření na pracovišti a legislativní předpisy. Druhá část práce se týkala metodologie kvalitativního výzkumu, tj. výzkumných otázek, cílů výzkumu, výběru participantů/ek, etické stránce výzkumu. Poslední empirická část byla věnována samotné analýze (tematické analýze) polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkum ukázal, že znalost pasivního kouření se mezi zaměstnanci/kyněmi objevuje pouze zřídka. I přesto, že v zakouřeném prostředí pracují téměř každý den, tento pojem zkrátka neznají. O danou problematiku se nezajímají či jsou zcela na omylu při snaze tento pojem vysvětlit. Z pohledu zaměstnavatelů/ek je daný fenomén podstatně známější.

Přes neznalost pasivního kouření u skupiny zaměstnanců/kyň, se i přesto objevují dopady tohoto kouření na jejich zdraví. Ne ovšem v tak velké míře, jak je uvedeno v teoretické části. Dopad *ETS* na zdraví si zaměstnanci/kyně restauračních zařízení uvědomují. Komunikační partneři nepopisují výrazné zdravotní dopady na své tělo, uvádějí však nespočet následků: pálení očí, kašel, vrásky, bolest hlavy, špatná pleť, únava atd. To, že jsou vystaveni rizikům pasivního kouření, je zcela viditelné.

Pasivní kouření představuje pro servírky a číšníky ve svém zaměstnání doposud neřešenou problematiku. ETS se stává problémem ve chvíli, kdy jsou komunikační partneři/ky v roli hostů.

Při zjišťování toho, jak informátoři/rky pojmají své zdraví, by se dalo použít jedno z Stainton-Rogersovo konceptu zdraví. Zdraví se totiž nejeví participantům/kám jako důležitý faktor. Tento fakt lze tedy pojmát jako tzv. „podporu zdraví“ týkající se životního stylu jedince, se kterým si v mnoha případech informátoři/ky nakládají jak chtějí.

Zdraví tedy nepředstavuje v životě participantů/ek tak důležitou roli. Ve srovnání s ekonomickým zajištěním lze na tato fakta pohlížet Cocerhamovým pojetím struktury a aktérství. *Structure* vysvětlující sady, schémata, která omezují jednání sociální bytosti pomocí pravidel, které ve společenském životě individuum musí přijmout, lze pojmát jako ekonomické zajištění. Jednoduše řečeno, pokud jedinec nutně potřebuje být ekonomicky zajištěn, musí se vyrovnat s nedobrovolnou expozicí cigaretového kouře. Ekonomické zajištění se ukazuje jako jedna z nejdůležitějších věcí v životě všech lidí.

Oproti tomu lze pomocí agency nahlížet na důležitost zdraví. Jednoduše řečeno, chovat se dle svého uvážení bez ohledu na společnost. To lze vysvětlit jako upřednostňování zdraví, aniž by jedinec byl nucen, nedobrovolně se vystavovat pasivnímu kouření.

Během výzkumu se ukázalo, že daní participant/ky upřednostňují ekonomické zajištění před zdravím a tudíž nehodlají v nejbližší době jejich zaměstnání opustit.

Majitelé jakýchkoli pohostinství jsou povinni zajistit bezpečnost práce svých zaměstnanců/kyň, která se týká i kouření. Ne každý toto nařízení však dodržuje. Jak se během této práce ukázalo, zaměstnavatelé/ky,

ale i zaměstnanci/kyně nevidí změnu v nekuřácké pohostinství zcela pozitivně. To převážně z důvodu obav o ztrátu vysokých tržeb, které přicházely od kuřáků. Je ale dokázáno, že změnu legislativy, kterou přijalo již několik států (Francie, Norsko, Irsko aj.), zaznamenává především cigaretový průmysl.

Názory na kouření v restauraci se lišily z hlediska postavení (SES). Zaměstnanci/kyně se stavili spíše pro oddělené prostory, zaměstnavatelé/ky se hlásili ke kuřáckému typu pohostinství. Vždyť právě oni takový typ restauračního zařízení založili. Hlavním důvodem byla právě vysoká populace kuřáků a tudíž jejich uspokojení.

Z důvodu dopadu pasivního kouření na zdraví zaměstnanců/kyň, by se právě servírky a číšníci mohli pokusit o změnu kuřácké restaurace na nekuřáckou, zapůsobením na své majitele. Nikdy se o to žádný/á z komunikačních partnerů/ek nepokusil/a, i přesto by se při dané možnosti snažily poukázat na svůj zdravotní stav, špatné odsávání v podniku či by odkázali na stížnosti hostů v restauračním zařízení. Co se zaměstnavatelů/ek týče, byli by ochotni založit kuřácký typ restauračního zařízení pouze při změně legislativy při finanční motivaci od státu a také na popud stížnosti hostů, anebo zaměstnanců/kyň.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- ABEL, T. 1991. „Measuring health lifestyle in comparative analysis: theoretical issues and empirical findings.“ *Social Science and Medicine* 32(8): 899-908.
- ADLER, Nancy E., Thomas BOYCE, Margaret A. CHESNEY, Sheldon COHEN, Susan FOLKMAN, Robert L. KAHN, S. Leonard SYME. 1994. “Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient.” *American Psychologist* 10: 15–24. In COCKERHAM, William C. 2005. „Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure”. *Journal of Health and Social Behavior* 46 (3): 51-67.
- ATKINS, Dr. Simon. 2014. *První kroky z kouření*. Nesovice: Doron. ISBN 978-80-7297- 112- 1.
- BÁRTLOVÁ, PhDr. Sylva. 2002. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-355-4.
- BÁRTLOVÁ, PhDr. Sylva. 2006. „Příspěvek T. Parsonse k rozvoji sociologie medicíny a zdravotnictví.“ *Sociální práce / sociálna práca* 1: 93-100.
- BOURDIEU, Pierre. 1998. *Teorie jednání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-518-3.
- BOYATZIS, R. E. 1998. *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, London, & New Delhi: SAGE Publications.
- BRITTON, John, Ilze BOGDANOVICA. 2013. „Tobacco control efforts in Europe“ *Lancet* 381: 1588 – 1595.

- BROWNE, K., I. BOTTRILL. 1999. „Our Unequal, Unhealthy Nation.“ *Sociology review* 9 In GIDDENS, Anthony. 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.
- COCKERHAM, William C. 1995. *Medical Sociology*. NJ: Prentice hall.
- COCKERHAM, William C. 2005. „Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure“. *Journal of Health and Social Behavior* 46 (3): 51-67.
- COOK, D. M., E. K. TONG, S. A. GLANTZ, L. A. BERO. 2005. „The power of paperwork: How Philip Morris neutralized the medical code for secondhand smoke.“ *Tobacco control* 24 (4): 994 – 1004.
- CROMPTON, Rosemary. 1998. *Class and Stratification*. Oxford: Polity Press In COCKERHAM, William C. 2005. „Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure“. *Journal of Health and Social Behavior* 46 (3): 51-67.
- EMIRBAYER, Mustafa, Ann MISCHE. 1998. “What Is Agency?” *American Journal of Sociology* 103: 962–1023 In COCKERHAM, William C. 2005. „Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure“. *Journal of Health and Social Behavior* 46 (3): 51-67.
- GEIST, PhDr. Bohumil. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria publishing. ISBN 80-85605-28-7.
- GIDDENS, Anthony. 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.
- GILMAN, Sander L., Zhou XUN. 2006. *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin po současnost*. Praha: Dybbuk. ISBN 80-86862-23-2.

- GOLDBERG, David, Arthur HOFFMAN, Donna AÑEL. 2002. „Understanding people who smoke and how they change: A foundation for smoking cessation in primary care, part 2“. *Disease a Month* 48 (7): 445 – 485.
- HEANSEN, Emily, Gary EASTHOPE. 2007. *Lifestyle in medicine*. New York: Routledge. ISBN10: 0-415-35684-9 (hbk).
- HEIKKINEN, Hanne, Kristiina PATJA, Piia JALLINOJA. 2010. „Smokers' accounts on the health risks of smoking: Why is smoking not dangerous for me?“ *Social Science & Medicine* 71: 877 – 883.
- HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HREŠANOVÁ, Ema, Jaroslava HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ. 2008. „Nové trendy v českém rolnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami“. *Sociologický časopis* 44 (1): 87 – 110.
- KAPR, Jaroslav, Miroslav PETRUSEK. 1994. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-03-6.
- KATRŇÁK, Tomáš. 2005. *Třídní analýza a sociální mobilita*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 80-7325-067-5.
- KELLER, Jan. 2010. *Tři sociální světy: sociální struktura postindustriální společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-044-5.
- KOZÁK, Jiří. 1993. *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK. ISBN 80–85267–42-X.

- KOLLÁROVÁ, H., K. SKŘEJPKOVÁ, H. TOMÁŠKOVÁ, V. JANOUT. 2010. „Socioekonomické postavení a riziko vzniku karcinomu ledvin“. *Hygiena* 55 (4): 112 – 116.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. 2006. „Co nás stojí pasivní kouření?“ *Česká a slovenská psychiatrie* 102(5): 267-268. ISSN 1212-0383.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. 2010. „Pasivní kouření = Passive smoking.“ *Vytápění větrání instalace* 19 (2): 93-94. ISSN 1210-1389.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. 2012. „Lung cancer and smoking“. *Lung Cancer Journal* 77(1): S7 - S8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- KUBÁTOVÁ PhD., Helena. 2010. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.
- McKEOWN, T. 1979. *The role of Medicine*. Blackwell: Oxford In TYLOR, Steve, David FIELD. 2003. *Sociology of Health & Health Care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2005. „Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.“ *Návykové látky* [online] [cit. 17. 4. 2014]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/navykove-latky_1790_11.html.

MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ. Nedatováno. „Informace o zdravotních rizicích spojených s kvalitou ovzduší v roce 2012“ *Ministerstvo životního prostředí* [online] [cit. 24. 4. 2014]. Dostupné na: [http://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/zdravotni_dusledky_znecistení_ovzdusi/\\$FILE/000informace_zdravotni_rizika_CR_2012_final-20140131.pdf](http://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/zdravotni_dusledky_znecistení_ovzdusi/$FILE/000informace_zdravotni_rizika_CR_2012_final-20140131.pdf).

MIROWSKI, John, Catherine E. ROSS. 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter In COCKERHAM, William C. 2005. „Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure“. *Journal of Health and Social Behavior* 46 (3): 51-67.

MORTARA, I. 2007. *The International Union Against Cancer*. [online] [cit. 13. 2. 2015]. Dostupné na <http://www.touchoncology.com/system/files/private/articles/18745/pdf/mortara.pdf>.

NEŠPOR, Karel. 2007. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

ÖBERG, Mattias PhD., Maritta S. JAAKKOLA Phd., Alistair WOODWARD PhD., Armando PERUGA, DrPH., Annette PRÜSS-USTÜN, PhD. 2011. „Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries“. *The Lancet* 377(9760): 139 – 146.

PEŠEK, Roman, Kateřina NEČASOVÁ. 2008. *Kouření aneb závislost na tabáku. Rizika, projevy, motivace, léčba*. Písek: Arkáda. ISBN 978-80-254-3580-9.

PARSONS, Talcott. 1951. *The Social System*. New York: Free Press In BÁRTLOVÁ, PhDr. Sylva. 2006. „Příspěvek T.Parsonse k rozvoji

sociologie medicíny a zdravotnictví.“ *Sociální práce / sociálna práca* 1: 93-100.

PETRÁČKOVÁ, Věra, Jiří KRAUS. 2002. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0982-5.

PETTI, Stefano. 2009. „Lifestyle risk factors for oral cancer“. *Oral Oncology* 45: 340 – 350.

RIVERO, Luis R., James L. PERSSON, David. C. ROMINE, John T. TAYLOR, Theron C. TOOLE, Christopher J. TROLLMAN, William W. AU. 2006. „Towards the world-wide ban of indoor cigarette smoking in public places.“ *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 209: 1-14.

SHAPIRO, Harry. 2005. *Drogy: Obrazový průvodce*. Praha: Svojtka & Company. ISBN 80-7352-295-0.

SMEJKAL, V., H. BACHRACHOVÁ. 2007. *Velký lexikon společenského chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3650-1.

SOCHOR, Ondřej, Eva KRÁLÍKOVÁ, Renata CÍFKOVÁ, Jindřich FIALA, Iva TOMÁŠKOVÁ, Šárka KUNZOVÁ, Jiří LEŠOVSKÝ, Zdeněk PLUHÁČEK, Hana NECHUTOVÁ, Pavel ŘÍMÁK, Veronika ŠIKOLOVÁ, Martin HOMOLKA, Radka ŠTĚPÁNOVÁ, Jiří VÍTOVEC, Tomáš KÁRA, Robert PROSECKÝ, Peter WOHLFAHRT, Vladimír SOŠKA, Francisco LOPEZ – JIMENEZ. 2014. „Cardiovascular Prevention Tobacco use and some characteristics of tobacco users. Preliminary results of Kardiovize Brno 2030“ *Cor et vasa* 56: 118–127.

SPILKOVÁ, Jana, Dagmar DZÚROVÁ, Hynek PIKHARTB. 2011. „Inequalities in smoking in the Czech Republic: Societal or Individual effects?“ *Health & Place* 17(1): 215-221.

- STAINTON-ROGERS, Wendy. 1991. *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity*. Prentice-Hall. ISBN-13: 978-0745007656
In NETTLETON, Sarah. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press. ISBN 13: 978-07456-2827-1.
- ŠAFR, Jiří. 2008. *Životní styl a sociální třídy: vytváření symbolické kulturní hranice diferenciací vkusu a spotřeby*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-154-5.
- ŠKODOVÁ, Markéta. 2008. „Občané o kouření“. *Naše společnost* 08-02: 1-7.
- ŠPLÍCHALOVÁ, A., H. ŠLACHTOVÁ, P. FEJTKOVÁ, H. TOMÁŠKOVÁ. 2007. „Vliv socioekonomických faktorů na zdraví v epidemiologických studiích“. *Hygyena* 2: 51 – 58.
- TYLOR, Steve, David FIELD. 2003. *Sociology of Health & Health Care*. Oxford: Blackwell Publishing. ISBN-10: 1-4051-0869-X.
- VERDONK-KLEINJAN, W. M. I., R. A. KNIBBE, F. E. S. TAN, M. C. WILLEMSSEN, H. N. de GROOT, H. de VRIES. 2009. „Does the workplace-smoking ban eliminate differences in risk for environmental tobacco smoke exposure at work?“ *Health Policy* 92(2-3): 197 - 202.
- WACQUANT, L. 2007. *Parias urbains. Ghetto, banlieus, État*. Paris: La Découverte
In KELLER, Jan. 2010. *Tři sociální světy: sociální struktura postindustriální společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-044-5.
- WILDEMUTH, B. M., Y. ZHANG. 2009. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited. ISBN 9781591585039.

WOLF, Naomi. 2000. *Mýtus krásy*. Bratislava: Aspekt. ISBN 80-855-4915-8.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2014. „31. květen - Světový den bez tabáku“ *WHO*. [online] [cit. 13. 2. 2015]. Dostupné na <<http://www.who.cz/31-kvetna-svetovy-den-bez-tabaku.html>>.

ŽOHA, Milan. 2008. „Právní úprava kouření na pracovišti a legislativní ochrana před účinky pasivního kouření“. *Právo pro podnikání a zaměstnání* 6: 2-10.

7 SEZNAM ZKRATEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
ETS	Enviromental Tobacco Smoke
EU	Evropská unie
Kč	Koruna česká
Km/h	Kilometr za hodinu
Mld.	Miliarda
Např.	Například
Písm.	Písmeno
Sb.	Sbírka
SES	Socioekonomický status
Tj.	To jest
Tzn.	To znamená
Tzv.	Tak zvaně
UICC	International Union Against Cancer
WHO	World Health Organisation

8 RESUMÉ

This bachelor thesis focuses on passive smoking. It draws attention to risks of passive and active smoking and its impact on human health. It contributes to the understanding of smoking issue in restaurants as a workplace . It also discusses the legislation on smoking. It describes lifestyle, social classes and socioeconomic status.

Specifically, it focuses on people working in restaurants, the waitresses and waiters. Due to the fact that they are involuntarily exposed to cigarette smoke, I wondered if they are aware of the consequences and risks associated with tobacco smoke. I also concentrated on how they deal with their long- term presence in the smoky environment. Interest is also paid to their employers.

The thesis is supported by an empirical research based mainly on semi-structured interview with two different social groups: restaurant employees and their employers. The interview answers are analysed using thematic analysis.

Owners of restaurants played an important role in the research because they are the one who can decide whether the restaurant is a smoking or non smoking facility.

My findings show that the passive smoking is among waiters and waitresses completely unknown concept. However they do indicate a lot of countless consequences caused by presence in a smoky environment. From the perspective of employers is the phenomenon of smoking much more familiar.

I found that the interviewed partners prefer financial security to health. However they do perceive their job as dangerous to health.

Opinions on smoking differed according to the position of the interviewed person. Staff rather called for separate spaces – smoking and non smoking. Employers endorsed smoking in restaurants.

9 PŘÍLOHY

9.1 Rozhovor pro ZAMĚSTNANCE restauračních zařízení

OKRUH A) Obecné otázky

1. Věk
2. Pracovní závazek
3. Co Vás vedlo k tomu stát se servírkou / číšníkem?
4. Co vy a zdravý životní styl - můžete ho nějak popsat?

OKRUH B) Aktivní a pasivní kouření

5. Jaký je Váš názor na kouření?
6. Jaká je Vaše osobní zkušenost s kouřením a vztah k němu?
7. V jakých příležitostech kouříte nejčastěji?
8. Vadí Vám něco na kouření?
9. Zaznamenal/a jste pojem pasivní kouření?
10. Vnímáte nějak dopad pasivního kouření na Vaše zdraví?
11. Jak moc je pro Vás důležitý vztah ekonomického zajištění a zdraví?

OKRUH C) Místo zaměstnání

12. Co si myslíte o kouření v restauraci?
13. Jak reagují Vaši hosté na kuřácký druh pohostinství?
Setkal/a jste se někdy během práce s konfliktem ohledně kouření?
14. Můžete popsat lidi ve vašem podniku, kteří kouří? Jak je vnímáte?
Zkuste popsat kuřáky hosty i kuřáky kolegy.

OKRUH D) Kuřácké – nekuřácké restaurační zařízení

15. Jak hodnotíte zákaz kouření v restauracích?

16. Domníváte se, že by Vaše postavení či pozice v zaměstnání mohla (dokázala) udělat něco pro to, aby se kuřácké prostory Vaší restaurace změnil v nekuřácké?
17. Co byste udělal/a (vzhledem k zaměstnavateli) pro to, abyste mohl/a pracovat v nekuřáckém prostředí? Uvažujte o tom, co by mohlo zapůsobit na Vašeho zaměstnavatele.
18. Co si myslíte o zákonu ministerstva zdravotnictví o ochraně před škodami způsobenými návykovými látkami (tabák, alkohol..)?
19. Kdyby Váš zaměstnavatel změnil kuřáckou restauraci na nekuřáckou, jak byste se k tomu stavěl/a?
20. Jaký je Váš vztah s Vaším zaměstnavatelem?

9.2 Rozhovor pro ZAMĚSTNAVATELE restauračních zařízení

OKRUH A) Obecné otázky

1. Věk
2. Co vy a zdravý životní styl - můžete ho nějak popsat?
3. Jak byste popsal/a vztahy ve Vaší restauraci? (mezi zaměstnanci/kyněmi, mezi zaměstnanci/kyněmi a hosty, mezi hosty)

OKRUH B) Aktivní a pasivní kouření

4. Jaký je Váš kuřácký návyk?
5. Jaký je Váš názor na kouření? Vadí Vám něco na kouření?
6. Jaká je Vaše osobní zkušenost s kouřením a vztah k němu?
7. Kouří Vaši zaměstnanci/kyně? Jak to vnímáte?
8. Zaznamenal/a jste pojem pasivní kouření?
9. Znáte a uvědomujete si rizika kouření, kterým jste Vy a především Vaši zaměstnanci/kyně vystaveni?
10. Domníváte se, že Vaším zaměstnancům/kyním nekuřákům/čkám vadí nedobrovolné vdechování cizího cigaretového kouře? Myslíte si, že vnímají dopad pasivního kouření na jejich zdraví? Ovlivňuje je to nějak?

OKRUH C) Místo zaměstnání

11. Co si myslíte o kouření v Evropské unii a o změnách, které s tím souvisí? Co říkáte na změnu legislativy?
12. Co (jaké důvody) Vás vedlo(y) ke vzniku kuřáckého typu restauračního zařízení?
13. kolik času trávíte ve Vaší restauraci prací (jako servírka/číšník)? V jakých je to obvykle situacích?
14. Jak reagují Vaši zaměstnanci/kyně na kuřácký druh pohostinství?
15. Jak reagují Vaši hosté na kuřácký typ restauračních zařízení?

OKRUH D) Kuřácké – nekuřácké restaurační zařízení

16. Co říkáte na kuřácké a nekuřácké prostory v restauračních zařízeních?
17. Zamyslete se nad tím, jaký je Váš názor na zákaz kouření v pohostinstvích. Co to pro Vás znamená?
18. Co by Vás vedlo k zařízení nekuřáckých prostor pro Vás a Vaše zaměstnance/kyně? Byl/a byste ochoten/na změnit tento typ restauračního zařízení na požádání Vašich zaměstnanců/kyň?
19. Jak si myslíte, že by reagovali zaměstnanci/kyně a hosté?