

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ -ΤΜΗΜΑ  
ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ- ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΒΙΟΗΘΙΚΗ**

**Μεταπτυχιακή εργασία ειδίκευσης  
του**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΟΤΣΩΝΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ**

Ο στιγματισμός ως μέσο πρόληψης εναντίον των συμπεριφορών «υψηλού κινδύνου». Η περίπτωση του καπνίσματος.

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

**Βασιλική Πετούση (επιβλέπουσα)**

**Αναστάσιος Φιλαλήθης**

**Κωνσταντίνος Κουκουζέλης**

**Νοέμβρης 2012**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ.3
Abstract	σελ.5
1.Εισαγωγή	σελ.7
2. Δημόσια υγεία και βιοηθική	σελ. 16
α)Η έννοια της δημόσιας υγείας	
β)Ηθικά προβλήματα στην προαγωγή της δημόσιας υγείας	
3. Η προβληματική του στιγματισμού	σελ. 22
4. Η αλλαγή της κοινωνικής στάσης απέναντι στο κάπνισμα	σελ. 29
5. Η ηθική διάσταση και η εμπειρική πραγματικότητα της χρήσης του στιγματισμού του καπνίσματος	σελ. 32
6. Η διερεύνηση του βιοηθικού προβλήματος	σελ. 39
α) Το θεωρητικό πλαίσιο	
β) Το λειτουργικό (πρακτικό) πλαίσιο	
7. Η εφαρμογή των πλαισίων στην επίλυση του ζητήματος	σελ. 43
8. Συμπέρασμα	σελ. 65

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πλαίσιο των πολιτικών υγείας υποστηρίζεται, ότι ο αποστιγματισμός είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των στόχων της δημόσιας υγείας. Ο στιγματισμός επιδεινώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα καθώς ανυψώνει εμπόδια μεταξύ αυτών των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Αντίθετη κατεύθυνση όμως, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να έχει ο δημόσιος λόγος στην περίπτωση της καταπολέμησης του καπνίσματος. Η αποκανονικοποίηση του καπνίσματος σηματοδοτεί το κοινωνικά απαράδεκτο αυτής της συνήθειας και κατ' επέκταση, των καπνιστών γεγονός που οδηγεί στο στιγματισμό των καπνιστών. Κάποιοι θεωρούν ότι στην περίπτωση του καπνίσματος η κινητοποίηση του στίγματος μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά την επικράτηση των συμπεριφορών που συνδέονται με την ασθένεια και το θάνατο. Ωστόσο, η ηθική αποδοχή μιας τέτοιας πολιτικής είναι προβληματική διότι αντιτίθεται σε κάποιες θεμελιώδεις ηθικές αρχές, κατά πρώτο λόγο σε αυτήν της αγαθοποιίας και σε αυτήν της μη-πρόκλησης βλάβης και επιπλέον θέτει ζήτημα καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων, καθώς στη διαδικασία του στιγματισμού εμπλέκεται το ανθρώπινο δικαίωμα στην αξιοπρέπεια. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να απαντηθεί το κατά πόσο, από ηθική σκοπιά, ο στιγματισμός του καπνιστή θα μπορούσε να αποτελέσει μέσο της πολιτικής της δημόσιας υγείας για την καταπολέμηση της μάστιγας του καπνίσματος.

Ένα μέρος της δυσκολίας για μια συζήτηση που σχετίζεται με την ηθική αποδοχή του στιγματισμού σε ζητήματα δημόσιας υγείας εντοπίζεται στην πολλαπλότητα των σχετικά με αυτό θεωρήσεων και μοντέλων. Αυτή η ασάφεια στην εννοιολόγηση αφενός καταλήγει σε μια πλειάδα περιγραφικών μοντέλων από όπου μπορεί να προκύψουν διαφορετικές κανονιστικές εκτιμήσεις. Οι θεωρήσεις των Goffman, των Jones και Scambler για το στιγματισμό, αλλά και των Link και Phelan οι οποίοι σε αντίθεση με τους άλλους δίνουν μεγαλύτερη έμφαση και αναγνωρίζουν το στιγματισμό ως μια κοινωνική διαδικασία που συντηρεί και αναπαράγει τις σχέσεις εξουσίας και ελέγχου, θα μας δώσουν μια 'εικόνα' της προβληματικής του στιγματισμού και το πώς συναρθρώνεται ο στιγματισμός με το κάπνισμα.

Στη διερεύνηση του ζητήματος θα αποδεχτούμε το θεωρητικό πλαίσιο των Powers και Faden όπου αναγνωρίζεται ότι η κοινωνική δικαιοσύνη είναι στο επίκεντρο της δημόσιας υγείας και βρίσκεται σε σχέση αλληλεξάρτησης με την ανθρώπινη ευημερία, η οποία είναι συνάρτηση έξι διαστάσεων (της υγείας, της προσωπικής ασφάλειας, της λογικής, του σεβασμού, των δεσμών και της αυτοδιάθεσης). Έχοντας ως αφετηρία αυτή τη θεώρηση και ως βάση εφαρμογής το πλαίσιο των Childress και των συνεργατών που το χαρακτηρίζει όχι μια απολυταρχική και πλαισιοκρατική προσέγγιση, αλλά αντίθετα μια πιθανοκρατική προσέγγιση, όπου οι αξίες μπορούν να καταστούν μαχητές εάν προσδιοριστούν οι δικαιολογητικές συνθήκες (αποτελεσματικότητα, αναγκαιότητα, αναλογικότητα, αμεροληψία), θα συμπεράνουμε ότι η χρήση του στιγματισμού του καπνιστή δεν μπορεί να αποτελέσει μέσο της πολιτικής της δημόσιας υγείας για την καταπολέμηση της μάστιγας του καπνίσματος.

## ABSTRACT

In the context of health policies it is supported that de-stigmatization is vital to the achievement of public health objectives. Stigmatization exacerbates morbidity and mortality and raises barriers between health professionals and patients. In recent years however, the public discourse in the case of tobacco control appears to be growing in opposite direction. The denormalization of smoking marks the socially unacceptable habit and thus leading to stigmatization of smokers. Some believe that in the case of smoking, the mobilization of stigma may effectively reduce the prevalence of behaviors associated with illness and death. However, the moral acceptability of such a policy is problematic because it opposes some fundamental ethical principles, first to that of beneficence and nonmaleficence and further raises the issue of violation of human rights, the process of stigmatization implicated in human right to dignity. The aim of this paper is to answer whether, from an ethical perspective, the stigmatization of smokers could be an instrument of public health policy to combat the scourge of smoking.

A part of the difficulty for a discussion related to the moral acceptance of stigma in public health issues is identified in the multiplicity on theoretical frameworks and models. This vagueness in conceptualizing both ends in a variety of descriptive models which can arise different normative considerations. The considerations of Goffman, Jones and Scambler for stigmatization, and Link and Phelan who unlike others place greater emphasis and recognize stigma as a social process that sustains and reproduces the relations of power and control, thus giving us a 'picture' of the problem of stigma and how stigma ties with smoking.

In the investigation of the matter will accept the theoretical framework of Powers and Faden which recognizes that social justice is at the heart of public health and is interdependent with human welfare, which is a function of six dimensions (health, personal safety, reasoning, respect, attachment and self-determination). Starting from

this consideration as the basis for applying the framework of Childress and colleagues that characterizes not an absolutist and contextualist approach but instead a presumptivist approach, where values can be rebutted if specified the justification conditions (effectiveness, necessity, proportionality, impartiality), will conclude that the use of stigmatizing of the smoker cannot be an instrument of public health policy to combat the scourge of smoking.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ζητήματα της δημόσιας υγείας «θεωρούνται περιθωριακά σε μεγάλο μέρος της βιοηθικής σκέψης», καθώς στην ηθική ανάλυσή τους, η έννοια της αυτονομίας δεν καθίσταται τόσο κεντρική όσο στην ιατρική ηθική (O' Neill, 2011: 19). Αν και δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η συμβολή των βιοηθικών πλαισίων που έθεσαν οι δεοντολογικές και οι συνεπειοκρατικές θεωρήσεις, ακόμα και η αρχοκεντρική θεώρηση των Beauchamp και Childress (1979) στην ανάπτυξη των κατευθυντηρίων γραμμών στην ηθική της δημόσιας υγείας, η ηθική της δημόσιας υγείας θέτει περιορισμούς στην εφαρμογή των ανωτέρω βιοηθικών πλαισίων, και ως εκ τούτου στην πρακτική της προαγωγής της υγείας (Kass, 2001; Callahan and Jennings, 2002; Thomas et al., 2002; Thompson et al., 2003). Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της δημόσιας υγείας τοποθετείται η πρόληψη και όχι η θεραπεία, ο πληθυσμός και όχι το άτομο, το συλλογικό αγαθό και όχι το προσωπικό συμφέρον ή δικαίωμα (Bayer and Fairchild, 2004:473-475). Έτσι, τα ατομικά δικαιώματα δεν αποτελούν πάντοτε καθοριστικούς παράγοντες στη διαμόρφωση πολιτικής, ή στη λήψη απόφασης, σε ζητήματα δημόσιας υγείας (μερικές φορές μάλιστα, αποτελούν τροχοπέδη στην ανάπτυξη μιας κριτικής σκέψης κατάλληλης για την επίλυση τέτοιων).

Η κύρια ένταση που προκύπτει στην επίλυση ηθικών ζητημάτων στη δημόσια υγεία, αφορά την εξισορρόπηση ανάμεσα στα συλλογικά αγαθά και στα ατομικά δικαιώματα. Για ορισμένους, οι όποιες επιλογές στη δημόσια υγεία, με δεδομένο τον ωφελμιστικό χαρακτήρα της, πρέπει να αποτιμώνται βάσει της υπολογιστικής σχέσης κόστους-οφέλους. Κάτι τέτοιο, από μια υπεραπλουστευμένη άποψη, φαίνεται να επιτρέπει, ή ακόμη και να απαιτεί, ότι τα πιο θεμελιώδη ατομικά δικαιώματα πρέπει να θυσιάζονται προκειμένου να παραχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα για το κοινωνικό σύνολο (Gostin, 2002: 12). Για άλλους, η εξισορρόπηση ανάμεσα στα δημόσια αγαθά και τα ατομικά δικαιώματα είναι ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αποτίμηση των επιλογών δεν έχει ως βάση τον υπολογισμό κόστους-οφέλους, αλλά τη δίκαιη κατανομή βαρών και ωφελειών. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει πάνω από όλα, ότι οι πολιτικές υγείας πρέπει να στρέφονται στη διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και να δείχνουν ίσο σεβασμό προς το συμφέρον όλων των μελών της κοινότητας (Gostin, 2008, Gostin, 2002: 13, Powers et al., 2000).

Στο πλαίσιο αυτών των πολιτικών υποστηρίζεται, ότι ο αποστιγματισμός (de-stigmatization) τόσο των χρηστών ουσιών, όπως αλκοόλ και ναρκωτικών, όσο και των ατόμων που πάσχουν από HIV λοίμωξη, είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των στόχων της δημόσιας υγείας. Μέσα από τον αγώνα εναντίον της επιδημίας του AIDS φάνηκε ότι ο στιγματισμός ενός πληθυσμού «υψηλού κινδύνου» δεν είναι μόνο επιζήμιος για τον πάσχοντα πληθυσμό, αλλά και αντιπαραγωγικός για τη δημόσια υγεία (Mahajan et al., 2008). Ειδικότερα, το στίγμα υποβαθμίζει τις συνθήκες της ζωής των πασχόντων ατόμων και ταυτόχρονα τα ωθεί στην εσωτερίκευση μιας εικόνας υποτιμητικής για τον εαυτό τους η οποία «πληγώνει» την αυτοεκτίμησή τους. Από την άλλη μεριά ο στιγματισμός των οροθετικών και των ομάδων που πλήττονται περισσότερο από τον HIV μπορεί να συμβάλει στην εξάπλωση του ιού. Έτσι, οροθετικά άτομα αποκρύπτουν πολλές φορές τη μόλυνσή τους από τους συντρόφους τους και τους παρεμποδίζουν στο να υποβληθούν σε εξετάσεις για την ανίχνευση του ιού (Pilot, 2000, Herek, 1999: 110-111). Από μια άλλη θέση, ο κοινωνικός στιγματισμός, ο οποίος εκδηλώνεται ως ανεπιθύμητο αποτέλεσμα των πολιτικών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την υπονόμευση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (ατομικό αγαθό) και επιπλέον θέτει ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς ο στιγματισμός ως κοινωνικό φαινόμενο πλήττει κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Η καταπολέμηση αυτού θεωρείται sine qua non όρος, από τους υπεύθυνους που χαράζουν τις πολιτικές υγείας και τους οργανισμούς της δημόσιας υγείας, για την εκπλήρωση της αποστολής μιας πολιτικής δημόσιας υγείας που είναι η προστασία της υγείας των μελών μιας κοινότητας.

Αντίθετη κατεύθυνση όμως, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να έχει ο δημόσιος λόγος στην περίπτωση της καταπολέμησης του καπνίσματος. Αρχικά οι δημόσιες πολιτικές για την υγεία έτειναν να στοχεύουν στην αύξηση της γνώσης του κοινού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, και στην αλλαγή νοοτροπίας προς αυτό (Troyer. and Markle, 1983; Hammond et al., 2006). Έτσι, για παράδειγμα, στις ΗΠΑ και τη Βρετανία εκστρατείες προαγωγής της υγείας επικεντρώθηκαν στους κινδύνους για τον καπνιστή (Berridge, 1998; Brandt, 2007). Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 αναγνωρίστηκαν οι κίνδυνοι από το παθητικό κάπνισμα για τους μη καπνιστές και ιδιαίτερα για τα παιδιά (καπνίστριες έγκυες γυναίκες) και οι κυβερνητικές εκστρατείες στρέφουν εκεί το ενδιαφέρον τους (Berridge and Loughlin, 2005). Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και του 1990 υπήρξε μια μετατόπιση στο λόγο της



δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα έντονη στις ΗΠΑ, όπου το κάπνισμα φαινόταν να αποτελεί όλο και περισσότερο μια απειλή για το ευρύτερο δημόσιο χώρο (Brandt, 1990; Kim and Shanahan, 2003). Σήμερα, η ελαχιστοποίηση της έκθεσης των μη καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου αποτελεί κεντρική θέση στην πολιτική για τον έλεγχο του καπνού. Οι κίνδυνοι από την έκθεση στο κάπνισμα γίνονται γνωστοί μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και προειδοποιήσεων στα πακέτα των τσιγάρων, καθώς και μέσω της περιβαλλοντικής νομοθεσίας (απαγόρευση του καπνίσματος στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στους χώρους εργασίας και στους δημόσιους χώρους).

Αυτές οι πολιτικές, αφενός, αποτελούν σημαντικό εργαλείο στην προστασία της δημόσιας υγείας, και ιδιαίτερα της υγείας αυτών που εν αγνοία και παρά τη θέλησή τους εκτίθενται στο κάπνισμα και αφετέρου, έχουν πολιτιστικές και κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς σηματοδοτούν το κοινωνικά απαράδεκτο του καπνίσματος και, κατ' επέκταση, των καπνιστών. Έγγραφα της βιομηχανίας καπνού από το 1984 αναγνωρίζουν, ότι η "διάβρωση" της κοινωνικής αποδοχής του καπνίσματος είναι ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγοντας της αύξησης των πωλήσεων τσιγάρων στο ανεπτυγμένο κόσμο. Η καπνοβιομηχανία Philip Morris σε ένα σημείωμά της αναφέρει:

οι παγκόσμιες αντικαπνιστικές δυνάμεις κατόρθωσαν να πείσουν επιτυχώς το ευρύ κοινό, τη γραφειοκρατία και τους νομοθέτες ότι το κάπνισμα αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την υγεία. Μετά από δύο δεκαετίες έντονης προπαγάνδας, αυτό έχει οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά όσον αφορά τη συνήθεια του καπνίσματος. Σήμερα, είναι ίσως αλήθεια ότι, ακόμα και η πλειοψηφία των καπνιστών θεωρεί ότι η συνήθειά τους (το κάπνισμα) είναι μια ανεπιθύμητη συνήθεια (Graham, 2012: 85).

Η αλλαγή των κοινωνικών προτύπων φαίνεται να έχει αποτελέσει ένα σημαντικό μηχανισμό μέσω του οποίου οι πολιτικές ελέγχου του καπνού λειτουργούν, και συμβάλλουν στη δημιουργία ενός δημόσιου αισθήματος, που έχει αντικαπνιστικό χαρακτήρα και το οποίο στέκεται υποστηρικτικά στους περιορισμούς του καπνίσματος οι οποίοι τίθενται από το κράτος και τους δημοσίους φορείς (Charman and Freeman, 2008; Hammond et al., 2006). Προς επίρρωση τούτου να αναφερθεί, ότι σε κοινότητες, όπου το κάπνισμα είναι λιγότερο αποδεκτό έχουμε χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος, μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων και, μεταξύ των καπνιστών, μεγαλύτερη προθυμία για διακοπή του καπνίσματος (Alamar and Glantz, 2006; Kim and Shanahan, 2003; CDHS, 1998). Κατά συνέπεια, όπως ο Hammond

συμπεραίνει «η αύξηση του κοινωνικά απαράδεκτου του καπνίσματος αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό εργαλείο πολιτικής. . . Τα προγράμματα έλεγχου του καπνίσματος πρέπει να τονίσουν τους κινδύνους από ένα περιβάλλον καπνού και να ενισχύσουν τους μη καπνιστικούς κανόνες» (Hammond et al. 2006 :225). Η ενίσχυση, με άλλα λόγια, του κανόνα του μη-καπνίζειν (non-smoking norm), της διαδικασίας που επιδιώκει «να ωθήσει τον καπνό από το μαγικό κόσμο της κανονικής και επιθυμητής πρακτικής προς μια μη φυσιολογική πρακτική» (Alamar and Glantz, 2006:1362), θεωρείται ουσιώδης για τις πολιτικές που στοχεύουν στην περαιτέρω μείωση, της συνδεδεμένης με το κάπνισμα, νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδίως ενόψει της συνεχιζόμενης επιρροής της βιομηχανίας καπνού (Feldman and Bayer, 2004).

Ενώ η συνολική προσέγγιση ουσιαστικά δεν αμφισβητείται, οι ερευνητές της δημόσιας υγείας εξέφρασαν την ανησυχία ότι η πολιτική για την αποκανονικοποίηση του καπνίσματος (smoking denormalization) μπορεί, από σχεδιασμό ή από αμέλεια, να στιγματίζει τους καπνιστές. Όπως η Stuber παρατηρεί σχετικά με τις πολιτικές που περιορίζουν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους,

αν και οι νόμοι που θέλουν ελεύθερους από καπνό χώρους (smoke free air laws) στρέφονται στην πράξη του καπνίσματος και όχι στον καπνιστή ως ανεπιθύμητο τύπου ανθρώπου, δεν χρειάζεται παρά μόνο να δούμε το πλήθος των καπνιστών έξω από τα δημόσια κτίρια σε αντίξοες καιρικές συνθήκες για να βεβαιώσουμε την μειωμένη κοινωνική θέση των καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές (Stuber et al., 2008 :422).

Ένας καπνιστής σε μια πρόσφατη μελέτη στη Σκωτία θέτει το ζήτημα πιο ωμά: «Νομίζω ότι είναι ένα άσχημο συναίσθημα, δεν μου αρέσει να αισθάνομαι σαν ένας λεπρός και να έχω την αίσθηση ότι με διώχνουν επειδή καπνίζω» (Ritchie et al., 2010:625).

Η πολιτική έλεγχου του καπνού, εκούσια ή ακούσια, φαίνεται ότι αποκλίνει ριζικά από το ορθόδοξο δόγμα στη δημόσια υγεία σχετικά με την ανάγκη εξουδετέρωσης του κοινωνικού στιγματισμού. Η περιθωριοποίηση ως αποτέλεσμα του κοινωνικού στιγματισμού στάθηκε εμπόδιο στους στόχους της πρόληψης. Από αυτή την εμπειρία, και λόγω της σύνδεσης της δημόσιας υγείας με τα ανθρώπινα δικαιώματα, έχει γίνει ανεπιφύλακτα δεκτό ότι ο στιγματισμός αποτελεί μια δύναμη που έχει ανασταλτικό χαρακτήρα ως προς τους στόχους της δημόσιας υγείας. Εν τούτοις, το αντικαπνιστικό

κίνημα έδωσε ώθηση σε ένα κοινωνικό μετασχηματισμό που έχει ως συνέπεια το στιγματισμό των καπνιστών. Το ερώτημα είναι κατά πόσο αυτός ο μετασχηματισμός, που είναι το αποτέλεσμα των προσπαθειών που γίνονται για τον περιορισμό της χρήσης του καπνού, και κατ' επέκταση της μείωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτει εξαιτίας της χρήσης του, αποτελεί μια αναποτελεσματική, αντιπαραγωγική, και ηθικολογική προσέγγιση που οδηγεί σε ένα αδιέξοδο ή μια αξιοσημείωτη επιτυχία της δημόσιας υγείας; Εάν πρόκειται για επιτυχία ποιες είναι οι επιβαρύνσεις; Κατά πόσο η στρατηγική του αντικαπνιστικού κινήματος είναι ηθικά δικαιολογημένη;

Η ηθική αποδοχή μιας τέτοιας πολιτικής είναι προβληματική διότι αντιτίθεται σε κάποιες θεμελιώδεις ηθικές αρχές, κατά πρώτο λόγο σε αυτήν της αγαθοποιίας και σε αυτήν της μη-πρόκλησης βλάβης και επιπλέον θέτει ζήτημα καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων, καθώς στη διαδικασία του στιγματισμού εμπλέκεται το ανθρώπινο δικαίωμα στην αξιοπρέπεια. Κατά τον Mann, τα ανθρώπινα δικαιώματα και η δημόσια υγεία είναι συμπληρωματικά πεδία στην αναζήτηση του ύψιστου βαθμού της ανθρώπινης ευημερίας, καθώς υγεία σημαίνει διατήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας, αλλά και το αντίστροφο, η διατήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας απαιτεί τη διατήρηση της υγείας (Mann, 1999: 449).

Εάν υποστηριχτεί λοιπόν, ότι ο 'καλός στιγματισμός' (good stigma) έχει ωφέλιμα αποτελέσματα, που προάγουν τους στόχους της δημόσιας υγείας και υπερβαίνουν τις όποιες αρνητικές συνέπειες αυτού, πως "πλήττεται" το ανθρώπινο δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, όταν αυτός συντελεί καθοριστικά στην υγεία του πληθυσμού; Από την άλλη, ποια διαβεβαίωση έχουμε ότι τα θετικά αποτελέσματα και τα οφέλη θα υπερτερούν των βαρών, καθώς η διαδικασία του κοινωνικού στιγματισμού δεν μπορεί να διαχωριστεί από ευρύτερες κοινωνικές διεργασίες οι οποίες δεν μπορεί να είναι προβλέψιμες; Πώς θα εξισορροπηθούν τα συνολικά οφέλη για τη δημόσια υγεία που μπορεί να επιτευχθούν με το στιγματισμό του καπνιστή, έναντι εκείνων που είχαν την εμπειρία της, κατά τον Goffman (Goffman, 2001), 'φθαρμένης ταυτότητας' και την οποία δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν (Bayer and Stuber, 2006: 49); Πως, με άλλα λόγια, το προσωπικό βάρος που δημιουργεί είναι ηθικά δικαιολογημένο; Αν θεωρήσουμε, ότι η επιστήμη της δημόσιας υγείας αγκαλιάζει και χειροκροτεί

πρωτοβουλίες και πολιτικές που στοχεύουν στη διατήρηση ή στη βελτίωση της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού, ακόμη και εις βάρος ορισμένων μεμονωμένων μελών της, πώς μπορεί να ξεπεραστεί αυτό το ηθικό πρόβλημα, καθότι μια τέτοια πολιτική αδυνατεί αφενός, να λάβει σοβαρά υπόψη «τη διακριτότητα και το απαραβίαστο των προσώπων», και αφετέρου, να συμμεριστεί την άποψη ότι τα άτομα που στιγματίζονται, στην προκειμένη περίπτωση, αντιμετωπίζονται ως μέσο για ένα σκοπό (ο σκοπός είναι η υγεία του πληθυσμού); (Holland,2007: 24)

Περαιτέρω, τίθεται το ερώτημα, πως μπορεί μια τέτοια πολιτική υγείας που διαπερνάται από την ηθική αποδοχή του στιγματισμού να μειώσει την ένταση, μεταξύ της εκτίμησης και της ανησυχίας για τις ανάγκες του ατόμου και της εκτίμησης και της ανησυχίας για τις ανάγκες του «επιδημιολογικού πληθυσμού»; Το ζήτημα της εξισορρόπησης των οφελών και βαρών καθίσταται πιο επιτακτικό, καθώς τίθεται περαιτέρω ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης, εφόσον ο στιγματισμός του καπνιστή “πλήττει” άτομα, ομάδες και πληθυσμούς που έχουν ήδη κάποιο μειονέκτημα. Τους επιβάλει, με άλλα λόγια, κάποιες επιπρόσθετες και αθέμιτες επιβαρύνσεις. Όπως δείχνουν διάφορες έρευνες, τα ποσοστά του καπνίσματος ανάμεσα στο πληθυσμό μειώνονται, αλλά η πτωτική τάση είναι εντονότερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (CDC, 2010; Huisman et al., 2005). Στις ΗΠΑ και στην Αγγλία, τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα έχουν ποσοστά καπνίσματος διπλάσια από εκείνα που έχουν ομάδες με υψηλότερα εισοδήματα (Craig et al., 2009; Pleis et al., 2010). Επιπλέον, το κράτος πρέπει να υιοθετεί στρατηγικές που θα μπορούσαν τυχαία, αλλά αναπόφευκτα, να στιγματίζουν συμπεριφορές που συνιστούν απειλή για τη δημόσια υγεία; Μπορεί να εκμεταλλευθεί τις δυνάμεις της ντροπής και της ενοχής για να επηρεάσει τα κοινωνικά πρότυπα προς όφελος του κοινού καλού (υγεία του πληθυσμού); Με άλλα λόγια, αν κάποιος εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού, αναγκάζεται να ακολουθεί στρατηγικές για αποφυγή αυτού (π.χ. καπνίζει κρυφά, ή περιορίζει το κάπνισμα στο σπίτι του), είναι αυτός ένας επιθυμητός στόχος της κοινωνικής πολιτικής της προαγωγής της υγείας, ακόμη και αν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στη μείωση της χρήσης του καπνού;

Από κοινωνιολογική άποψη και σύμφωνα με τη θεωρία της ετικέτας ή του χαρακτηρισμού (labeling theory), η οποία εντάσσεται στο ευρύτερο θεωρητικό σχήμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, οι αρνητικές συνέπειες του στιγματισμού για το

άτομο που στιγματίζεται έχουν ανυπέρβλητο χαρακτήρα. Κατά τον Goffman το στίγμα προκύπτει κατά τη διάρκεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όταν η κοινωνική ταυτότητα του ανθρώπου που φέρει το στίγμα εκλαμβάνεται, κατά κάποιο τρόπο, ως «φθαρμένη», κατεστραμμένη, (spoiled identity), για το λόγο του ότι αποκλίνει από τους κανόνες της ομάδας, με αποτέλεσμα όσοι έχουν συναλλαγές μαζί του να μην τον αποδέχονται. Το στιγματισμένο άτομο, όπως υποστηρίζει ο Goffman, «αντανεκλά αυτή την άρνηση ανακαλύπτοντας ότι κάποια από τα χαρακτηριστικά του τη δικαιολογούν» (Goffman, 2001:71), και κατά συνέπεια, αισθάνεται ότι δεν έχει την πλήρη αποδοχή της κοινωνίας. Κατά τους Link και Phelan οι αρνητικές συνέπειες σχετίζονται με την απώλεια της κοινωνικής θέσης και τις διακρίσεις, τα οποία και αποτελούν συστατικά στοιχεία του στιγματισμού (Link and Phelan, 2001: 370-375). Περαιτέρω, από άλλους θεωρητικούς, υποστηρίζεται ότι καλλιεργείται το έδαφος για την ανάπτυξη της δευτερογενούς παρέκκλισης, της παρέκκλισης που υιοθετούν τα άτομα ως απάντηση στις αντιδράσεις των άλλων. Μια διαδικασία η οποία συμβάλλει στην απομόνωση του ατόμου και στη μετατροπή του σε παρείσακτο. Η συμμετοχή στην παρεκκλίνουσα υποκοουλτούρα επιτρέπει την αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων μέσω της συναισθηματικής στήριξης και αποδοχής. Αυτή η συμμετοχή παγιώνει την αυτοεικόνα του ατόμου ως παρείσακτου, υποθάλλει τον αποκλίνοντα τρόπο ζωής και εξασθενίζει τους δεσμούς του με την κοινότητα των ατόμων που ακολουθούν τους κυρίαρχους κανόνες (Hughes and Kroehler, 2007: 301-303). Αυτό μπορεί να έχει ευρύτερες αρνητικές επιπτώσεις για τα άτομα που στιγματίζονται, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με τη διαταραχή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των κοινωνικών δικτύων, τις μειωμένες ευκαιρίες απασχόλησης, την κατάθλιψη, την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, και την αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση (Link et al, 1997; Rosenfield, 1997; Wright et al., 2000).

Μια εναλλακτική προοπτική για το στιγματισμό, που έχει τις ρίζες της στην παράδοση του λειτουργισμού, εστιάζει στην αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων του. Ο στιγματισμός μπορεί να σημάνει θετικές συμπεριφορές και να αποθαρρύνει από ανεπιθύμητες συμπεριφορές, όπως η άσκοπη χρήση ευημερίας (unnecessary welfare use) και η μεγάλη περίοδος ανεργίας (Moffitt, 1983? Vishwanath, 1989). Από ορισμένους επίσης έχει εκφραστεί η άποψη ότι ο στιγματισμός εξυπηρετεί μια θεμιτή

και σημαντική λειτουργία για το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης (Shoham, 1970). Η αντίδραση της κοινωνίας μέσω της ηθικής αποστροφής στην εγκληματικότητα, του στιγματισμού των δραστών και της ανοχής της κακής τους μεταχείρισης μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας αποτρεπτικός παράγοντας του έγκληματος (Rasmussen, 1996). Κάποια στίγματα μπορεί να βελτιώσουν την υγεία των ατόμων που στιγματίζονται και μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο κοινωνικού ελέγχου, με το να αποθαρρύνουν ανθυγιεινές συμπεριφορές. Οι κοινωνιολόγοι, ήδη από τον Durkheim, τόνισαν τον ισχυρό ρόλο των κοινωνικών κανόνων ως οργάνων κοινωνικού ελέγχου. Η κεντρική ιδέα είναι, σε τέτοιες θεωρήσεις, ότι τα άτομα θέλουν να συμβαδίζουν με τα καθιερωμένα κοινωνικά πρότυπα και επιθυμούν να αποφύγουν τις επακόλουθες συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Έτσι, μπορεί να εξασφαλιστούν, τόσο άμεσα οφέλη για τα άτομα που ακολουθούν τέτοιες συμπεριφορές (ανθυγιεινές), όσο και έμμεσα οφέλη για την κοινωνία (π.χ. σε σχέση με το κάπνισμα μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας), λόγω της συνεπαγόμενης ελάττωσης της δυσάρεστης ή της κοινωνικά ανάρμοστης συμπεριφοράς (Gibbs, 1965). Στην περίπτωση του καπνίσματος, οι θιασώτες αυτής της θέσης στηρίζονται σε δύο επιχειρήματα: θα ήταν ηθικά αποδεκτό να στιγματίσουμε τους καπνιστές, αφ' ενός μεν επειδή αυτό δεν επιφέρει τραγικές συνέπειες στην καθημερινότητά τους, και αφ' ετέρου επειδή αυτό το στίγμα είναι αναστρέψιμο: αρκεί να σταματήσουν να καπνίζουν για να ενωθούν με τις τάξεις των μη καπνιστών κι έτσι να αποφύγουν την εχθρότητα από μέρους τους.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να απαντηθεί το κατά πόσο, από ηθική σκοπιά, ο στιγματισμός του καπνιστή θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος του «οπλοστασίου» της δημόσιας υγείας για την καταπολέμηση της μάστιγας του καπνίσματος.

Για την αντιμετώπιση του ζητήματος, μεταξύ των διαφόρων πλαισίων που έχουν προταθεί για την επίλυση ηθικών ζητημάτων στη δημόσια υγεία, θα επιλεγεί το πλαίσιο του Childress και των συνεργατών του (Childress, 2003). Ο λόγος για την προτίμηση αυτού του πλαισίου έγκειται, στο ότι σε αυτό το πλαίσιο οι ηθικές συγκρούσεις τοποθετούνται στο κέντρο του ενδιαφέροντος, και δεν τονίζονται απλώς οι ηθικές αξίες.

Πιο συγκεκριμένα, ο Childress θεωρεί ότι όταν δυο αρχές βρίσκονται σε σύγκρουση καμιά δεν είναι απόλυτη και δεν προπορεύεται ιεραρχικά της άλλης. Καμιά ηθική

αξία δεν έχει μεγαλύτερη ηθική βαρύτητα από την άλλη. Πάνω σε αυτές τις αξίες, τις αρχές, στηρίζεται ο ηθικός λόγος μας σχετικά με τους νόμους, τις πολιτικές, τις πρακτικές και τις ιδιαίτερες αποφάσεις. Εφόσον, αυτές οι αρχές δεν είναι ούτε απόλυτες, ούτε ιεραρχικά διαβαθμισμένες, μπορούν να καταστούν μαχητά τεκμήρια και είναι σημαντικό να προσδιοριστούν, κατά τον Childress, οι δικαιολογητικές συνθήκες (justificatory conditions), οι οποίες θα μπορούν να δικαιολογήσουν ηθικά ποτέ μια αρχή μπορεί να ανατραπεί. Με άλλα λόγια, πότε μπορεί να περιοριστεί η ελευθερία του ατόμου, η προστασία της ιδιωτικής ζωής, η αξία του σεβασμού των προσώπων, η δικαιοσύνη, προς χάριν της επίτευξης άλλων αξιών π.χ. την πρόληψη βλάβης, ή τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας, αξίες ή αρχές που, εν προκειμένω, αντικατοπτρίζουν και τους στόχους της δημόσιας υγείας. Οι δικαιολογητικές συνθήκες είναι οι εξής: η αποτελεσματικότητα της πολιτικής υγείας (το πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό στην προστασία της δημόσιας υγείας), η αναγκαιότητά της (δεν υπάρχει εναλλακτική λύση και το πρόγραμμα που ακολουθείται προκαλεί τις λιγότερες ηθικές ανησυχίες), η αναλογικότητα (τα οφέλη για τη δημόσια υγεία υπερτερούν της παραβίασης των άλλων ηθικών αρχών), η χρήση των ελάχιστων περιοριστικών και παρεμβατικών μέσων και η αμεροληψία (Childress et al., 2002, Childress and Gaare, 2003).

Εν προκειμένω, όσον αφορά στο κάπνισμα, θα έπρεπε να αποδειχτεί ότι ο στιγματισμός των καπνιστών είναι αναγκαίος και αποτελεσματικός προκειμένου να επιδιωχθεί οι καπνιστές να σταματήσουν αυτή τη συμπεριφορά τους, ότι είναι δυνατόν να αντιληφθούν τα προληπτικά μηνύματα που στιγματίζουν όσο το δυνατόν λιγότερο και με τρόπο αναλογικό (δηλαδή οι καταστροφικές συνέπειες να παραμένουν λογικές σε σύγκριση με τα ωφέλιμα αποτελέσματα), και πάνω απ' όλα, θα πρέπει να αναγνωριστεί δημόσια το δίλημμα που τίθεται και να μπορεί να δικαιολογηθεί μια τέτοια πολιτική, ιδιαίτερα από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους πληθυσμούς.

Από τη δική μας ανάλυση αναμένουμε ότι δεν θα προκύψει κάτι τέτοιο, και ως εκ τούτου θα συμπεράνουμε ότι η χρήση του στιγματισμού του καπνιστή δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτή.

## 2. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

### α) Η έννοια της δημόσιας υγείας

Στη βιβλιογραφία υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ορισμών και περιγραφών του όρου «Δημόσια υγεία» και αυτό δεν αποτελεί έκπληξη καθότι, τόσο η έννοια «υγεία», όσο και η έννοια «δημόσιο» νοείται με διαφορετικό τρόπο.

Κατά τον Winslow:

Η δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προώθησης της σωματικής υγείας και της αποδοτικότητας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμώξεων της κοινότητας, την εκπαίδευση του ατόμου ως προς τις αρχές της προσωπικής υγιεινής, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη της νόσου, καθώς και την ανάπτυξη των κοινωνικών εξοπλισμών που θα εξασφαλίζουν σε κάθε άτομο στην κοινότητα ένα βιοτικό επίπεδο επαρκές για τη διατήρηση της υγείας. (Winslow, 1920)

Κατά το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής:

[Δημόσια υγεία] είναι αυτό που εμείς, ως κοινωνία, κάνουμε συλλογικά για να εξασφαλίσουμε τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς (Institute of Medicine, 1988).

Κατά τον Acheson:

[Δημόσια υγεία] είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες της κοινωνίας (Acheson, 1988).

Κατά τον Rothstein

«Η κρατική παρέμβαση για τη δημόσια υγεία» περιλαμβάνει δημόσιους υπαλλήλους που λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα σύμφωνα με συγκεκριμένες νομικές αρχές. . . για την προστασία της υγείας του κοινού. . . Το βασικό στοιχείο της δημόσιας υγείας είναι ο ρόλος της κυβέρνησης- [αυτή έχει] την εξουσία και την υποχρέωση να θέτει υποχρεωτικά ή αναγκαστικά μέτρα για την εξάλειψη μιας απειλής για την υγεία του κοινού (Rothstein, 2002).

Κατά τον Gostin (2001)



[Είναι] υποχρέωση της κοινωνίας να εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις για την υγεία των ανθρώπων (Gostin 2001)

Κατά τον Childress και τους συνεργάτες του (2002)

Η δημόσια υγεία ασχολείται κυρίως με την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού, και όχι την υγεία των ατόμων. Τα προεξέχοντα στοιχεία της δίνουν έμφαση στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας και της αναπηρίας, στη συλλογή και στη χρήση των επιδημιολογικών δεδομένων, στην επιτήρηση του πληθυσμού, και σε άλλες μορφές της εμπειρικής ποσοτικής εκτίμησης, στην αναγνώριση του πολυδιάστατου χαρακτήρα των καθοριστικών παραγόντων της υγείας και επικεντρώνεται στις σύνθετες αλληλεπιδράσεις πολλών παραγόντων- βιολογικών, συμπεριφορών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – [που απαιτούνται] για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων. (Childress et al.,: 2002)

Από τους παραπάνω ορισμούς είναι φανερό ότι η αποστολή της δημόσιας είναι διαφορετική από αυτήν της κλινικής ιατρικής. Κατ' επέκταση, όπως από πολλούς ερευνητές έχει επισημανθεί, τα ηθικά προβλήματα έχουν διαφορετικό χαρακτήρα από αυτόν που έχει διαμορφωθεί σε άλλους χώρους της υγειονομικής περίθαλψης. Στην κλινική ηθική, καθώς η σχέση γιατρού –ασθενούς βρίσκεται στο επίκεντρο, πολλά προβλήματα σχετιζόταν με το πώς θα αποφευχθεί ο ιατρικός πατερναλισμός και πώς θα μείνει "αλώβητη" η αυτονομία του ασθενούς. Οι προληπτικές παρεμβάσεις από την άλλη πλευρά, δίνουν έμφαση στους πληθυσμούς και ο ρόλος του μεμονωμένου επαγγελματία υγείας είναι περιορισμένος. Τα προγράμματα της δημόσιας υγείας απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και έχουν στόχο την αποκόμιση οφελών για την υγεία σε μια ομάδα ή σε ένα επίπεδο του πληθυσμού.

Οι περισσότεροι ορισμοί έχουν ως παραδοχή, ότι το αντικείμενο της δημόσιας υγείας είναι η υγεία των πληθυσμών και όχι η υγεία των ατόμων και ότι ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με ένα γενικά υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας σε ολόκληρη κοινωνία, παρά την καλύτερη δυνατή υγεία για τους λίγους. Η δημόσια υγεία ως επιστημονικό πεδίο ενδιαφέρεται για θέματα προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών σε ολόκληρη την κοινωνία. Κατά συνέπεια, η δημόσια υγεία ενδιαφέρεται για την επινόηση ευρέων στρατηγικών για την πρόληψη ή τη βελτίωση των βλαβών και ασθενειών.

Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας έχουν εκφράσει διαφορετικές απόψεις σχετικά με το ποια έκταση μπορεί να λάβει η έννοια της δημόσιας υγείας. Μερικοί θεωρούν ότι η έννοια της δημόσιας υγείας πρέπει να συνδεθεί στενά με τη διερεύνηση των βασικών παραγόντων κίνδυνου που ενέχονται για την πρόκληση βλαβών και ασθενειών. Ο ρόλος των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με αυτήν την προοπτική, είναι να αναγνωριστούν οι κίνδυνοι ή ζημιές και οι όποιες παρεμβάσεις να αποσκοπούν στην πρόληψη ή τη μείωσή τους. Βάσει της άποψης αυτής ο ρόλος της δημόσιας υγείας περιορίζεται στο να ασκεί διακριτική εξουσία, όπως η παρακολούθηση (π.χ., έλεγχος και υποβολή εκθέσεων), στην πρόληψη των τραυματισμών (π.χ., ασφαλή καταναλωτικά προϊόντα), και λοιμωδών νοσημάτων (π.χ., τον εμβολιασμό, την κοινοποίηση εταίρων, καθώς και την καραντίνα).

Άλλοι θεωρούν ότι η δημόσια υγεία πρέπει να έχει μια ευρύτερη αποστολή και να δώσει έμφαση στα κοινωνικοοικονομικά θεμέλια της υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες και να βελτιωθεί η κοινωνική συνοχή. Ισχυρίζονται ότι οι κοινωνικές ασθένειες είναι ριζωμένες στις κοινωνικές δομές. (Meyer και Schwartz 2000, 1189). Μια δίκαιη κατανομή των κοινωνικών και οικονομικών πόρων μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην υγεία του πληθυσμού γιατί η κοινωνική κατάσταση, η φυλή, το εισόδημα, το φύλο έχουν σημαντικές επιρροές στην υγεία των πληθυσμών (Marmot και Wilkinson 1999). Παρόμοια, το «κοινωνικό κεφάλαιο», τα κοινωνικά δίκτυα της οικογένειας και των φίλων, καθώς και άλλα δίκτυα που σχετίζονται με θρησκευτικές οργανώσεις και οργανώσεις πολιτών, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη δημόσια υγεία (Cattell 2000).

Για πολλούς μια τέτοια αντίληψη της δημόσιας υγείας θεωρείται ότι έχει υπερβολικό και ουτοπικό χαρακτήρα, καθώς και ότι πιο πολύ θα ταυτίζεται με την πολιτική παρά με την επιστήμη της δημόσιας υγείας (McGinnis, 2001; Burris, 1997). Από την άλλη ωστόσο, μια στενή αντίληψη της δημόσιας υγείας αφενός αποτυγχάνει να αντιμετωπίσει τα βαθύτερα αίτια των ασθενειών και αφετέρου αδυνατεί να κάνει χρήση ενός ευρέος φάσματος κοινωνικών, οικονομικών, και συμπεριφορικών εργαλείων απαραίτητων για την επίτευξη του στόχου των διαρκώς αυξανόμενων υγιέστερων πληθυσμών (McGinnis και Foege 1993).

## **β) Ηθικά προβλήματα στην προαγωγή της δημόσιας υγείας**

Τις τελευταίες δεκαετίες (από τα μέσα της δεκαετίας του 1970) υπάρχει μια σαφής μετατόπιση στη φροντίδα υγείας, όπου πλέον η έμφαση δίδεται στην πρόληψη και όχι στη θεραπεία. Το βάρος του συστήματος περίθαλψης, «μετακινείται από τους ασθενείς και τα νοσοκομεία, στα άτομα και την καθημερινή τους ζωή» (Nettleton, 2002: 312). Η δημόσια υγεία εισέρχεται σε μια νέα φάση και επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες ασθένειες και στην αποφυγή των παραγόντων επικινδυνότητας (Bradby, 2009: 239). Σ' αυτό το πλαίσιο ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει ο τρόπος που διαφοροποιείται η έννοια του κινδύνου. Η διαχείριση του κινδύνου – και όχι η απλή προσφορά προστασίας έναντι της ασθένειας – αποκτά κεντρική σημασία, καθώς από τις νόσους με ένα προσδιορισμένο νοσογόνο παράγοντα (όπως ήταν οι μεγάλες επιδημίες) περνάμε σε νόσους που χαρακτηρίζονται, όχι από μονοσήμαντους αιτιώδεις παράγοντες, αλλά από ένα φάσμα προδιαθεσικών παραγόντων. Άτομα που στο προηγούμενο «επιδημιολογικό παράδειγμα» θα χαρακτηρίζονταν τυπικά υγιείς αντιμετωπίζονται πλέον, ως απλώς ασυμπτωματικοί ή προσυμπτωματικοί άρρωστοι (Rose 2007: 19). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, κατά τον Fitzpatrick, αφενός την μείωση της αυτονομίας του ατόμου, μέσω της ιατροποίησης της ζωής (επέκταση της ιατρικής δικαιοδοσίας σε διάφορες περιοχές της προσωπικής και κοινωνικής ζωής) και της πολιτικοποίησης της ιατρικής (μετασχηματισμός της ιατρικής πρακτικής, απομάκρυνση από το μεμονωμένο ασθενή και ανάληψη από μεριάς των ιατρών ενός ευρύτερου κοινωνικού και πολιτικού ρόλου που προκαλεί ένταση και σύγκρουση στις σχέσεις ασθενών και ιατρών) και αφετέρου, τη διάβρωση του ορίου ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό βίο, με συνέπεια την αντικατάσταση της πολιτικής υπευθυνότητας από το συναισθηματισμό και τον υποβιβασμό της υποκειμενικότητας (Fitzpatrick, 2001: 348-358).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η αντίληψη του κινδύνου λαμβάνει εξατομικευμένο χαρακτήρα. Το άτομο πρέπει διαρκώς να προϋπολογίζει το ισοζύγιο ανάμεσα στον καταναλωτικό ηδονισμό και τους κινδύνους που αυτός συνεπάγεται. Ολοένα και περισσότερο δίνεται βάρος και στην ατομική ευθύνη που έχει κάθε πολίτης να εξασφαλίζει την ατομική του υγεία και ποιότητα ζωής (Rose 2007: 63). Όσο μεγαλώνει η κλίμακα των απαιτήσεων ως προς την υγεία και την «ποιότητα ζωής», τόσο μεγαλώνει και το βάρος αυτής της εξατομικευμένης ευθύνης. Οι ενέργειες του ατόμου είναι αυτές που καθορίζουν και το βαθμό προαγωγής της δημόσιας υγείας. Ο ατομικιστικός προσανατολισμός της «νέας δημόσιας υγείας» ωστόσο, είναι

προβληματικός και αμφισβητούμενος καθώς αποτυπώνει μια ιδιότυπη αντιμετώπιση του ασθενούς ως ενόχου. (Becker, 1993; Wikler, 1987; Minkler, 1999; Guttman and Ressler, 2001; Kirkwood and Brown, 1995). Περαιτέρω, φαίνεται οι διατυπώσεις του λόγου των πολιτικών υγείας να συγχωνεύονται με τον λόγο της ηθικής (Nettleton, 2002:319, Fitzpatrick, 2001: 49).

Δεν είναι τυχαίο ότι σε επίπεδο βιοηθικής έχει αρχίσει να προβάλλεται ιδιαίτερα έντονα η λογική μιας υποχρέωσης του ατόμου, με την απειλή τιμωρίας εάν δεν συμμορφωθεί, να «αποφύγει να μολύνει άλλους» (Selgelid 2008: 256). Έχει ενδιαφέρον ότι αυτή η επέκταση της γενικής ηθικής υποχρέωσης του ατόμου να μη βλάπτει τους άλλους γίνεται για υποκείμενα – φορείς υποχρεώσεων που υπό κανονικές συνθήκες θα αντιμετωπίζονταν ως θύματα μιας άτυχης περίπτωσης που τους καθιστά πρώτα και κύρια δικαιούχους (π.χ. περίθαλψης, φροντίδας, άδειας απουσίας) και δευτερευόντως υπόχρεους συμμόρφωσης προς κάποιες επιταγές. Αυτός που ασθενεί αντιμετωπίζεται όλο και περισσότερο ως κάποιος που δεν μπόρεσε να σταθεί στο ύψος των υποχρεώσεών του. Η υγιεινή συμπεριφορά θεωρείται συνώνυμη της ορθολογικής συμπεριφοράς, και περαιτέρω, εάν θεωρηθεί ότι η υγεία για τον άνθρωπο αποτελεί ένα υπέρτατο αγαθό, το να έχεις καλή υγεία δεν είναι πια αυτοσκοπός. Είναι επίσης ένας τρόπος να επιβεβαιώσεις την αξία σου. Αυτός που συμμορφώνεται με τους κανόνες της πρόληψης αποδεικνύει την ικανότητά του να διάγει τη ζωή του διατηρώντας τον έλεγχο. Αντιστρόφως, η μη συμμόρφωση προς τις επιταγές (διακοπή τού καπνίσματος, ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ, απώλεια βάρους για τα παχύσαρκα άτομα) είναι σημάδι μιας ανεπάρκειας που πρέπει να καλυφθεί. Με άλλα λόγια, η αμέλεια φροντίδας τρόπον τινά του «σωματικού κεφαλαίου» είναι σημάδι μιας ‘ηθικής κατωτερότητας’. Στο πλαίσιο αυτό θεωρείται, ότι η προκύπτουσα ασθένεια ή αναπηρία είναι αποτέλεσμα της «ατελούς» ανάπτυξης της προσωπικότητας (Pollock, 1993 :49-70). Η αντίληψη ότι ο «εαυτός» του ατόμου είναι αίτιο μιας πάθησης ενέχει τον κίνδυνο βαθιών κοινωνικο-ψυχολογικών συνεπειών. Τα άτομα μπορεί να αντιδράσουν με συναισθήματα ενοχής, ντροπής ή απογοήτευσης όταν αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις συνιστώμενες οδηγίες για μια σωστή συμπεριφορά υγείας. Μια πρόσφατη βρετανική μελέτη αποκαλύπτει πώς τα άτομα με καρκίνο του πνεύμονα αισθάνονται ντροπή που έχουν αυτή την ασθένεια επειδή αυτή συνδέεται με το κάπνισμα (Ritchie et al., 2010).

Μερικοί ακόμη ανέφεραν ότι κρύβουν την ασθένειά τους ή επιδιώκουν να μην έχουν ιατρική υποστήριξη (Chapple et.al., 2004).

Ακόμη, τα άτομα μπορεί να θεωρηθούν έκτος από ηθικά υπόλογοι, και νομικά υπόλογοι για την τους συμπεριφορά τους (Sachs, 1996). Αυτό θα έχει ως συνέπεια, την απαλλαγή των υπηρεσιών υγείας από την υποχρέωση να καταβάλουν τα κόστη της υγειονομικής περίθαλψης για νοσήματα που συνδέονται με τέτοιες συμπεριφορές, ή να απαιτείται από ορισμένα άτομα να πληρώνουν υψηλότερα ασφάλιστρα (McLachlan, 1995). Ευρήματα ερευνών από διάφορες χώρες δείχνουν, ότι το κοινό επιθυμεί να επιβάλλονται υψηλότερα ασφάλιστρα υγείας στα άτομα που επιδίδονται σε συμπεριφορές όπως το κάπνισμα ή η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ (Blendon et al., 1993). Τέτοια δημόσια συναισθήματα προκαλούν ηθικές ανησυχίες όσον αφορά τις πιθανές επιπτώσεις που επιφέρουν οι αντιλήψεις για την ατομική ενοχή στις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης. Επιπτώσεις που μπορεί να είναι αντίθετες με κοινωνικές αξίες που σχετίζονται με την ισότητα και την αλληλεγγύη.

Περαιτέρω, η έμφαση των πολιτικών υγείας στην «υπαιτιότητα του θύματος» (blaming the victim) έχει ως αποτέλεσμα, οι αιτίες των κοινωνικών προβλημάτων να εντοπίζονται στις ατομικές συμπεριφορές, και όχι στις κοινωνικές δομές (Marantz, 1990). Υποβαθμίζεται, έτσι, ο ρόλος των διαρθρωτικών παραγόντων (περιορισμένοι πόροι για την αγορά τροφίμων, ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη) που συμβάλλουν στην αιτιολόγηση των προβλημάτων υγείας και στην επιλογή του ατόμου το να ακολουθήσει ή όχι έναν συγκεκριμένο τρόπο ζωής (Blane, 1995). Η έμφαση στην επιλογή ενός τρόπου ζωής που συμβαδίζει με τα ισχύοντα πρότυπα υγείας αποσπά αφενός την πολιτική προσοχή από τους περιορισμούς που θέτουν οι δομικές ανισότητες στην υγεία, και αφετέρου, παραβλέπει το πόσο μικρά περιθώρια έχουν κάποια άτομα να αλλάξουν τις συνθήκες της δικής τους διαβίωσης και της οικογένειάς τους. Αν υποθέσουμε ότι όλος ο πληθυσμός πραγματοποιούσε τις πιο υγιεινές επιλογές, ακόμη και τότε οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ των κοινωνικών τάξεων δεν να εξαλείφονταν καθώς δεν θα υπήρχε μεταβολή της μεταξύ τους σχέσης (Bradby, 2009: 206-210).

Το ίδιο ηθικά προβληματική και αμφισβητούμενη, καθότι στηρίζεται στο ίδιο κυρίαρχο μοντέλο της προαγωγής της υγείας που χαρακτηρίζεται από το

μεθοδολογικό ατομικισμό (methodological individualism) (Goldberg: 2012), είναι και η στρατηγική της αποκανονικοποίησης (denormalization) της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η οποία έχει οδηγήσει στο στιγματισμό των καπνιστών και έχει αποκτήσει ιδεολογικό χαρακτήρα. Αυτό συμβαίνει γιατί η «σήμανση» ενός προσώπου που στιγματίζεται αν και συμβαίνει εντός των διαπροσωπικών σχέσεων, δεν μπορεί να διαχωριστεί από τις ευρύτερες κοινωνικές διαδικασίες. Κατά τους Parker και Aggleton, το στίγμα «συνδέεται με τη λειτουργία των κοινωνικών ανισοτήτων» (Parker and Aggleton, 2003:16) και χρησιμεύει για την αναπαραγωγή των υφιστάμενων σχέσεων εξουσίας. Ο Crawford (1994) το έχει δείξει με αυτό στο πλαίσιο της υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται ως διαπρεπής κοινωνική αξία στη δυτική κοινωνία. Κατ' αυτόν η διαίρεση της κοινωνίας σε «υγιή» και σε «μη υγιή» διαδραματίζει ρόλο στη νομιμοποίηση της κοινωνικής κυριαρχίας της μεσαίας τάξης και στην εφαρμογή του «κατάλληλου κανόνα». Οι Stangor και Crandall (2000) έχουν υποστηρίξει ότι ο «κίνδυνος», ή ένα καθολικό κίνητρο για την αποφυγή της απειλής, βρίσκεται στη ρίζα όλων των στιγμάτων. Έτσι, η προώθηση υγιών συμπεριφορών περιλαμβάνει συνήθως τον αποκλεισμό των συμπεριφορών «υψηλού κινδύνου», αλλά και εκείνων οι οποίοι επιδίδονται σε αυτές.

### 3. Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ένα μέρος της δυσκολίας για μια συζήτηση που σχετίζεται με την ηθική αποδοχή του στιγματισμού σε ζητήματα δημόσιας υγείας εντοπίζεται στην πολλαπλότητα των σχετικά με αυτό θεωρήσεων και των μοντέλων. Η εφαρμογή του όρου σε ένα τεράστιο φάσμα περιστάσεων, ο διεπιστημονικός του χαρακτήρας, οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν ως αποτέλεσμα στο να προκύπτουν διαφορετικά πλαίσια αναφοράς οδήγησαν σε διαφορετικές εννοιολογήσεις του όρου «στίγμα» (Courtwright, 2011). Αυτή η ασάφεια στην εννοιολόγηση αφενός καταλήγει σε μια πλειάδα περιγραφικών μοντέλων από όπου μπορεί να προκύψουν διαφορετικές κανονιστικές εκτιμήσεις σχετικά με το εάν είναι ηθικά αποδεκτός ή όχι, και αφετέρου περιορίζει την ικανότητα για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής νομοθεσίας και άλλων εργαλείων για την καταπολέμηση του στίγματος (Burriss, 2002).

Ο όρος στίγμα υποδηλώνει ένα αρνητικό χαρακτηρισμό. Ετυμολογικά η προέλευση της σημασίας του προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη στίζω. Οι αρχαίοι

Έλληνες με τον όρο στίγμα αναφέρονταν σε σημάδια του σώματος τα οποία φανέρωναν κάτι το ασυνήθιστο και το κακό όσον αφορά την ηθική κατάσταση του φορέα τους. Η σύγχρονη χρήση των λέξεων στίγμα και στιγματισμός αναφέρεται σε μια οριοθεσία, η οποία επιτρέπει στα μέλη κάποιας κοινωνικής ομάδας να ξέρουν ποιος είναι μέσα σε αυτήν και ποιος έξω από αυτήν, γεγονός που επιτρέπει στην έσω ομάδα να διατηρήσει την αλληλεγγύη της με την επίδειξη του τι συμβαίνει σε εκείνους που παρεκκλίνουν από τους αποδεκτούς κανόνες της συμπεριφοράς (έξω ομάδα). Για το κοινωνικό στίγμα έχουν αποδοθεί διάφοροι ορισμοί που συγκλίνουν σε μια κοινή αποδοχή. Το κοινωνικό στίγμα προϋποθέτει ένα χαρακτηριστικό που αποκλίνει από ένα κοινωνικό κανόνα και έχει καθοριστικό ρόλο στα πλαίσια μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Στον εικοστό αιώνα ο όρος στίγμα αναβίωσε από τον κοινωνιολόγο Erving Goffman και αφορά περισσότερο την ίδια την ατίμωση παρά τη σωματική απόδειξή της (Goffman, 2001: 63). Κατά τον Goffman το στίγμα οφείλεται σε σωματικές ατέλειες, σε ατέλειες του χαρακτήρα (αδυναμία του χαρακτήρα να κόψει το κάπνισμα), και τέλος, σε ατέλειες συνυφασμένες με τη φυλή, το φύλο, τη θρησκεία και την εθνότητα. Και τα τρία αυτά είδη στίγματος αφορούν ένα σύστημα αξιολόγησης που στηρίζεται σε αρκετά διαφορετικά μεταξύ τους γνωρίσματα: επίκτητα (σωματικά, νοητικά, πολιτισμικά) ή εκ γενετής, μόνιμα ή προσωρινά (Goffman, 2001: 66-67). Το στίγμα με άλλα λόγια έχει ένα δυναμικό χαρακτηριστικό που είναι αποτέλεσμα της στενής αλληλεπίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων τα οποία συνεισφέρουν στη μεταβολή της δυναμικής του στιγματισμού ατόμων και ομάδων στις κοινωνίες. Γι' αυτό και στην αναφορά του στον όρο στίγμα κάνει λόγο για «σχέσεις» και όχι για «χαρακτηριστικά» (Goffman, 2001: 65). Για τον Goffman τόσο η έννοια του στίγματος όσο και ο χαρακτηρισμός ενός γνωρίσματος ως στιγματιστικού και απαξιωτικού δεν ούτε φυσική, ούτε και εγγενής. Όπως ο ίδιος σημειώνει «τούτη η διαφορετικότητα πηγάζει από την ίδια την κοινωνία, διότι συνήθως, προτού μια διαφορά αποκτήσει μεγάλη σημασία, πρέπει να γίνει συλλογικά αντιληπτή από την κοινωνία ως σύνολο» (Goffman, 2001: 205). Με άλλα λόγια, το στίγμα προσεγγίζεται ως κοινωνική κατασκευή: η κοινωνία επινοεί κατηγορίες, καθιερώνει τα μέσα κατάταξης των ατόμων σε αυτές και αποδίδει συγκεκριμένες σημασίες σε ένα συγκεκριμένο φάσμα γνωρισμάτων, καθορίζοντας κάποια ως φυσιολογικά και

συνηθισμένα και κάποια άλλα ως αφύσικα και απαξιωτικά. Συγκροτείται έτσι μια ηγεμονία της «εξωτερικής εμφάνισης» και μια ιδεολογική πλατφόρμα που δικαιολογεί, αν δεν τεκμηριώνει, τον τύπο γνωρισμάτων που αποδίδεται σε ορισμένα υποκείμενα και κατά συνέπεια την κατώτερη θέση τους στην κοινωνική δομή (Goffman, 2001: 67).

Έτσι, ο Goffman ερμηνεύει την έννοια του στίγματος ως υποβάθμιση της ίδιας της ανθρώπινης ταυτότητας του στιγματισμένου. Η ταυτότητα του ανθρώπου που φέρει το στίγμα εκλαμβάνεται, κατά κάποιο τρόπο ως «φθαρμένη», κατεστραμμένη, (spoiled identity) έτσι ώστε να θεωρείται ότι αξίζει λιγότερο από τους άλλους. Το δυσφημιστικό αποτέλεσμα της έχει εμμέσως το χαρακτήρα της ηθικής αποτυχίας, την οποία αναπόφευκτα βιώνει το στιγματισμένο άτομο, στο μέτρο που έχει τις ίδιες απόψεις περί ταυτότητας με τους φυσιολογικούς, έχει δηλαδή επίγνωση, τόσο των κοινωνικών προτύπων της κανονικότητας, όσο και του βαθμού απόκλισης του από αυτά. Συμπεριφορές που δεν εναρμονίζονται με τα κοινωνικά δεδομένα και καταπατούν τα ισχύοντα κυρίαρχα κανονιστικά πρότυπα περί ταυτότητας (Goffman, 2001:211), ανατρέπουν τις προσδοκίες των υπολοίπων μετεχόντων στην αλληλεπίδραση ως προς τα γνωρίσματα που θα έπρεπε να κατέχουν. Όσοι διαφέρουν από αυτό το ιδανικό πρότυπο κρίνονται ανεπαρκώς εξοπλισμένοι και εκτεθειμένοι σε μια αρνητική αξιολόγηση, και εμπλέκονται εκ των πραγμάτων σε μια διαδικασία διαχείρισης του στίγματος. Αυτού του είδους η παρέκκλιση συνιστά τη βασική αιτιολογία για την κοινωνική τους περιθωριοποίηση, τη συρρίκνωση της ανθρώπινης ιδιότητας τους και τον περιορισμό των ευκαιριών της ζωής τους.

Είκοσι χρόνια μετά τον Goffman, ο Edward Jones και οι συνάδελφοι εξέτασαν τον αντίκτυπο που έχει ο στιγματισμός τόσο στην ψυχική κατάσταση αυτών που στιγματίζονται, όσο και τη συνολική επίπτωση που έχουν τέτοιες καταστάσεις στην ευρύτερη κοινωνία. Ανάδειξαν τις ανησυχίες, σχετικά με τη συνεπαγωγή επί των κοινωνικών σχέσεων, που έχει για ένα άτομο ο στιγματισμός και η επισήμανση του ως αποκλίνων. Αναδείχτηκε ότι οι προσωπικές εμπειρίες των στιγματισμένων/περιθωριοποιημένων ατόμων συνδέονται στενά με αισθήματα κατάθλιψης, θυμού και ταπείνωσης. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη διαφόρων στρατηγικών από τη μεριά των στιγματισμένων, με σκοπό την αντιμετώπιση των κοινωνικών επιπτώσεων του στίγματος. Η ανάπτυξη



αυτών των στρατηγικών αναφέρεται: (α) Στην δυνατότητα απόκρυψης (Jones et al., 1984 :27) που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η εξέλιξη του στίγματος σχετίζεται με τις ενέργειες που μπορεί να κάνει το άτομο για να βελτιώσει ή να εξαλείψει αυτό το χαρακτηριστικό. Εκτός από τα αποτελέσματα που θα έχει κάτι τέτοιο στις κοινωνικές συναναστροφές και σε ατομικό επίπεδο θα υπάρχουν οφέλη, λόγω του ότι μια τέτοια αλλαγή θα οδηγήσει το άτομο σε αύξηση της αυτοεκτίμησής του. (β) Στον έλεγχο του στίγματος, που αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο είτε αποβάλλει τις αρνητικές επιρροές που αυτό έχει σε μια κοινωνική αποστροφή είτε τις διατηρεί (Jones et al., 1984 :36). (γ) Στη διασπασιμότητα, στην αποδιοργάνωση, που αναφέρεται στο πως το στιγματισμένο άτομο μπορεί να παρεμποδίσει την κοινωνική αλληλεπίδραση. Το άτομο εδώ δε δέχεται παθητικά τη ροή των πραγμάτων, όπως στην προηγούμενη διάσταση, αλλά επιλέγει τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεται (Jones et al., 1984 :45). (δ) Στις αισθητικές ιδιότητες, που αναφέρεται στις αντιδράσεις που προκαλεί η παρουσία του στίγματος. Ένας αισθητικός παράγοντας είναι υπεύθυνος για την κοινωνική απόρριψη ατόμων με χαρακτηριστικά στίγματος (Jones et al., 1984 :49-56). (ε) Στην καταγωγή, που αναφέρεται στην αιτιολογία των περιστάσεων που οδήγησαν στην κατάσταση στιγματισμού και πολλές φορές εμπλέκει το ίδιο το άτομο για τη δημιουργία στίγματος (Jones et al., 1984 :50). Η ευθύνη του ατόμου για την απόκτηση του χαρακτηριστικού που στιγματίζεται είναι πολύ σημαντική για τη διαδικασία στιγματισμού. Η ευθύνη για την απόκτηση του χαρακτηριστικού οδηγεί σε αρνητικές συμπεριφορές και τρόπους αντιμετώπισης από τους άλλους (Jones et al., 1984 :65). (στ) Στο κίνδυνο που συνεπάγεται η κατάσταση στιγματισμού, που αναφέρεται στο εάν δηλαδή η κατάσταση στιγματισμού εγκυμονεί κανένα κίνδυνο για την κοινωνία και, αν ναι, πόσο σοβαρή επίκειται να είναι (Jones et al., 1984 :65).

Εξετάζοντας κάθε μία από αυτές τις στρατηγικές (ή διαστάσεις του στίγματος) σε σχέση με το κάπνισμα, μπορούμε να πούμε, ότι ο κοινωνικός στιγματισμός του καπνιστή είναι δυνατό να δεχθεί λιγότερες αρνητικές συνέπειες από άλλα κοινωνικά στίγματα. Το κάπνισμα είναι μια ιδιαίτερα ορατή δραστηριότητα, αλλά σε αντίθεση με τα άτομα που υπόκεινται σε άλλες περιθωριοποιημένες κοινωνικές καταστάσεις, όπως αυτοί που έχουν παραμορφωτικές σωματικές αναπηρίες, οι καπνιστές έχουν τη δυνατότητα να αποκρύψουν τη συνήθειά τους. Μπορούν να αποφεύγουν από το

κάπνισμα σε δημόσιους χώρους ή να το κρατήσουν μυστικό. Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες αισθητικές ιδιότητες που κάνουν τον καπνιστή απωθητικό. Με άλλα λόγια, οι καπνιστές φαίνεται να τα πηγαίνουν καλύτερα σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις του στίγματος από ό,τι τα άτομα με άλλες περιθωριοποιημένες κοινωνικές καταστάσεις. Ωστόσο, αν και φαίνεται ότι ο στιγματισμός του καπνιστή δεν είναι τόσο σοβαρός σε σχέση με άλλους κοινωνικούς στιγματισμούς, ο στιγματισμός του καπνίσματος φαίνεται να δημιουργεί τις γνωστές συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό δείχνει, ότι η χρήση του στίγματος ως μια μορφή κοινωνικού ελέγχου μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες, ακόμη και σε περιπτώσεις που πιστεύουμε ότι η φύση του στιγματισμού είναι αμφίβολη ή ακόμη και ευεργετική.

Ο Scambler, μέσα από την μελέτη του για το στίγμα στην επιληψία, το χαρακτήρισε ως οντολογικό έλλειμμα, καθώς τα άτομα με επιληψία αισθάνθηκαν την ντροπή ως μια αίσθηση ατέλειας. Αυτό οδήγησε τον Scambler σε μια αναλυτική διάκριση ανάμεσα σε δύο λέξεις με διαφορετικές καταγωγές – το στίγμα και την απόκλιση - οι οποίες ωστόσο συχνά αντιμετωπίζονται ως συνώνυμα. Ενώ το στίγμα υποδηλώνει ένα οντολογικό έλλειμμα, η απόκλιση αναφέρεται σε ένα ηθικό έλλειμμα. Το στίγμα συνδέεται με την «ντροπή» και η αποκλίνουσα συμπεριφορά με την «ενοχή». Επιπλέον, ο Scambler διακρίνει το στιγματισμό σε «εξωτερικό στίγμα» ή «διάκριση» (enacted stigma=συντελεσμένος στιγματισμός) και σε «εσωτερικό στίγμα» ή «αυτοστιγματισμο» (felt stigma=συναίσθηση του στίγματος) (Scambler, 1989). Το δεύτερο αναφέρεται στην ντροπή και την προσδοκία της διάκρισης, που εμποδίζει τους ανθρώπους να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους και τους αποτρέπει από το να ζητήσουν βοήθεια. Το πρώτο αναφέρεται στην εμπειρία της άδικης αντιμετώπισης από τους άλλους. Το δεύτερο μπορεί να είναι τόσο καταστροφικό όσο και το πρώτο καθώς οδηγεί στην απόσυρση και τον περιορισμό της κοινωνικής υποστήριξης (Scambler, 1998). Για τον Scambler ο συντελεσμένος στιγματισμός εμφανίζεται σπανιότερα από όσο οδηγούμαστε να πιστέψουμε, βάσει της ορθόδοξης άποψης (της άποψης του Goffman), κι ότι ουσιαστικά είναι η συναίσθηση του στίγματος που προκαλεί μεγαλύτερο άγχος στους ανθρώπους. Οι στιγματισμένοι μοιράζονται το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω τους και γι' αυτό αισθάνονται ντροπή. Κατά συνέπεια, τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές προκειμένου να ξεπεράσουν την ντροπή τους και προσπαθούν να παρουσιάσουν τον εαυτό τους ως «φυσιολογικό». Αυτή η απόκρυψη είναι χειρότερη από ότι ο ίδιος ο στιγματισμός.

Αυτή η διάκριση έχει σημασία στην εξέταση του στιγματισμού στην καπνιστική συμπεριφορά. Αφενός, με την ιατροκοποίηση της διακοπής του καπνίσματος (Fitzpatrick, 2001: 245) και το χαρακτηρισμό αυτής της συνήθειας ως εθιστικής, δηλώνονται στοιχεία σωματικού ελλείμματος που μπορεί να προκαλέσουν στον καπνιστή αισθήματα ντροπής, καθώς αισθάνεται ότι αποκλίνει από το 'κανονικό'. Αφετέρου, με την εισαγωγή του όρου «παθητικό κάπνισμα» και τις δυσμενείς επιπτώσεις αυτού στο κοινό ο καπνιστής αισθάνεται κάποιο είδος ενοχής για τις βλάβες που προκαλεί σε τρίτους. Αυτά είναι τα στοιχεία που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση του συντελεσμένου στίγματος και στην συναίσθηση του στίγματος.

Οι Link & Phelan (2001) ανέπτυξαν ένα μοντέλο της διεργασίας του κοινωνικού στιγματισμού (στέκονται στο κοινωνικό επίπεδο, χωρίς να ασχολούνται με την επιμέρους λειτουργία του στίγματος), όπου φαίνεται ότι μια λογική αλληλουχία γεγονότων (πορεία του στίγματος) οδηγεί στη δημιουργία του κοινωνικού στιγματισμού. Σύμφωνα λοιπόν με αυτούς το στίγμα δημιουργείται όταν συνυπάρχουν τα εξής γεγονότα: α) η επισήμανση (τα άτομα διακρίνουν και «βάζουν ταμπέλες» στις ανθρώπινες διαφορές), β) τα στερεότυπα (επικρατούσες κοινωνικό-πολιτιστικές ιδεολογίες που αποδίδουν σε άτομα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά για το σύνολο) γ) ο διαχωρισμός (τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται σαν έξω-ομάδα, σαν «αυτοί» σε αντίθεση με το «εμείς») δ) οι διακρίσεις που υφίστανται τα στιγματισμένα άτομα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και τέλος ε) η δύναμη της κοινωνικής εξουσίας (μόνο οι κοινωνικά ισχυρές ομάδες μπορούν να στιγματίζουν τους άλλους) (Link and Phelan, 2001).

Οι Link & Phelan, σε αντίθεση με τον Goffman, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση και αναγνωρίζουν το στιγματισμό ως μια κοινωνική διαδικασία που συντηρεί και αναπαράγει τις σχέσεις εξουσίας και ελέγχου που οδηγούν στην κοινωνική περιθωριοποίηση. Οι κοινωνικές ανισότητες κατέχουν εξέχουσα θέση ανάμεσα στην προαπαιτούμενη διαδικασία (Parker and Aggleton, 2003; Link and Phelan, 2001). Για την επιτυχή «φθορά» των ταυτοτήτων, οι αποδέκτες πρέπει να είναι σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τα άτομα, τους οργανισμούς και ιδρύματα που συμπλέκονται με την δυσφήμισή τους: «το στίγμα είναι εντελώς εξαρτημένο από την πρόσβαση στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική δύναμη» (Link and Phelan, 2001: 375). Κατά τον Burriss το μοντέλο αυτό είναι βοηθητικό στο να κάνει σαφές ότι

αρκετά κοινά ψυχοκοινωνικά φαινόμενα είναι αναγκαία αλλά δεν επαρκούν για να στοιχειοθετήσουν ένα στίγμα. Όλες οι διακρίσεις δεν είναι στίγμα. Ακόμη το μοντέλο αυτό, παρά τις σημαντικές γνώσεις που προσφέρει, δεν απεικονίζει την επιμέρους εμπειρία του στίγματος και την κρίσιμη λειτουργία της κοινωνικής εξουσίας μέσα από αυτή την εμπειρία (Burris, 2002).

Να δούμε πως λειτουργεί το μοντέλο αυτό σε σχέση με το κάπνισμα. Το πρώτο στοιχείο η αναγνώριση των διαφορών και η χρήση της επισήμανσης, σχετίζεται με μεταβολές της συνήθειας του καπνίσματος. Καθώς η συνήθεια του καπνίσματος μειώνεται ανάμεσα στους πληθυσμούς, ο καπνιστής επισημαίνεται – ετικετοποιείται ως όλο και πιο διαφορετικός από την πλειοψηφία. Το δεύτερο στοιχείο, η εφαρμογή των αρνητικών στερεοτύπων αντικατοπτρίζεται στα διάφορα αρνητικά στερεότυπα με τα οποία συνδέονται οι καπνιστές, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως απερίσκεπτοι, ανόητοι, ανεύθυνοι, ως άτομα που έχουν άγνοια κινδύνου, έλλειψη αυτοελέγχου, ως άτομα που έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την κακή υγεία τους, και ως άτομα που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Ο διαχωρισμός σε «έξω» και «έσω» ομάδα, το τρίτο στοιχείο, γίνεται φανερός από τις απαγορεύσεις του καπνίσματος που κάνουν εύκολη τη διάκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών. Το τέταρτο στοιχείο είναι οι δυσμενείς διακρίσεις που υφίστανται τα μέλη της «έξω-ομάδας», λόγω πολιτικών που χωρίζουν τους απλούς πολίτες σε έσω ομάδες (μη καπνιστές) και έξω-ομάδες (καπνιστές). Σύμφωνα με έρευνα 6.000 επιχειρήσεις (π.χ., Alaska Airlines, Union Pacific, καθώς και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) αρνούνται να προσλάβουν καπνιστές (ACLU, 1998). Το τελικό στοιχείο των Link και Phelan στη διαδικασία του στιγματισμού αποτελεί η δύναμη της κοινωνικής εξουσίας. Αυτό είναι κρίσιμο σημείο καθώς, σε σχέση με το κάπνισμα αυτή η συνήθεια στιγματίστηκε, όταν ήδη είχε περιοριστεί σε ομάδες με κατώτερο επίπεδο τόσο μορφωτικό όσο και κοινωνικοοικονομικό (Wetter et al., 2005).

Το αξιολογητέο στη θεώρηση των Link & Phelan είναι ότι υιοθετούν τη θέση του Goffman περί διαβάθμισης του στίγματος. Κατ' αυτούς, η επισήμανση των ανθρώπινων διαφορών μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο εμφανής. Μια επισήμανση μπορεί να συνδέσει ένα άτομο με πολλά στερεότυπα, με λίγα ή με κανένα. Επιπλέον, η δύναμη της σύνδεσης μεταξύ των επισημάνσεων και των ανεπιθύμητων ιδιοτήτων έχει σχετικό χαρακτήρα, καθώς μπορεί να είναι έντονη ή

ασθενής. Ο βαθμός διαχωρισμού σε «έσω» και «έξω» ομάδες («εμείς» και «αυτοί») μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο πλήρης, και, τέλος, η έκταση των διακρίσεων μπορεί να ποικίλει. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένες ομάδες είναι περισσότερο στιγματισμένες από άλλους και ότι ποικίλλουν οι διαφορές στην εμπειρία και στην έκταση του στίγματος (Link and Phelan, 2001).

Συνοψίζοντας τις παραπάνω θέσεις, διαπιστώνουμε ότι το στίγμα είναι περισσότερο η κατάληξη μιας διαδικασίας ταξινόμησης και ορισμού ατόμου ή κάποιας ομάδας, η οποία προέρχεται από την κοινωνική αλληλεπίδραση, από τη συναλλαγή μεταξύ των ατόμων, και όχι μια απόδοση ενός χαρακτηριστικού γνωρίσματος, που το άτομο αυθαίρετα κάνει σε κάποιο άλλο άτομο, όταν το τελευταίο αποκτά μια ιδιότητα που είναι δυσφημιστική για τους κανόνες της αλληλεπίδρασης. Η κοινωνία δηλαδή, με τους κανόνες και τις έννοιες της, και όχι ανεξάρτητα το κάθε άτομο έχει επίδραση στη διαδικασία στιγματισμού. Η έννοια του στίγματος κατά αυτόν τον τρόπο δεν είναι στατική και σταθερή, αλλά είναι κάτι που επηρεάζεται από τις κοινωνικές αλλαγές πέρα από οποιαδήποτε δεδομένη εποχή. Οι επιπτώσεις του στίγματος στα στιγματισμένα άτομα είναι πολύμορφες. Στο ψυχολογικό επίπεδο συνδυάζονται με κατάθλιψη, έλλειψη αυτοεκτίμησης, απελπισία. Στο κοινωνικό επίπεδο, ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις οδηγούν στην διάκριση των στιγματισμένων ατόμων και τον αποκλεισμό τους από κοινωνικές διεργασίες.

#### 4. Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Τα τελευταία δέκα χρόνια, η στρατηγική της «αποκανονικοποίησης» της χρήσης του καπνού έχει καταστεί ο ακρογωνιαίος λίθος της παγκόσμιας εκστρατείας για τον έλεγχο του καπνίσματος. Με τον όρο αποκανονικοποίηση του καπνού εννοούμε, «όλα τα προγράμματα και τις δράσεις που αναλαμβάνονται για να ενισχυθεί το γεγονός ότι η χρήση του καπνού δεν είναι (και δεν θα πρέπει να είναι) μια κανονική ή φυσιολογική δραστηριότητα στην κοινωνία μας ... [και] τα όποια [προγράμματα] ζητούν από τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα, και ως εκ τούτου να βρίσκονται σε συμφωνία με την πλειοψηφία των ατόμων που δεν καπνίζουν» (Lavack, 1999: 82). Ενισχύοντας την άποψη ότι «η χρήση του καπνού δεν αποτελεί τη δεσπόζουσα τάση ή μια κανονική δραστηριότητα στην κοινωνία μας» (Thrasher, 2006) η στρατηγική της «αποκανονικοποίησης» έχει ως απώτερο στόχο να αξιοποιήσει τη δύναμη της κοινωνικής πίεσης για να καταστεί το κάπνισμα μια

συμπεριφορά «λιγότερο επιθυμητή, λιγότερο αποδεκτή και λιγότερο προσιτή» (CDHS, 1998:3). Η στρατηγική αυτή, με άλλα λόγια, αποσκοπεί στο να επηρεάσει τους κοινωνικά αποδεκτούς κανόνες (social norms) που περιβάλλουν την εν λόγω συμπεριφορά, αφενός, κάνοντας τη συμπεριφορά λιγότερο συχνή, και αφετέρου, μειώνοντας την κοινωνική αποδοχή της. Κάνοντας μια συμπεριφορά λιγότερο κοινωνικά αποδεκτή, αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει κίνητρο για τα άτομα να αλλάξουν τις ανθυγιεινές συμπεριφορές τους και επίσης μπορεί να ενδυναμώσει τη δημόσια στήριξη για άλλα μέτρα και παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας.

Είναι γεγονός, ότι αγγλοσαξονικές χώρες που ακολούθησαν μια τέτοια στρατηγική είχαν σημαντικά θετικά αποτελέσματα. Πρώτα από όλα, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μειώθηκε και πολλοί σταμάτησαν να καπνίζουν (Baha and Le Faou, 2010; Hammond et al., 2006; Chapman and Freeman, 2008; Bayer and Stuber, 2006; Soliman et al., 2004).

Ωστόσο, αυτό που προκαλεί έκπληξη είναι, ότι αυτή η επιτυχημένη πολιτική συνέβαλε στη μετατόπιση των στρατηγικών της αποκανονικοποίησης και στην ανάδυση ενός «νέου πατερναλισμού». Ενώ πριν οι στρατηγικές αυτές στρεφόταν στο πως θα προφυλάξουν τους τρίτους από το παθητικό κάπνισμα, και ήταν ηθικά δικαιολογημένες από την αρχή της μη βλάβης, φάνηκε ότι αποτελούν την «κερκόπορτα» για να επηρεάσουν έμμεσα την πρόσβαση των καπνιστών στην χρήση του καπνού (Bell, 2010). Αυτή η μετατόπιση των στρατηγικών, από τον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας στον περιορισμό των καπνιστών (το κοινωνικά απαράδεκτο μετατοπίστηκε από την ενέργεια στο πρόσωπο), συνέβαλε, ακούσια ή εκούσια, όπως διάφοροι μελετητές έχουν επισημάνει στον ενεργό στιγματισμό των καπνιστών (Stuber et al., 2008; Schroeder, 2008; Bayer, 2008). Σχολιάζοντας αυτή την κοινωνική μεταμόρφωση της έννοιας του τσιγάρου και της έννοιας του καπνιστή, ο Allan Brandt, ειδικός στην ιστορία της ιατρικής γράφει: «Κατά τα τελευταία μισού αιώνα, το τσιγάρο έχει μεταμορφωθεί. Από ένα αρωματικό προϊόν έχει καταστεί βρώμικο, από ένα έμβλημα της έλξης έχει γίνει αποκρουστικό, από ένα σημάδι κοινωνικότητας έχει γίνει σημάδι απόκλισης, [το κάπνισμα] από μια δημόσια συμπεριφορά έχει γίνει πλέον σχεδόν ιδιωτική... Δεν είναι μόνο ότι η έννοια του τσιγάρου έχει μετατραπεί, αλλά ακόμη περισσότερο, έχει μετατραπεί η

έννοια του καπνιστή... [Ο καπνιστής] έχει καταστεί παρίας... το αντικείμενο περιφρόνησης και εχθρότητας» (Brandt, 1998: 176).

Τα στοιχεία του στιγματισμού προέρχονται από ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες που εξετάζουν τις αντιλήψεις των καπνιστών γύρω από τη βλαβερή πράξη τους και την προκατάληψη από τους άλλους (Stuber et al., 2008; Chapple et al., 2004; Coxhead and Rhodes, 2006; Kim and Shanahan, 2003; Richards et al., 2003), τον στιγματισμό των καπνιστών όπως αυτός παρατηρείται στην απασχόληση, στην υγειονομική περίθαλψη, στις προσωπικές σχέσεις, και στα μέσα ενημέρωσης (Bottorff et al., 2006, 2005; Gilbert et al., 1998; Wassenaar et al. 2007, Verger et al. 2008, Smith, 2007), την αρνητική στάση για τους καπνιστές από τους μη καπνιστές (Stuber et al., 2008; Rozin and Singh, 1999, Kim and Shanahan, 2003; Goldstein, 1991, Moore, 2005) και την αρνητική στάση των καπνιστών απέναντι στους ίδιους τους εαυτούς (εσωτερίκευση του στίγματος) (Irwin et al., 2005; Swanson et al., 2001; Pechmann and Knight, 2002; Farrimond and Joffe, 2006). Σε σχέση με το φύλο υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις ότι ο στιγματισμός είναι πιο πιθανός για τις μητέρες που καπνίζουν, σε σύγκριση με τους πατέρες. Οι μητέρες παραδοσιακά θεωρούνται ως φύλακες της οικογενειακής υγείας και η εμπειρία έχει δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας 'κατηγορούν' τις μητέρες όταν αυτές θεωρούνται ότι παραμελούν τα καθήκοντά τους (Oaks, 2000; Jackson and Mannix, 2004; Graham, 1976). Αυτές οι πεποιθήσεις αντικατοπτρίζονται σε μηνύματα, όπως αυτό της Αμερικανικής Πνευμονολογικής Εταιρείας «Σταμάτησα το κάπνισμα. . . επειδή Αγαπώ το μωρό μου» (Brandt, 1998). Πράγματι, αρκετές ποιοτικές μελέτες δείχνουν ότι οι μητέρες που καπνίζουν είναι πιθανότερο να θεωρηθεί ότι βλάπτουν τα παιδιά τους (Farrimond and Joffe, 2006; Oaks, 2000; Greaves and Tungohan, 2007; Greaves et al., 2007) και είναι επίσης πιθανό να εσωτερικεύουν το στιγματισμό του καπνίσματος (Coxhead and Rhodes, 2006; Irwin et al., 2005).

Σε σχέση με την κοινωνική τάξη (social class) λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και το στιγματισμό, και τα αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι ανάμεικτα. Μια ποιοτική μελέτη σε Βρετανούς καπνιστές βρήκε μεγαλύτερη αντίληψη του στιγματισμού και εσωτερίκευση του στίγματος του καπνίσματος μεταξύ των καπνιστών που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα ((Farrimond and Joffe, 2006). Αυτό είναι σύμφωνο με έρευνα που δείχνει, ότι οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις είναι ιδιαίτερα ευάλωτες

στο στιγματισμό (συντελεσμένο στίγμα) όταν δεν διατηρούν τα πρότυπα της υγείας της «μεσαίας τάξης» και ότι, οι ομάδες που έχουν ήδη στιγματιστεί είναι πιθανό να θεωρηθούν ως πηγές βλάβης (Crawford, 1994). Ωστόσο, μια πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε χαμηλότερα επίπεδα του στιγματισμού (εσωτερίκευσης του στίγματος, συναίσθηση του στίγματος) μεταξύ των καπνιστών που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα σε σύγκριση με καπνιστές υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, χαμηλότερα επίπεδα στιγματισμού στους μαύρους και τους λατινογενείς πληθυσμούς των καπνιστών σε σύγκριση με τους λευκούς (Stuber et al., 2008). Επίσης η διακοπή του καπνίσματος ήταν σε ποσοστό μεγαλύτερη μεταξύ των καπνιστών που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα σε σύγκριση με αυτούς που ανήκουν σε χαμηλότερα (Hammond et al., 2006). Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διατηρούν αρνητικά στερεότυπα για τους ασθενείς χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (van Ryn and Burke, 2000).

## 5. Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το έργο του Goffman διαπερνά τις μελέτες που σχετίζουν το κάπνισμα με το στίγμα για πάνω από δύο δεκαετίες. Μια канаδική μελέτη στη δεκαετία του 1980 βασίστηκε στις ιδέες του για να τεκμηριώσει τον τρόπο με τον οποίο οι μη καπνιστές αποδίδουν αρνητικά στερεότυπα στους καπνιστές, βλέποντάς τους ως «βρώμικους», «αδιάφορος» και «με αδύναμη θέληση» (Goldstein, 1991). Τα τελευταία χρόνια το έργο του Goffman, όλο και συχνότερα αποτελεί σημείο αναφοράς, για τη θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση του στιγματισμού (Bayer and Stuber, 2006; Burgess, 2009; Ritchie et al., 2010; Thompson et al., 2007).

Στη συζήτηση για το στιγματισμό και το κάπνισμα ένα βασικό σημείο είναι το κατά πόσο συνδέεται ο καπνιστής με κάποια αρνητικά στερεότυπα. Για παράδειγμα, μια αυστραλιανή μελέτη της πολιτιστικής αναπαράστασης των καπνιστών σε διάφορα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως ειδήσεις, δημοσκοπήσεις και ιστοσελίδες, τους βρήκε να χαρακτηρίζονται ως ‘δύσοσμοι’, ‘εγωιστές’, ‘μη ελκυστικοί’ και ότι κάνουν



υπέρμετρη χρήση των υπηρεσιών δημόσιας περίθαλψης (Charman and Freeman, 2008). Ποιοτικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις διαπιστώσεις. Οι μη καπνιστές περιγράφουν το κάπνισμα ως «αηδιαστική συνήθεια» και τους καπνιστές ως «απόβλητους» και «λεπρούς» και χαρακτηρίζουν τη μυρωδιά τους «δυσώδη», «βρωμερή», και την εμφάνιση τους «βρώμικη», «με καφέ δόντια», «με ξηρό, ρυτιδωμένο δέρμα» (Farrimond and Joffe, 2006). Οι καπνιστές έχουν επίγνωση αυτών των αρνητικών απεικονίσεων (στερεότυπων) και κάνουν λόγο για μια διάχυτη κοινωνική αποδοκιμασία η οποία αντανακλά την αίσθηση «μιας άδικης απόφασης που τους στιγματίζει ως άτομα» (Louka et al., 2006; Platt, 2009).

Ωστόσο, δεν είναι όλοι οι ερευνητές πεπεισμένοι ότι το να είσαι καπνιστής μπορεί να θεωρηθεί ως στίγμα. Για παράδειγμα, το χαρακτηριστικό της δυσφήμισης που έχουν οι καπνιστές φαίνεται να αποτελεί μια παροδική ποιότητα, που υφίσταται όταν καπνίζουν, αλλά απουσιάζει τις άλλες φορές (Ritchie et al., 2010). Κατά τον Burris το ζήτημα σχετίζεται με πιο θεμελιώδεις ανησυχίες. Ενώ ο Burris κάνει αποδεκτό ότι το κάπνισμα θεωρείται ευρέως ως μια ανεπιθύμητη συνήθεια, θεωρεί ότι, οι στρατηγικές «αποκανονικοποίησης» είναι πολύ διαφορετικές από την αποανθρωποποίηση (dehumanizing) που είναι ζήτημα κεντρικής σημασίας στο στιγματισμό. Όπως αναφέρει:

Μπορούμε να κάνουμε το κάπνισμα να φαίνεται ανεπιθύμητο, δυσάρεστο, ξενέρωτο. Δεν υποστηρίζω μια εξαντλημένη ευαισθησία στην οποία ακόμη και η κοινωνική αποδοκιμασία μιας συμπεριφοράς θεωρείται ως δείγμα καταναγκασμού ή στιγματισμού. Ο φόβος του καπνίσματος ... μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία στίγματος, αλλά δεν είναι στίγμα, και δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην προωθηθεί, αν πιστεύουμε ότι θα μειώσει τα ποσοστά των καπνιστών (Burris, 2008: 475).

Η προσέγγιση του Burris φαίνεται να υπονομεύει την εννοιολογική σχέση μεταξύ στιγματισμού και καπνίσματος. Τη θέση αυτή υποστηρίζουν ο Burgess και οι συνεργάτες του, λέγοντας ότι ο στόχος της «αποκανονικοποίησης» είναι απλώς να προσδώσει στο κάπνισμα ένα αρνητικό πρόσημο, το οποίο δεν ισοδυναμεί με μια «άκρως ενστικτώδη μορφή κοινωνικού ελέγχου» που είναι χαρακτηριστικό του στιγματισμού (Burgess et al., 2009).

Από την άλλη όμως, σύμφωνα με την Lavack, μέσα από τον όρο «αποκανονικοποίηση» η συμπεριφορά του καπνίσματος γίνεται αντιληπτή ως «μη φυσιολογική». Κατά την Lavack η αποκανονικοποίηση του καπνίσματος ενισχύει τόσο την ιδέα μιας «πλειοψηφίας χωρίς καπνό» και ακόμη την ιδέα, ότι η χρήση του καπνού δεν είναι «μια κανονική ή φυσιολογική δραστηριότητα στην κοινωνία μας» (δηλαδή, δεν είναι ένα «συνηθισμένο», πράγμα που κάνουμε), όσο και την ιδέα ότι το κάπνισμα «δεν θα πρέπει να είναι» μια συνήθης δραστηριότητα (Lavack, 1999). Αυτό το μη φυσιολογικό το περιγράφει η Nussbaum ως τυπικό χαρακτηριστικό του κοινωνικού στίγματος. Την άποψη αυτή φαίνεται να επικυρώνουν και εμπειρικές ενδείξεις για τις οποίες κάναμε αναφορά σε προηγούμενη ενότητα. Στη μελέτη της Stuber το 38% των καπνιστών που συμμετείχαν στη μελέτη, συμφωνούν με τη δήλωση ότι «οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι είναι κατώτερο ένα άτομο που καπνίζει» (Stuber et al., 2009).

Ένα δεύτερο ζήτημα, στο πλαίσιο της συζήτησης σχετικά με το στιγματισμό και το κάπνισμα, έχει να κάνει με το «πολιτικά παραγόμενο στίγμα» (policy produced stigma) (Bayer, 2008: 470) Ένας όρος που σηματοδοτεί το πώς οι πολιτικές μπορούν να κινητοποιήσουν και να επικυρώσουν την εχθρότητα σε αυτό που θεωρείται ως απειλή. Το ενδεχόμενο για τέτοια αποτελέσματα είναι ευρέως αναγνωρισμένο στο εσωτερικό της δημόσιας υγείας. Η ιστορία της δημόσιας υγείας είναι σημαδεμένη από πολιτικές που στο όνομα της προστασίας και της προαγωγής της υγείας, συνέβαλαν στην εντατικοποίηση του δημόσιου εξευτελισμού και σε επικυρωμένες από το κράτος διακρίσεις εις βάρος ομάδων που ήδη βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Μελέτες έχουν τεκμηριώσει το πώς, σε όλη τη διάρκεια του δέκατου ένατου και του εικοστού αιώνα, φτωχότερες κοινότητες (όπως οι μετανάστες και οι ιθαγενείς), απορρίφθηκαν γιατί μόλυναν τους άλλους μέσα από τις συνηθισμένες συμπεριφορές τους, οι οποίες ήταν σε αντίθεση με τους τρόπους ζωής που στο συγκεκριμένο χρόνο, ήταν φυσιολογικές, υγιείς και επιθυμητές (Petersen and Lupton, 1996). Στο πιο πρόσφατο παρελθόν, οι απαντήσεις της δημόσιας υγείας για το HIV / AIDS, με παρόμοιο τρόπο, φαίνεται να έχουν εντείνει τις προϋπάρχουσες ανισότητες που έχουν κατασκευαστεί γύρω από τη σεξουαλικότητα, το φύλο και την κοινωνική τάξη (Bayer and Stuber, 2006; Parker and Aggleton, 2003).

Δεδομένης αυτής της ιστορίας, θα αναμέναμε ότι οι πολιτικές που προκαλούν στίγμα, θα έπρεπε να αποφευχθούν. Πράγματι, οι ανησυχίες αυξάνονται αλλά συνήθως υπολείπονται της αδιαφιλονίκητης καταδίκης αυτών των πολιτικών. Αντ' αυτού, το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι πολιτικές ελέγχου του καπνού μπορεί δικαιολογημένα να απαιτούν ένα βαθμό στίγματος, αν θέλουν πετύχουν το στόχο τους στην προστασία της υγείας των ανθρώπων. Οι ηθικές αξιώσεις των μη καπνιστών κατέχουν σημαντική θέση σε αυτή την αξιολόγηση. Έτσι, συζητώντας τους περιορισμούς στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, οι Ritchie και συν, υποστηρίζουν ότι «είναι αναπόφευκτο ότι μια τέτοια πολιτική θα προκαλέσει κάποια περιθωριοποίηση (ή στίγμα) ορισμένων καπνιστών. . . αλλά αυτό. . . δικαιολογείται από την προστασία των μη καπνιστών από σωματική βλάβη» (Ritchie et al., 2010). Τα πιθανά οφέλη για την υγεία των πολιτικών που στιγματίζουν φαίνεται να επεκτείνεται και στους καπνιστές, για παράδειγμα, με την ενθάρρυνσή τους να σταματήσουν το κάπνισμα: «εάν αυτές είναι αποτελεσματικές, μπορεί να αποτελέσουν μια σημαντική συμβολή στην ευημερία των ανθρώπων που επιβαρύνονται» (Bayer, 2008: 470). Ενώ η αρχή αυτή είναι σε γενικές γραμμές αποδεκτή, η προσοχή πρέπει να στραφεί στις συνέπειες που θα έχει αυτό στην πρακτική. Και εδώ τίθεται το ερώτημα το τι χαρακτήρα θα λάβει από το αντικαπνιστικό κίνημα ο στιγματισμός και το ερώτημα πώς θα εκτιμηθούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις από ένα τέτοιο στιγματισμό στον καπνιστή (Bayer and Stuber, 2006; Burgess et al., 2009).

Οι υπερασπιστές της ηθικής αποδοχής του στιγματισμού των καπνιστών στηρίζονται σε δύο επιχειρήματα. Πρώτον, στο ότι ο στιγματισμός δεν επιφέρει τραγικές συνέπειες στην καθημερινότητά τους, και δεύτερον, στο ότι αυτός ο στιγματισμός είναι αναστρέψιμος. Από τη στιγμή που σταματήσουν το κάπνισμα αποφεύγουν την «εχθρική» συμπεριφορά των μη καπνιστών. Η κεντρική ιδέα είναι ότι τα άτομα, επειδή δεν θέλουν να ανήκουν στην έξω –ομάδα συμβαδίζουν με τους κοινωνικούς κανόνες. Έτσι, ο στιγματισμός μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς θα δράσει καταλυτικά στο να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, φέρνοντας άμεσα οφέλη τόσο στους ίδιους και έμμεσα οφέλη για την κοινωνία, λόγω της προκύπτουσας μείωσης των ασθενειών που συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά. Ένα ισχυρό επιχείρημα για τη χρήση του στιγματισμού ως εργαλείου για την επίτευξη των

στόχων της δημόσιας υγείας, σε σχέση με το κάπνισμα, αποτελεί η υψηλή θνησιμότητα και νοσηρότητα της καπνιστικής συμπεριφοράς. Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 400.000 θάνατοι και παγκοσμίως σχεδόν 5 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως οφείλονται στο κάπνισμα.

Ο Bayer, μέσα από μια σύνθετη θεώρηση που έχει ως βάση την ωφελμιστική ηθική, που χαρακτηρίζει τη δημόσια υγεία, θεωρεί ότι εάν εξισορροπηθούν οι αρνητικές συνέπειες του στιγματισμού και εάν τα οφέλη για τη δημόσια υγεία υπερβαίνουν αυτές (τις αρνητικές συνέπειες), τότε ο στιγματισμός θα ήταν ηθικά δικαιολογημένος, αφενός επειδή μπορεί «να προστατεύσει τους ανθρώπους από το να βλάπτουν τον εαυτό τους ή τους άλλους», και αφετέρου έχει ως στόχο «την επανένταξη των ατόμων που έχουν ντροπιαστεί» (Bayer, 2008: 470). Μια παρόμοια επιχειρηματολογία έχει εκφραστεί σε ορισμένες συζητήσεις για το ρόλο του στίγματος στο σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης. Οι συζητήσεις αυτές δείχνουν ότι ο στιγματισμός εξυπηρετεί μια θεμιτή και σημαντική λειτουργία. Η ηθική αποστροφή της κοινωνίας για την εγκληματικότητα και ο επακόλουθος στιγματισμός των δραστών, η κακή μεταχείριση και η στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων των εγκληματιών χρησιμεύουν ως αποτρεπτικοί παράγοντες για την τέλεση ενός εγκλήματος (Rasmussen, 1996).

Για τον Bayer το κεντρικό ερώτημα αφορά την αποτελεσματικότητα του στίγματος στη μείωση επιπολασμού του καπνίσματος, και παραθέτει αρκετές μελέτες που σχετίζονται με το στίγμα του καπνίσματος, όπου αναδεικνύεται η αποτελεσματικότητά του στη μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων και της επικράτησης του καπνίσματος ανάμεσα στον πληθυσμό (Kim and Shanahan, 2003; Alamar and Glantz, 2006; Hammond et al., 2006). Ακόμα, είναι η αλλαγή στην κοινωνική σύνθεση των καπνιστών που δικαιολογεί το ηθικά αποδεκτό του στιγματισμού των καπνιστών. Καθώς η συνήθεια του καπνίσματος είναι συχνότερη σε μειονεκτούντες πληθυσμούς (χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα), αυτοί βαρύνονται άνισα από νόσους που συνδέονται με το κάπνισμα και θα επωφεληθούν περισσότερο από την παρέμβαση. Για τον Bayer, οι όποιες βραχυπρόθεσμες ανισότητες που προκαλούνται από τις πολιτικές αποκανονικοποίησης, που εμμέσως ενθαρρύνουν ένα “ταξικό στίγμα”, δικαιολογούνται γιατί μακροπρόθεσμα θα βελτιωθεί η υγεία αυτής της ομάδας. Θεωρεί ότι η θέση του συνάδει με την ηθική

της δημοσίας υγείας, βάσει της οποίας κάποιοι περιορισμοί μπορούν να δικαιολογηθούν προς χάριν αυτής, όπως π.χ. ο περιορισμός της ατομικής ελευθερίας στην περίπτωση της καραντίνας (Buchanan, 2008).

Η ηθική αποδοχή του στιγματισμού της καπνιστικής συνήθειας κατά τον Bayer, εξαρτάται από την αξιολόγηση αυτού και του σκοπού αυτού. Όπως σημειώνει:

Πολλά θα εξαρτηθούν από τη φύση και την έκταση των βαρών που σχετίζονται με το στίγμα και το πώς το αντικαπνιστικό κίνημα αναπτύσσει το στιγματισμό ως μέσο κοινωνικού ελέγχου. Για παράδειγμα, πολιτικές και πολιτιστικά πρότυπα που οδηγούν σε απομόνωση και σοβαρή σύγχυση είναι διαφορετικές από εκείνες που προκαλούν δυσφορία. Γιατί αυτές που προκαλούν μια αίσθηση κοινωνικής ασθένειας (social disease) δεν είναι ίδιες με αυτές που ντροπιάζουν (mortify). Πράξεις που αποσκοπούν στον περιορισμό των περιπτώσεων στις οποίες επιτρέπεται το κάπνισμα είναι διαφορετικές από εκείνες που περιορίζουν το δικαίωμα στην εργασία, το να έχει κάποιος πρόσβαση στην υγεία ή στην ασφάλεια ζωής, ή το να ανήκει στην κοινότητα της επιλογής του (Bayer and Stuber, 2006).

Υποστηρίζει εδώ ο Bayer, ένα μέρος της ανάλυσης των Link και των συνεργατών του για το στίγμα, τη θεώρηση δηλαδή, ότι ο στιγματισμός μπορεί να λάβει πολλές μορφές, κάποιες από τις οποίες είναι λιγότερο σοβαρές και μακροχρόνιες και τα συστατικά κάποιων μορφών είναι διαφορετικά από κάποια άλλα. Αυτή η «διαβάθμιση» του στίγματος αποτελεί ένα σημαντικό οδηγό στην ανάγνωση των αποτελεσμάτων του στιγματισμού και στη χρήση των κατάλληλων πολιτικών.

Ωστόσο, δεν είναι σαφές πως θα γίνει η στάθμιση μεταξύ των οποιωνδήποτε επιβλαβών αποτελεσμάτων και των πιθανών ωφελειών αυτών των πολιτικών. Απέναντι στις πιθανές θετικές επιδράσεις από την στρατηγική της αποκανονικοποίησης του καπνίσματος, κυρίως όσον αφορά τα αποτελέσματα της υγείας, θα πρέπει να υπολογίσουμε τις πιθανές βλάβες της αποκανονικοποίησης και του στιγματισμού, που μπορεί να περιλαμβάνει αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία, καθώς η παρακίνηση των αισθημάτων της ντροπής και της ευθύνης μπορεί να επιδεινώσει τις υπάρχουσες ανισότητες. Σίγουρα δεν είναι προφανές πως αυτές οι διαφορετικές εκτιμήσεις, θα μπορούσαν να έχουν συμμετρικό χαρακτήρα. Μια

«ωφελμιστική λογική» είναι ανεπαρκής, όπως σωστά υποστηρίζει ο Bayer (Bayer and Stuber, 2006), για την απάντηση στο ερώτημα αυτό.

Η θέση του Bayer είναι προσανατολισμένη σε μια μέριμνα για τη διασφάλιση των όρων για την υγεία, καθώς αυτοί απειλούνται από μια συμπεριφορά. Ζητούμενο είναι ο προσδιορισμός των μέσων, της στάσης και πολιτικής που θα ανταποκρινόταν αποτελεσματικά σε μια τέτοια μέριμνα. Υπό τη θεώρηση αυτού του πρίσματος, ο στιγματισμός θα ήταν ηθικά επιτρεπτός. Φαίνεται να επιτρέπει ο Bayer τη μεμονωμένη και περιστασιακή καταστρατήγηση κάποιων γενικών κανόνων (όχι στιγματισμός), που αναγκαία οφείλουν να διέπουν την κοινωνική συμβίωση των ανθρώπων, προκειμένου να διασώσει τους όρους ύπαρξής του αγαθού της υγείας, προκειμένου να ματαιώσει την απειλή. Η περιστασιακή άρση αυτών των γενικών αρχών νομιμοποιείται, έτσι, ως αναγκαίο μέσο διασφάλισης της υγείας, της μείωσης της θνησιμότητας και νοσηρότητας (Λαβράνου, 2010: 235).

Από την άλλη πλευρά, κάποιιοι θεωρούν ότι οιασδήποτε μορφής στιγματισμός είναι ηθικά απαράδεκτος διότι οδηγεί στην αποανθρωποποίηση (dehumanizing). Ο Burris θεωρεί ότι ο στιγματισμός δεν είναι ποτέ ηθικά δικαιολογημένος γιατί το κίνητρο για στιγματισμό πάντα «εξαρτάται από τα πιο πρωτόγονα και καταστροφικά συναισθήματα» και είναι «μια αυθαίρετη και βάνουση μορφή κοινωνικού ελέγχου (Burris, 2008). Για τον Burris, δεν πρέπει ποτέ να εκμεταλλευτούμε τη δύναμη του στιγματισμού για να αλλάξουμε τις όποιες συμπεριφορές που δεν συμβαδίζουν με τα καθιερωμένα πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς. Συμφωνεί με την απόλυτη θέση της Martha Nussbaum, ότι οι φιλελεύθερες κοινωνίες δεν θα πρέπει για κανένα λόγο να διαπομπεύουν τους πολίτες τους (Nussbaum, 2004). Η σύνδεση μιας συμπεριφοράς, όπως το κάπνισμα, με αρνητικά στερεότυπα, μπορεί να επιφέρει τις αρνητικές συνέπειες του στιγματισμού, την εσωτερίκευση αυτών των αρνητικών κοινωνικών στάσεων και την τιμωρία του εαυτού τους. Κατά τον Burris, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί απέναντι στον κίνδυνο του να προσθέσουν οι προσπάθειες της δημόσιας υγείας ένα επιπλέον λόγο για το στιγματισμό κάποιων ήδη στιγματισμένων ομάδων ή τάξεων. Το στοιχείο που ενισχύει αυτή την άποψη είναι, ότι η συνήθεια του καπνίσματος έχει ελαττωθεί στις ομάδες με υψηλότερα εισοδήματα, αλλά στις ομάδες με χαμηλότερα εισοδήματα παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Έτσι, το κάπνισμα επικρατεί στον πληθυσμό που

βρίσκεται σε δυσμενέστερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Killoran et al., 2006; Bauld et al., 2007).

## 6. Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΗΘΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

### α) Το θεωρητικό πλαίσιο

Είναι γεγονός ότι τα ηθικά προβλήματα που απασχόλησαν το τομέα της δημόσιας υγείας δεν ενσωματώθηκαν εξαρχής στο πεδίο της βιοηθικής ανάλυσης. Για ορισμένους αυτά απαιτούσαν μια διαφορετικής μορφής ανάλυση από αυτή της κλινικής ιατρικής για δυο κυρίως λόγους. Πρώτον, η βιοηθική φαίνεται να είναι προσανατολισμένη στο άτομο και να αναφέρεται στην κλινική ιατρική, ενώ ο λόγος της δημόσιας υγείας αναφέρεται σε πληθυσμούς και ως εκ τούτου τα αναλυτικά και μεθοδολογικά εργαλεία της βιοηθικής δεν είναι κατάλληλα για μια επαρκή ηθική εξέταση. Η πρακτική της δημόσιας υγείας στρέφεται στο σύνολο του πληθυσμού και ως εκ τούτου δίδει έμφαση στην πρόληψη και αναφέρεται σε ευρύτερους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στην υγεία και στην πρόκληση της ασθένειας. Δεύτερον, σε σχέση με το πρώτο, ο ατομικιστικός προσανατολισμός της βιοηθικής έχει ως αποτέλεσμα στο λόγο της να κυριαρχούν ζητήματα που σχετίζονται με τις ελευθερίες των πολιτών και την ατομική αυτονομία, τα οποία βρίσκονται σε αντιδιαστολή με τις ωφελμιστικές, πατερναλιστικές και κοινοτιστικές κατευθύνσεις που σημάδεψαν το πεδίο της δημόσιας υγείας (Mackie and Sim, 2009; Coleman et al., 2008).

Με άλλα λόγια, καθώς «το ωφελμιστικό συστατικό που διαπερνά [τη δημόσια υγεία] είναι αναμφισβήτητο» (Levy, 1998) φαίνεται σαν άλλες αξίες να βρίσκονται στο επίκεντρο της ηθικής της δημόσιας υγείας, οι οποίες είναι σε σύγκρουση με τις αξίες της ιατρικής της κλινικής πράξης. Σε αυτό το πλαίσιο οι δράσεις είναι δίκαιες και ηθικά αποδέκτες στο μέτρο που τείνουν να προωθήσουν τη μεγαλύτερη ευτυχία για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, και λάθος, όταν έχουν την τάση να προωθήσουν το αντίθετο (Lyon, 2001). Το «μοντέλο της δημόσιας υγείας» όπως ο Buchanan υποστηρίζει, άκριτα υποθέτει ότι η κατάλληλη λειτουργία αξιολόγησης των επιλογών λαμβάνει τη μορφή κόστους – οφέλους (Buchanan, et al., 2000: 11-14, 55-60). Σύμφωνα με την άποψη αυτή φαίνεται ότι και τα πιο θεμελιώδη συμφέροντα πρέπει να θυσιαστούν για την παραγωγή ενός καλύτερου συνολικού αποτελέσματος.

Η κύρια ένταση που χαρακτηρίζει τα ηθικά προβλήματα στη δημόσια υγεία εντοπίζεται στην ένταση μεταξύ ατομικών δικαιωμάτων και των δημόσιων ή κοινωνικών συμφερόντων. Η πρόκληση βρίσκεται ενσωματωμένη στη «σχέση μεταξύ της υγείας του ατόμου και της υγείας του πληθυσμού» (Onyebuchi, 2009). Το ζήτημα είναι πως θα αμβλυνθεί αυτή η ένταση. Από πολλούς έχει ασκηθεί κριτική στη μονοδιάστατη προσέγγιση της ωφελιμιστικής προοπτικής της δημόσιας υγείας. Σαφώς, οι συνέπειες των γεγονότων, των πρακτικών δεν μπορεί να αγνοηθούν. Κατά τον Rawls (Rawls, 2003: 57) οι συνέπειες αποτελούν το στόχο κάθε ηθικής διδασκαλίας. Το βασικό ζήτημα έγκειται στο εάν οι συνέπειες είναι αποτέλεσμα μιας ορθής πρακτικής. Οι συνέπειες έχουν σημασία μόνο εάν οι προτεινόμενες δράσεις είναι ηθικά επιτρεπτές. Από καντιανή άποψη οι δράσεις είναι εγγενώς σωστές ή λάθος, ανεξάρτητα από τις συνέπειές τους. Όταν θέλουμε να γνωρίζουμε εάν μια προτεινόμενη δράση είναι ηθικά επιτρεπτή, το ερώτημα που πρέπει να θέσουμε στον εαυτό μας δεν είναι το ποιες είναι οι πιθανές συνέπειες τις πράξης μας, αλλά, το εάν η κατευθυντήρια αρχή της δράσης μπορεί να καταστεί καθολικός νόμος. Σύμφωνα με την καντιανή κατηγορική προσταγή θα πρέπει «να ενεργούμε έτσι ώστε το αξίωμα της πράξης μας να μπορεί να γίνει καθολικός νόμος» (Kant, 1984: 71).

Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες η μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας ενδέχεται να συγκρούεται με άλλες αξίες, όπως αυτές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας. Αρκετοί θεωρητικοί έχουν αναγνωρίσει ότι η κοινωνική δικαιοσύνη είναι στο επίκεντρο της δημόσιας υγείας. Ο Dan Beauchamp (Beauchamp, 1976, 1976, 1999) έχει από καιρό υπογραμμίσει ότι η δημόσια υγεία είναι μια δραστηριότητα που εγγενώς ασχολείται με την κοινωνική δικαιοσύνη. Οι Gostin και Powers έχουν υποστηρίξει ότι πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή «στην κινητοποίηση δυο ηθικών κινήτρων που θα ζωντανέψουν τη δημόσια υγεία: στην προώθηση της ευημερίας του ανθρώπου με τη βελτίωση της υγείας του και για να γίνει αυτό πρέπει να εστιάσουμε στις ανάγκες των πλέον μειονεκτούντων ατόμων» (Gostin and Powers, 2006: 1054). Κατά τον Rogers, οι αποτελεσματικές λύσεις στις ηθικές προκλήσεις της δημόσιας υγείας πρέπει να αναγνωρίζουν «ότι οι διακρίσεις, η καταπίεση, και η κυριαρχία είναι λάθος, και ότι η προσοχή σε αυτά τα λάθη είναι ένα απαραίτητο μέρος της πρόληψης των ασθενειών και της προώθησης της υγείας» (Rogers, 2006: 354). Στο βιβλίο των Powers και Faden (Powers and Faden 2006)



*Social Justice: the Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης προσδιορίζεται ως κεντρική και θεμελιώδης στην ηθική της δημόσιας υγείας. Οι Powers και Faden θεωρούν ότι η κοινωνική δικαιοσύνη βρίσκεται σε σχέση αλληλεξάρτησης με την ανθρώπινη ευημερία (Powers and Faden 2006: 15). Καταγράφουν έξι διαστάσεις της ανθρώπινης ευημερίας που αποτελούν τα κριτήρια για την αξιολόγηση των απαιτήσεων της κοινωνικής δικαιοσύνης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας όπως: η υγεία, η προσωπική ασφάλεια, η λογική (reasoning), ο σεβασμός, οι δεσμοί (attachment) και η αυτοδιάθεση (αυτοκαθορισμός). Ενώ αυτές οι διαστάσεις είναι αλληλεπικαλυπτόμενες και αλληλοδιαπλεκόμενες και συχνά επηρεάζουν η μια την άλλη, η καθεμιά είναι ξεχωριστή και μέσω της οποίας τα υφιστάμενα πρότυπα κοινωνικής οργάνωσης-πολιτικές δομές, οι κοινωνικές πρακτικές και θεσμοί-θα πρέπει να αξιολογηθούν. Οι διαστάσεις της ευημερίας, σύμφωνα με τους Powers και Faden είναι «ένας απολογισμός εκείνων των πραγμάτων που χαρακτηρίζουν μια αξιοπρεπή ζωή, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα σχέδια της ζωής του ατόμου και τις προσωπικές δεσμεύσεις του» (Powers and Faden 2006: 15). Η κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί οι πολιτικοί ιθύνοντες να επιδιώξουν, στο μέτρο του δυνατού, για την εξασφάλιση ενός επαρκούς επίπεδου της κάθε διάστασης για το κάθε άτομο. Οι προτάσεις των Powers και Faden αναγνωρίζουν ότι στην πράξη, οι ανισότητες μεταξύ αυτών των διαστάσεων και της ευημερίας είναι διάχυτες και αλληλένδετες, έτσι ώστε η αστοχία στην επίτευξη ένα επαρκούς επίπεδου σε μια διάσταση πολύ συχνά οδηγεί στην αποτυχία επίτευξης ικανοποιητικού επιπέδου στις άλλες διαστάσεις. Όπως επισημαίνουν, «οι ανισότητες σε μια διάσταση γεννούν και ενισχύουν άλλες ανισότητες και οι συνέπειες στην ευημερία του ανθρώπου θα εξαρτηθούν από την αιτιώδη αλληλεπίδρασή τους» (Powers and Faden 2006: 31). Ως εκ τούτου, αν και υποστηρίζουν τελικά ότι «ενδιαφέρονται για την ευημερία, την ανάπτυξη και τα δικαιώματα των ατόμων», καταλαβαίνουν ότι «στον πραγματικό, ιστορικά κατεστημένο κόσμο, το πώς τα άτομα διαβιούν είναι γενικά συνάρτηση της κατάστασης, και της θέσης εντός της οποίας βρίσκονται» (Powers and Faden 2006: 61). Η δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί από εμάς να αναγνωρίσουμε τα ειδικά μειονεκτήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη των κοινωνικών ομάδων που υπόκεινται σε συστηματικές διακρίσεις και έχουν ελάχιστη δύναμη. Όσον αφορά τα θέματα της δημόσιας υγείας, είναι σημαντικό να θυμόμαστε, όπως οι Powers και

Faden τονίζουν, ότι οι κίνδυνοι για την υγεία είναι γενικά υψηλότεροι για τα άτομα με χαμηλότερη κοινωνική θέση και εξουσία και αυτοί οι κίνδυνοι επιδεινώνονται σε συνδυασμό με τις πολλαπλές διαστάσεις της ευημερίας. Έτσι, τα άτομα που βρίσκονται στη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική βαθμίδα πλήττονται δυσανάλογα σε σχέση με τα μέλη των άλλων βαθμίδων.

#### β) Το λειτουργικό (πρακτικό) πλαίσιο

Πέρα από το θεωρητικό πλαίσιο, το οποίο θα αποτελέσει τη θεωρητική βάση για την ανάλυση του ζητήματος, σημασία έχει και το πρακτικό πλαίσιο. Από τα προτεινόμενα, στη βιβλιογραφία, πλαίσια (Kass, 2001; PHLS, 2002; EPHEN, 2006), Tannahil, 2008), θεωρώ πιο κατάλληλο για την ανάλυση το πλαίσιο που προτείνει ο Childress. Όλα τα προτεινόμενα πλαίσια συμφωνούν το γεγονός ότι τα βάρη ενός προγράμματος δημόσιας υγείας θα πρέπει να είναι ανάλογα με τα οφέλη του και στο ότι ο περιορισμός στην ελευθερία των ανθρώπων θα πρέπει να είναι ο ελάχιστος και να δικαιολογείται μόνο σε περίπτωση σαφούς απαίτησης της δημόσιας υγείας. Τα προτεινόμενα πλαίσια, ωστόσο, όπως το PHLS και το Europhen δεν αρθρώνουν τα κριτήρια για την αντιμετώπιση των ηθικών συγκρούσεων. Το πλαίσιο των Childress και των συνεργατών του διακρίνεται από τα άλλα ηθικά πλαίσια για αυτό ακριβώς το λόγο. Οι ηθικές συγκρούσεις τοποθετούνται στο κέντρο του ενδιαφέροντος, και δεν τονίζονται απλώς οι ηθικές αξίες.

Ορισμένοι σχολιαστές θεωρούν τις συγκρούσεις μεταξύ της δημόσιας υγείας και των άλλων αξιών, ως συνηθισμένες, ακόμη και αναπόφευκτες και ως εκ τούτου δεν απαιτούν πάντοτε συμβιβασμούς (Gostin, 2003), ενώ άλλοι σχολιαστές ως σπάνιες και οι οποίες συνήθως μπορούν να αποφευχθούν και να βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων δημόσιας υγείας εάν σεβαστούμε τις αξίες όσο αναφορά τα μέσα (Annas, 2002, Mann, 1997). Κατά τον Childress (Childress, 2003), αυτές οι απόψεις δεν απεικονίζουν πλήρως και επαρκώς τη διαδικασία αιτιολόγησης για παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα όταν αυτές φαίνεται να παραβιάζουν αξίες, όπως η ελευθερία, η προστασία της ιδιωτικής ζωής, ο σεβασμός των προσώπων. Ο Childress δεν στηρίζει το πλαίσιο του σε μια απολυταρχική (absolutist) προσέγγιση όπου μια αξία κυριαρχεί έναντι όλων των άλλων αξιών ή μόνο κατά ορισμένων. Ούτε σε μια πλαίσιοκρατική (contextualist) προσέγγιση που ισορροπεί όλες τις σχετικές αξίες σε

ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, στο οποίο καθορίζεται ωστόσο ποια αξία θα πρέπει να έχει προτεραιότητα. Ο Childress προτείνει ένα πιθανοκρατικό (presumptivist) πλαίσιο. Σε αυτό το πλαίσιο καθώς οι αξίες δεν είναι ούτε απόλυτες, ούτε ιεραρχικά διαβαθμισμένες, μπορούν να καταστούν μαχητές αρκεί να προσδιοριστούν, κατά τον Childress, οι δικαιολογητικές συνθήκες (justificatory conditions), οι οποίες θα μπορούν να δικαιολογήσουν ηθικά ποτέ μια αξία έναντι μιας άλλης μπορεί να ανατραπεί. Με άλλα λόγια, αυτές μπορούν να ορίσουν πότε μπορεί να περιοριστεί η ελευθερία του ατόμου, η προστασία της ιδιωτικής ζωής, η αξία του σεβασμού των προσώπων, η δικαιοσύνη, προς χάριν της επίτευξης άλλων αξιών όπως π.χ. την πρόληψη βλάβης, ή τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας, αξίες ή αρχές που, εν προκειμένω, αντικατοπτρίζουν και τους στόχους της δημόσιας υγείας. Αυτές οι δικαιολογητικές συνθήκες σχετίζονται με τα εξής: την αποτελεσματικότητα της πολιτικής υγείας (οι παρεμβάσεις που παραβιάζουν σημαντικές κοινωνικές αξίες πρέπει να έχουν μια λογική προοπτική της επιτυχίας, ώστε να μπορούν να δικαιολογηθούν), την αναγκαιότητά της, τη χρήση των ελάχιστων περιοριστικών και παρεμβατικών μέσων για την αξία που περιορίζεται (στην παρούσα εργασία δεν θα εξετάσω αυτή τη συνθήκη εως ξεχωριστή γιατί θεωρώ ότι εννοιολογικά σχετίζεται με αυτή της αναλογικότητας), την αναλογικότητα (το ότι τα οφέλη για τη δημόσια υγεία υπερτερούν της παραβίασης της ηθικής αρχής για την οποία γίνεται λόγος) και την αμεροληψία (Childress et al., 2002, Childress and Gaare, 2003).

## 7. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

### α) Αποτελεσματικότητα

Σε προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά σε έρευνες που δείχνουν ότι στιγματισμός των καπνιστών μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ποσοστού των καπνιστών. Οι Alamar και Glantz στη μελέτη τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι «η αύξηση του κοινωνικά απαράδεκτου του καπνίσματος είναι ένα πολύ αποτελεσματικό πολιτικό εργαλείο για τη μείωση της κατανάλωσης» (Alamar and Glantz, 2006). Τέτοια αρνητική συσχέτιση, μεταξύ του κοινωνικά απαράδεκτου και της κατανάλωσης τσιγάρων βρέθηκε σε μια ανάλυση του Tobacco Use Supplement (TUS). Εκτιμήθηκε ότι εάν οι αντικαπνιστικές εκστρατείες θα μπορούσαν να αυξήσουν το κοινωνικά απαράδεκτο του καπνίσματος σε ολόκληρη τη χώρα, στα επίπεδα που

παρατηρήθηκαν στην Καλιφόρνια (όπου το κοινωνικά μη αποδεκτό ήταν το υψηλότερο), αυτό θα οδηγούσε σε 15% μείωση της κατανάλωσης καπνού. Μια επίπτωση που θα ήταν αναμενόμενη εάν η τιμή του πακέτου αυξανόταν κατά 1,17 δολάρια.

Ωστόσο, δεν μπορεί να μην ασκηθεί κριτική σε αυτές τις θετικές πράγματι επιπτώσεις του στιγματισμού στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο στιγματισμός δεν είναι αποτελεσματικός σε ομάδες που βρίσκονται στο χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Galea, 2004; Barbeau, 2004). Πιθανόν, τέτοιες ομάδες, στην καθημερινή τους ζωή δεν αντιμετωπίζουν την κοινωνική αποδοκιμασία και την εμπειρία του στιγματισμού της καπνιστικής συμπεριφοράς (Hammond et al., 2006) και ως εκ τούτου είναι λιγότερο πρόθυμες να σταματήσουν το κάπνισμα. Ακόμη είναι πιθανό η συχνή έκθεση στις διακρίσεις αυτών των ομάδων, να έχει δημιουργήσει άμυνες που να τις καθιστά λιγότερο δεκτικές στο στιγματισμό, ή μπορεί να μην έρχονται σε επαφή με πρόσωπα και καταστάσεις που στιγματίζουν μια τέτοια συμπεριφορά (π.χ. οι ιατροί). Επιπλέον, οι κοινωνικές αυτές ομάδες είναι λιγότερο πιθανό αφενός, να διαθέτουν πόρους που θα τους επιτρέψουν να σταματήσουν το κάπνισμα, λόγω της έλλειψης ασφάλισης υγείας ή ανεπαρκούς κάλυψης για τις υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος και αφετέρου, να θεσπίζουν περιορισμούς για το κάπνισμα στο σπίτι ως απάντηση σε καταστάσεις στιγματισμού (Link and Phelan, 1996). Ακόμα η έλλειψη πόρων, το χαμηλό εισόδημα, συνδέεται με αυξημένο στρες που είναι πιθανό να αυξήσει τη δυσκολία της διακοπής του καπνίσματος και τη διατήρηση μιας απαγόρευσης του καπνίσματος στο σπίτι (Coxhead and Rhodes, 2006; Irwin et al., 2005; Burgess, 2007). Αυτές οι ομάδες επίσης μπορεί να έχουν λιγότερα εναλλακτικά μέσα αναψυχής με τα οποία θα μπορούσαν να μειώσουν το στρες και με τα οποία θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν το κάπνισμα (McDermott and Graham, 2006).

Επιπλέον, έρευνες για το κοινωνικό στιγματισμό (π.χ., στην παχυσαρκία, στο AIDS, στη ψυχική ασθένεια, στη χρόνια πάθηση του εντέρου) [χωρίς ωστόσο να υπάρχουν ανάλογες μελέτες που να συσχετίζουν το στιγματισμό του καπνίσματος με ανάλογες καταστάσεις] έχουν δείξει ότι ο στιγματισμός και η εμπειρία των διακρίσεων αποτελούν πηγή χρόνιου στρες, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί βλάβη στο ανοσοποιητικό σύστημα, φλεγμονώδεις παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις,

διαταραχές της ψυχικής υγείας (π.χ., κατάθλιψη, άγχος) και γενικότερα επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής (Williams and Mohammed, 2009; Williams et al., 2003; Taft et al., 2009).

Δεν μπορεί να αγνοηθεί ακόμη, όπως η μελέτη του Jones έχει δείξει, ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο στιγματισμός από τα άτομα που στιγματίζονται και ως εκ τούτου η όποια αποτελεσματικότητά του ως μέσου πρόληψης μειώνεται. Τα άτομα που στιγματίζονται προσπαθούν να προστατέψουν ή διασώσουν την «αρνητική ταυτότητα» που τους έχει αποδοθεί. Σε μια τέτοια διαχείριση τα άτομα αποδέχονται την ευθύνη για τη συμπεριφορά τους, αλλά αρνούνται ότι αυτή είναι λάθος ή ελαχιστοποιούν τις βλάβες που προέρχονται από αυτή. Για παράδειγμα, μπορεί να ισχυριστούν πως τα οφέλη από το κάπνισμα (ηρεμία και χαλάρωση) υπερτερούν των δυνητικών κινδύνων των παιδιών από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Ή ακόμη, μπορεί να αναγνωρίσουν την πράξη τους ως λάθος, αλλά να αμφισβητούν ότι φέρουν την πλήρη ευθύνη αυτής. Τα επιχειρήματα μπορεί να προέλθουν μέσα από τον ισχυρισμό, ότι ο εθισμός του καπνίσματος τους εμποδίζει από το να το διακόψουν, ή ακόμη μπορεί να μεταθέσουν την ευθύνη σε άλλους, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν προσφέρουν επαρκή βοήθεια στη διακοπή. Αυτές οι στρατηγικές, που σχετίζονται με την άρνηση, μπορεί να υπονομεύσουν τα συναισθήματα της αυτο-αποτελεσματικότητας- ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για μια επιτυχημένη αλλαγή συμπεριφοράς (Holden, 1991). Έρευνες από μελέτες σε άλλες περιπτώσεις κοινωνικού στιγματισμού δείχνουν ομάδες που στιγματίζονται καθυστερούν ή αποφεύγουν να απευθυνθούν στους επαγγελματίες υγείας για παροχή βοήθειας (Chapple, 2004; Tod et al., 2008; Burgess et al., 2008; Trivedi and Ayanian, 2006). Ακόμη, σύμφωνα με ευρήματα μιας ποιοτικής μελέτης οι καπνιστές μπορεί να λένε ψέματα σχετικά με το κάπνισμα τους στους επαγγελματίες υγείας, για να αποφύγουν ενδεχόμενες αρνητικές κρίσεις (Burgess et al., 2007). Ο στιγματισμός ακόμη έχει συσχετιστεί με τη μη τήρηση της θεραπείας (μη συμμόρφωση) (Taft et al., 2009; Rintamaki et al., 2006) και αυτό μπορεί να είναι συνάρτηση της διαταραχής της σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή που μπορεί να οφείλεται και στην έλλειψη εμπιστοσύνης ανάμεσά τους. Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας έχει δείξει ότι η προκατάληψη από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (με βάση τη φυλή / εθνικότητα, το φύλο, την ηλικία, και

άλλων ασθενών χαρακτηριστικά) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα και τις διαδικασίες της φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης και της διαπροσωπικής επικοινωνίας και των κλινικών αποφάσεων (van Ryn and Fu, 2003; Burgess et al., 2004). Παρά το γεγονός ότι πολύ λίγες από αυτές τις μελέτες έχουν εξετάσει την προκατάληψη ενάντια στους καπνιστές (Chapple, 2004; Wassenaar, 2007; Verger et al., 2008) τίποτα δεν αποκλείει ότι τέτοιες ψυχολογικές διεργασίες δεν μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους καπνιστές στην παροχή φροντίδας τους (χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας).

Ένα άλλο υπο-διερευνημένο θέμα είναι το κατά πόσο μπορεί ο στιγματισμός να αυξήσει την ταυτοποίηση των ατόμων ως καπνιστές. Έρευνα έχει δείξει πως τα μέλη των ομάδων που υποτιμούνται στην ευρύτερη κοινωνία μπορούν να διατηρήσουν την αυτοεκτίμηση με την ενίσχυση της ταυτότητας τους στη δική τους ομάδα (Brewer and Brown, 1998). Η συμβολή διάφορων παραγόντων- η σχέση μεταξύ καπνίσματος και κοινωνικής τάξης, το κάπνισμα σε ξεχωριστούς χώρους, τα συναισθήματα του στιγματισμού, και οι εσκεμμένες προσπάθειες των καπνοβιομηχανιών να ενισχύσουν τη διάκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών «εμείς εναντίον αυτών»-μπορεί να έχει το ατυχές αποτέλεσμα της ενίσχυσης της ταυτότητας ως καπνιστών.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι αυτό που κάνει τη στρατηγική του στιγματισμού μη αποτελεσματική είναι ο δυναμικός και ο σχετικός χαρακτήρας αυτού. Ο στιγματισμός αναφέρεται σε συγκεκριμένα πολιτιστικά και κοινωνικά πλαίσια. Ότι λαμβάνει χαρακτήρα στιγματισμού στη δική μας κοινωνία δεν έχει το ίδιο χαρακτήρα και σε άλλη κοινωνία (άρα δεν μπορεί να έχει μια τέτοια πολιτική καθολικό χαρακτήρα κατά συνέπεια μη αποτελεσματική). Μια πολιτική υγείας που κάνει ηθικά αποδεκτό το στιγματισμό των καπνιστών είναι ηθικά ανεύθυνα καθώς αυτή η πολιτική φαίνεται να αδιαφορεί για τις προκύπτουσες, ενδεχόμενες ίσως, αρνητικές συνέπειες. Στο στιγματισμό ως μεταβαλλόμενο κοινωνικό φαινόμενο δεν μπορεί να γίνει καμία ασφαλής πρόβλεψη. Ως εκ τούτου ένα κριτήριο ηθικής αποτίμησης μιας πολιτικής υγείας πρέπει να στέκεται στην «εγγενή απροσδιοριστία» του φαινομένου, εν προκειμένω του στιγματισμού, που κάνει αδύνατη κάθε πρόβλεψη και ανέφικτο κάθε υπολογισμό. Αν ο στιγματισμός όφειλε να καθοδηγηθεί από έναν περιεχομενικό σκοπό (η υγεία του πληθυσμού), τότε αυτό θα σήμαινε ότι ο ίδιος νομιμοποιείται μόνον ως μέσον πραγμάτωσης αυτού του σκοπού. Θα έπρεπε συνεπώς, να μπορεί-

μέσω ενός υπολογισμού των εμπειρικών συνεπειών του πράττειν- να προεξοφλήσει την πραγμάτωση του εν λόγω σκοπού μέσω της συγκεκριμένης πράξης. Θα έπρεπε, να δειχτεί ότι αυτή η πράξη (στιγματισμός) συνιστά το αναγκαίο και ικανό μέσο επίτευξης του σκοπού. Ένας τέτοιος υπολογισμός δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με ασφάλεια. Κάτι τέτοιο θα απαιτούσε την ικανότητα πλήρους γνώσης της εμπειρικής πραγματικότητας, που θα μπορούσε να άρει κάθε είδος τυχαιότητας και συμπτωματικότητας του πραγματικού (Λαβράνου, 2010: 248). Η δυνατότητα ενός πλήρους και αυστηρού (ντετερμινιστικού) προσδιορισμού των συνεπειών της πράξης θα νομιμοποιούσε την υιοθέτηση του περιεχομενικού σκοπού ως μοναδικού κριτηρίου αποτίμησης της.

Αυτό που έχει σημασία να καταδειχτεί εδώ είναι, ότι πρέπει να αποσυνδεθεί η πρακτική από το αποτέλεσμα, λόγω της απροσδιοριστίας και της αβεβαιότητας του αποτελέσματος. Έτσι, η ηθική ποιότητα του αποτελέσματος μπορεί και οφείλει να θεματοποιείται χωριστά από την πράξη που οδήγησε σε αυτό (δεν αποτελεί ο στιγματισμός το μόνο μέσο για τη διακοπή του καπνίσματος). Η χωριστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πράξης από την αξιολόγηση της ίδιας επιτρέπει, από μια καντιανή προσέγγιση, να κρίνει ένα αποτέλεσμα ως ηθικά-δικαιικά αποδεκτό, με ταυτόχρονη κριτική και απονομιμοποίηση των (ανήθικων, άδικων) μέσων, τα οποία *defacto* χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξή του (Λαβράνου, 2010: 259). Κατά συνέπεια, οι «αγαθές συνέπειες» μιας καθεαυτό άδικης πράξης δεν συνιστούν «επάξιες», αλλά συμπτωματικές και τυχαίες συνέπειες της πράξης, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν προκύψει με διαφορετικό τρόπο (δηλαδή από μια ηθική-δίκαιη πράξη) (Λαβράνου, 2010: 259).

## β) Αναγκαιότητα

Σε κάποιες, ίσως σε πολλές καταστάσεις, μπορεί να είμαστε σε θέση να εξασφαλίσουμε την εκούσια συμμόρφωση χωρίς να προσφεύγουμε στο στιγματισμό της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η αξία του σεβασμού των προσώπων ως ίσων (αξιοπρέπεια) απαιτεί την αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων προκειμένου αυτή η αξία να μην παρακαμφθεί. Μια πολιτική δημόσιας υγείας, που στηρίζεται και εξασφαλίζει την εθελουσία συμμόρφωση, πρέπει να έχει προτεραιότητα σε σχέση με άλλες πολιτικές που στηρίζονται στη δύναμη του φόβου, της εξουσίας, της περιθωριοποίησης, του ηθικού καταναγκασμού. Οι υπέρμαχοι του στιγματισμού της

καπνιστικής συμπεριφοράς φέρουν το βάρος της απόδειξης. Πρέπει να παρέχουν επαρκείς λόγους στο ότι ένας τέτοιος στιγματισμός αποτελεί αναγκαία και επαρκή συνθήκη για τη διακοπή ή τον περιορισμό του καπνίσματος.

Υπάρχουν τρόποι για τη χρήση στρατηγικών των οποίων η χρήση τους μπορεί να αποσοβήσει τις ανησυχίες σχετικά με το στιγματισμό του καπνιστή. Η μια στρατηγική αναφέρεται στη προώθηση του κοινωνικού προτύπου (social norms marketing) και η άλλη στην αποκανονικοποίηση της βιομηχανίας καπνού (tobacco industry denormalization). Η προώθηση του κοινωνικού προτύπου, όπως και η στρατηγική της αποκανονικοποίησης, βασίζεται στην ιδέα ότι η συμπεριφορά μας επηρεάζεται από αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως κοινωνικά αποδεκτά κανόνια και τις προσδοκίες για το πώς οι άλλοι συμπεριφέρονται σωστά. Ωστόσο, το πώς ένας άνθρωπος αντιλαμβάνεται το κοινωνικό πρότυπο διαμορφώνεται από την επικράτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Αυτές οι αντιλήψεις όμως μπορεί να είναι λάθος. Αυτό είναι προβληματικό από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας όταν κάποια άτομα αντιλαμβάνονται μια ανθυγιεινή συμπεριφορά να είναι πιο συχνή από ότι είναι στην πραγματικότητα. Η προώθηση του κοινωνικού προτύπου προσπαθεί να διορθώσει τέτοιες πληροφορίες. Έρευνες δείχνουν ότι οι μαθητές υπερεκτιμούν την κατανάλωση αλκοόλ από τους συνομηλίκους τους. Αφήνοντας αυτούς να γνωρίσουν τη τάση της πραγματικής κατανάλωσης (μικρό ποσοστό των μαθητών καταναλώνουν αλκοόλ) στους συμφοιτητές τους μπορεί να μειωθεί η κατανάλωση σε αυτή την κατηγορία (DeJong et al., 2006; Perkins and Craig, 2006).

Η αξιοποίηση αυτού του μηχανισμού μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες στην υγεία. Οι άνθρωποι που ζουν σε υποβαθμισμένες κοινότητες φαίνεται να έχουν εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την επικράτηση συγκεκριμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα (Thompson et al., 2007). Εάν αυτό συμβάλλει στην καπνιστική συμπεριφορά σε αυτές τις ομάδες, διορθώνοντας τέτοιες λάθος αντιλήψεις με το να παρουσιαστούν σωστές πληροφορίες σχετικά με την επικράτηση της συμπεριφοράς θα μπορούσε να είναι μια σημαντική στρατηγική για την επίτευξη αλλαγής συμπεριφοράς.

Η προώθηση του κοινωνικά κανονικού προτύπου σχετικά με την ατομική συμπεριφορά και την αποκανονικοποίηση, στοχεύει να δείξει τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου, προσπαθεί να καταδείξει το πόσο κοινή είναι μια



συμπεριφορά, παρά το πόσο είναι αποδεκτή. Για παράδειγμα, μία παρέμβαση που χρησιμοποιεί μηνύματα όπως «η πλειοψηφία (66%) των σπουδαστών-αθλητών πίνουν αλκοόλ μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο συχνά ή δεν πίνουν καθόλου» και «η πλειονότητα των αθλητών (71%) δεν χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να ανακουφιστούν από τις ακαδημαϊκές πιέσεις», αμφισβητεί την υπερεκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ (Perkins and Craig, 2006). Από την άλλη, ωστόσο, όπως υποστηρίζει η Martha Nussbaum στο βιβλίο της *Hiding from humanity*, το στίγμα μπορεί να νοηθεί ως ένα χαρακτηριστικό που θεωρείται ως μη «κανονικό», τόσο με τη στατιστική, όσο και τη κανονιστική έννοια. Το μη «κανονικό» μπορεί να αναφέρεται, τόσο στην ιδέα ότι ένα χαρακτηριστικό είναι ασυνήθιστο, όσο και στην αίσθηση ότι κάποιος αποκλίνει ή δεν είναι «αξιοπρεπής» (proper): «όποιος δεν κάνει ό, τι οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζεται ως αισχρός ή κακός» (Nussbaum, 2004: 217-218). Αναφερόμενοι στην αντίληψη της Nussbaum για το στίγμα, μπορούμε να σκεφτούμε τη προώθηση του κοινωνικού προτύπου ως μια προσπάθεια αμφισβήτησης των ψευδών πεποιθήσεων σχετικά με το πόσο «φυσιολογική» είναι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, ως προσπάθεια αποσύνδεσης της στατιστικής έννοιας του όρου, από την κανονιστική χροιά της. Δεν είναι σαφές, ωστόσο, σε ποιο βαθμό αυτό είναι εφικτό, το να απεικονίσουμε μια ασυνήθιστη συμπεριφορά, χωρίς αυτό να συνεπάγεται αρνητικές κρίσεις για την εν λόγω συμπεριφορά. Αν η προώθηση του κοινωνικού προτύπου μπορεί να επιτύχει αυτόν τον διαχωρισμό, θα αποτελούσε μια χρήσιμη στρατηγική στα πλαίσια της δημόσιας υγείας.

Μια δεύτερη προσέγγιση, η οποία συζητείται συχνά σε σχέση με την αποκανονικοποίηση του καπνίσματος, είναι η αποκανονικοποίηση της βιομηχανίας καπνού, η οποία έχει υιοθετηθεί στο πλαίσιο πολλών αντικαπνιστικών στρατηγικών (Hersey et al., 2005; Thrasher and Jackson, 2006; Thrasher et al., 2006). Αντί να προσπαθούμε να αποκανονικοποιήσουμε τη χρήση του καπνού και, συνεπώς, να διακινδυνεύσουμε αρνητικές αντιλήψεις για τους καπνιστές, να στοχεύσουμε σε εκστρατείες που αποσκοπούν στην αλλαγή των αντιλήψεων του κοινού για τη καπνοβιομηχανία, δίνοντας γι' αυτή την εικόνα ότι παραπλανεί και χειραγωγεί και επιπλέον, συνδέοντας την καπνοβιομηχανία με τη κακή υγεία και τη θνησιμότητα που συνδέονται με τη χρήση καπνού.

Αυτή η στρατηγική φαίνεται να έχει κάποιες ευεργετικές συνέπειες για το κοινό σε σχέση με τις στρατηγικές αποκανονικοποίησης της χρήσης του καπνού. Όπως και οι εκστρατείες αποκανονικοποίησης της χρήσης καπνού, οι στρατηγικές εναντίον των καπνοβιομηχανιών έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με τις προθέσεις των καπνιστών να το διακόψουν (Hammond, 2006; Farrelly, 2002). Έχει επίσης προταθεί, ότι οι πολιτικές αυτές θα μπορούσαν να ενδυναμώσουν τη δημόσια στήριξη για την επιβολή περιορισμών στη βιομηχανία καπνού (Hammond, 2006). Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής των στρατηγικών είναι ότι μετακινούν την ευθύνη για το κάπνισμα από τους καπνιστές προς τη βιομηχανία (CDHS, 1998). Αντί οι καπνιστές να αισθάνονται ένοχοι για το κάπνισμα, οι εκστρατείες εναντίον της καπνοβιομηχανίας θα τους βοηθήσει να αλλάξουν κατεύθυνση στα αισθήματά τους και αντί για ενοχή να αισθανθούν θυμό (Goldman and Glantz, 1998). Έτσι, μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να αποφύγει μερικές από τις ανησυχίες σχετικά με την αποκανονικοποίηση, που έχουν τεθεί παραπάνω.

Ωστόσο, είναι προβληματικό για τις κυβερνήσεις να ξεχωρίσουν την καπνοβιομηχανία με αυτόν τον τρόπο. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι θέτοντας εμπόδια σε ένα κλάδο ο οποίος προσφέρει ένα προϊόν, το οποίο αν και ανθυγιεινό είναι απολύτως νόμιμο, αποτελεί υπέρβαση του νόμιμου ορίου, καθώς μια τέτοια παρέμβαση είναι αθέμιτη σε ένα περιβάλλον ελεύθερης αγοράς και εντός του φιλελεύθερου πλαισίου ανάπτυξής της. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο, με δεδομένες τις ανησυχίες σχετικά με τους κινδύνους της υγείας που προέρχονται από το κάπνισμα, πολλές χώρες έχουν ήδη επηρεάσει τη «ζήτηση» για τον καπνό με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, η φορολόγηση του καπνού, οι περιορισμοί σχετικά με τη διαφήμιση προϊόντων καπνού και οι υποχρεωτικές προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων είναι κοινές σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο.

### γ) Αναλογικότητα

Το κριτήριο της αναλογικότητας συχνά χρησιμοποιείται ως οδηγός σε περιπτώσεις αξιολόγησης μέτρων που επιβάλλουν περιορισμούς στα δικαιώματα των ατόμων, στην ελευθερία, στην αυτονομία τους, ή στην αξιοπρέπειά τους. Η αναλογικότητα των μέτρων δημόσιας υγείας αποτελεί ένα ξεχωριστό δικαιολογητικό όρο, επειδή περιλαμβάνει την εξισορρόπηση ευρύτερων ζητημάτων. Ακόμα και αν πληρούνται

όλες οι απαιτήσεις που έχουν ήδη προσδιοριστεί, πρέπει να διερευνήσουμε αν τα πιθανά οφέλη (μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας) υπερτερούν των συμφερόντων στο πλαίσιο του περιορισμού των δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου ή, να το αναφέρουμε διαφορετικά, εάν αυτά αρκούν για να απορριφθεί το τεκμήριο υπέρ των ελευθεριών του ατόμου. Θα λέγαμε, ότι η αναλογικότητα αποτελεί μια «ενδιάμεση αρχή» μεταξύ κάποιων άλλων γενικών ηθικών αρχών, με σκοπό να καταστήσουμε αυτές εφαρμόσιμες στην συγκεκριμένη ιστορική πολιτική πραγματικότητα. Έτσι η αρχή του μη βλάπτειν, το καθήκον να μην βλάπτουμε, ή η αρχή της ωφέλειας, απαιτούν για την (ορθή) εφαρμογή τους, τη διαμεσολάβηση από την αρχή της αναλογικότητας. Στη δική μας περίπτωση αυτό σημαίνει ότι ο στιγματισμός των καπνιστών είναι η ορθή πρακτική και ο λιγότερο περιοριστικός τρόπος.

Οι υπερασπιστές του στιγματισμού του καπνίσματος θεμελιώνουν επιχειρημά τους στην εννοιολογική ανάλυση του στίγματος, όπως αυτή παρουσιάζεται στο έργο των Link και Phelan και η οποία είναι σε συμφωνία με το έργο του Goffman, ότι το στίγμα είναι θέμα βαθμού. Βάση αυτής της ανάλυσης η σύνδεση μεταξύ των 'ετικετών' και των 'ανεπιθύμητων ιδιοτήτων' μπορεί να είναι σχετικά ισχυρή ή σχετικά ασθενής. Ο βαθμός διαχωρισμού μεταξύ των ομάδων «εμείς» και «οι άλλοι» μπορεί να περισσότερο ή λιγότερο πλήρης και η έκταση της κατάστασης της απώλειας και των διακρίσεων μπορεί να διαφέρει. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένες ομάδες είναι πιο στιγματισμένες από άλλες (Link and Phelan, 2001: 377). Οι κανονιστικές επιπτώσεις αυτών των εναλλακτικών ορισμών είναι σαφείς. Ένα 'ήπιο στίγμα', αφενός, είναι λιγότερο βλαβερό και αφετέρου, είναι ευκολότερα αντιμετώπισιμο από αυτούς που στιγματίζονται. Ακόμη, θέτουν σε αμφισβήτηση, αυτό που στο ποινικό δίκαιο είναι το πολιτικά ορθό για τη φιλελεύθερη σκέψη, το ότι δηλαδή, η διαπόμπευση είναι αναποτελεσματική στη χρήση του ποινικού δικαίου και αντιπαραγωγική και ακατάλληλη ως εργαλείο κοινωνικού έλεγχου. Αποδέχονται μια ανάλυση, με κοινοτιστικό θεωρητικό υπόβαθρο, που ασκεί κριτική στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, λέγοντας ότι ο ατομικιστικός προσανατολισμός της έχει οδηγήσει στην εξοφάνιση της ντροπής ως μηχανισμού ενίσχυσης και προώθησης της επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την κριτική αυτή, ο σύγχρονος άνθρωπος του δυτικού κόσμου δεν αισθάνεται ντροπή σε σχέση με γεγονότα όπως,

τις εκτός γάμου γεννήσεις, τη συζυγική απιστία, τη σεξουαλική απόκλιση και την ανήθικη συμπεριφορά. Μια λύση απέναντι σε αυτό το πολιτιστικό αδιέξοδο, αποτελεί η αναγέννηση ή η επαναφορά της κοινωνικής διαπόμπευσης ως μέσο για την εφαρμογή νομικών και πολιτιστικών προτύπων. Ο στόχος είναι, μέσω της ντροπής, να αποτραπούν μεταγενέστερα συμπεριφορές του δράστη που οδηγούν σε αξιόποινες πράξεις. Στο ποινικό δίκαιο, η διαπόμπευση έχει επανέλθει ως μέθοδος τιμωρίας, ειδικά για τα σεξουαλικά εγκλήματα ή την καταδίκη των μεθυσμένων οδηγών. Όσοι έχουν καταδικαστεί για τέτοια εγκλήματα γίνονται "επώνυμοι" με κάποιο τρόπο (διαδίκτυο, τύπος κλπ), έτσι ώστε να προκαλέσουν ντροπή εκ μέρους του εναγομένου.

Κατά τον Braithwaite το ποινικό δίκαιο, όπως είναι διαμορφωμένο, έχει τιμωρητικό χαρακτήρα και κάνει τους δράστες να αισθάνονται ένοχοι για τις πράξεις τους, χωρίς ωστόσο να τους αποτρέπει από τη διάπραξη μελλοντικών εγκληματικών πράξεων. Η εισαγωγή της διαπόμπευσης, η αίσθηση της ντροπής των δραστών, θα τους αποτρέψει από μελλοντικές παραβάσεις. Απαραίτητο γι' αυτό είναι η ενίσχυση των οικογενειακών και κοινοτικών δεσμών, γιατί τότε μόνο λαμβάνονται σημαντικά υπόψη οι αρνητικές αντιδράσεις της κοινότητας όταν παραβιάζονται τα κοινωνικά πρότυπα αυτής. Ο Braithwaite εισάγει μια διάκριση μεταξύ της διαπόμπευσης που ως στόχο την εξώθηση του ατόμου από την κοινότητα (το κοινωνικό στιγματισμό) και της διαπόμπευσης που έχει ως στόχο την επανενσωμάτωση του ατόμου στην κοινότητα. Για τον Braithwaite, η επανενσωμάτωση είναι το κλειδί για την αποτελεσματική αποτροπή και την πρόληψη της εγκληματικότητας. Στη διαπόμπευση που έχει ως στόχο το στιγματισμό ο δράστης καταγγέλλεται ως ανάξιος της κοινότητας. Δεν υπάρχουν προσπάθειες για την επανένταξη του δράστη και αυτός έχει απορριφθεί από τη κοινότητα. Η αποσυνδετική διαπόμπευση είναι αυτή που ισχύει στο παραδοσιακό σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Εδώ, ο δράστης είναι στιγματισμένος από την καταδίκη του ως φυσικό πρόσωπο και κυριολεκτικά, καθώς και συμβολικά, στέλνεται μακριά από την κοινότητα στη φυλακή. Η διαπόμπευση που έχει ως στόχο την επανένταξη δεν είναι «ήπια» ή «εύκολη» για το δράστη. Μπορεί να γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρηθούν οι δεσμοί επικοινωνίας, στοργής και σεβασμού και να μην αποτελεί στόχο ο στιγματισμός (Braithwaite, 1989: 166). Η διαφορά μεταξύ της επανενταξιακής και της αποσυνδετικής διαπόμπευσης

βρίσκεται όχι στην ποιότητα της διαπόμπευσης, αλλά στο στόχο της και στις διαδικασίες που ακολουθούν. Η αποσυνδεδετική διαπόμπευση τονίζει το κακό του δράστη, ενώ η επανενταξιακή διαπόμπευση αναγνωρίζει την πράξη ως ένα κακό πράγμα, αλλά αυτή γίνεται από ένα πρόσωπο που δεν είναι εγγενώς κακό. Την επανενταξιακή διαπόμπευση την ακολουθούν οι χειρονομίες της συμφιλίωσης και της κοινωνικής ένταξης, προτού καθιερωθεί η αποκλίνουσα ταυτότητα ως κύρια κατάσταση.

Μάλιστα, προς επίρρωση του επιχειρήματος, ο Braithwaite υποστηρίζει ότι κοινωνίες που τις χαρακτηρίζει ένας υψηλός βαθμός κοινωνικής συνοχής, έχουν κοινοτιστικά χαρακτηριστικά και χαρακτηρίζονται από δίκτυα αλληλεξαρτώμενων σχέσεων. Στην Ιαπωνία, για παράδειγμα, έχουν χαμηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας από ό,τι οι πιο ατομικιστικές και κατακερματισμένες κοινωνίες του δυτικού κόσμου, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Στην Ιαπωνία οι αξίες της κοινότητας και της οικογένειας είναι πάνω από τις αξίες του ατόμου. Σε αντίθεση με αυτή την κοινωνία, στο δυτικό κόσμο, η κοινωνικοποίηση του ατόμου διέπεται από άλλες αξίες όπου εδώ κεντρικό ρόλο διαδραματίζουν, η αξία της μοναδικότητας και της προσωπικής ολοκλήρωσης. Η ανάγκη της εκπλήρωσης των προσωπικών αναγκών είναι πάνω από τις ανάγκες της οικογένειας και της κοινότητας. Ακόμη, οι θιασώτες της διαπόμπευσης υποστηρίζουν ότι τα περισσότερα μέλη της κοινωνίας απέχουν από το έγκλημα, όχι γιατί φοβούνται νομικές κυρώσεις, αλλά επειδή οι συνειδήσεις τους δεν επιτρέπουν νομικές παραβιάσεις.

Η παραπάνω θεώρηση επικρίνεται για την αδιαμφισβήτητη παραδοχή της στο ότι οι δυτικές κοινωνίες είναι κτισμένες σε μια συναίνεση για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος. Η θεώρηση απαλείφει το γεγονός, ότι υπάρχουν υποομάδες εντός της κυρίαρχης κουλτούρας που μπορεί να μην υποστηρίζουν την κυρίαρχη συναίνεση. Για παράδειγμα, η βία κατά των γυναικών ορίζεται ως ποινικό αδίκημα από το νόμο και από πολλούς στην κοινωνία, ωστόσο η επικράτηση πατριαρχικών κανόνων κάνει κάποιους να πιστεύουν ότι δεν υπάρχει τίποτα λάθος στην άσκηση βίας στη σύντροφό τους ή στη σύζυγό τους. Παρομοίως, αυτοί που μεγάλωσαν προτού ισχύσουν τα πρότυπα της μη κατανάλωσης αλκοόλ και της μη οδήγησης, όταν είναι μεθυσμένοι, συχνά αισθάνονται ότι είναι απολύτως κοινωνικά αποδεκτό να μεθύσουν και να

οδηγήσουν. Δεν αισθάνονται ντροπή για τις πράξεις τους, και είναι απίθανο να έχουν καλή ανταπόκριση σε μια διαπόμπευση που έχει σκοπό την επανένταξη.

Κατά την Nussbaum η διάκριση του Braithwaite είναι ατυχής. Η διαπόμπευση δεν σημαίνει ότι δεν εξακολουθεί να «εργάζεται» με το ίδιο δυσάρεστο τρόπο, να στιγματίζει δηλαδή, όπως και η αποσυνδεδετική διαπόμπευση. Η απανθρωποποίηση του θύματος, όπως αναφέρει η Martha Nussbaum «είναι κεντρικής σημασίας στη λειτουργία του στίγματος» (Nussbaum, 2004: 220-221). Οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις ή ακόμη και οι θεσπισμένες διακρίσεις (enacted stigma) δεν αρκούν να δημιουργήσουν ένα στίγμα. Είναι επίσης απαραίτητο ότι το πρόσωπο που στιγματίζεται αναγνωρίζει την «φθαρμένη» ταυτότητά του ως μια κοινωνική πραγματικότητα. Όπως ο Goffman γράφει: «Το κεντρικό γνώρισμα της κατάστασης του στιγματισμένου.... Όπως συχνά μολονότι αόριστα, λέγεται, είναι ζήτημα αποδοχής. Όσοι έχουν συναλλαγές μαζί του δεν φτάνουν να του αποδώσουν το σεβασμό και την αναγνώριση που και οι ίδιοι σκόπευαν να του προσφέρουν και εκείνος προσδοκούσε να εισπράξει, κρίνοντας από τα αμόλυντα στοιχεία της κοινωνικής του ταυτότητας. Κι εκείνος αντανακλά αυτή την άρνηση ανακαλύπτοντας ότι κάποια από τα χαρακτηριστικά του τη δικαιολογούν» (Goffman, 2001: 71). Η βιβλιογραφία για το στιγματισμό από Goffman και μετά, καταδεικνύει το σημαντικό ρόλο του στιγματισμού για τα άτομα που το δέχονται: η δημιουργία μιας «συνεχούς φθαρμένης ταυτότητας», οι αυτό-διακρίσεις, η απόκρυψη, η απόσυρση και οι άλλες μορφές διαχείρισης του στίγματος αποτελούν τη ρουτίνα των πράξεων τους και μπορούν στην πραγματικότητα, να τους υποβάλλουν σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο από ό, τι οποιαδήποτε συμπεριφορά των φυσιολογικών (Link & Phelan, 2001, Scambler, 1989). Αν αυτός είναι ο ουσιώδης χαρακτήρας του στιγματισμού, τότε δεν είναι ηθική η χρήση του.

Τα διάφορα επιχειρήματα που η Nussbaum προβάλλει έναντι της χρήσης της διαπόμπευσης στο ποινικό δίκαιο δεν εξαρτώνται από την ‘σοβαρότητα’ του στίγματος. Η πρωτογενής ένστασή της βρίσκεται, στο ότι μια φιλελεύθερη κοινωνία απλά δεν πρέπει να διαπομπεύει τους πολίτες της, ακόμη και εάν εκείνοι παραβιάζουν τους νόμους. Αποδέχεται τη θέση του Goffman, περί οικουμενικότητας του στίγματος, καθώς κάτι τέτοιο, όπως υποστηρίζει, αντανακλά βαθιά ριζωμένα συναισθήματα, αλλά «το να συμμετέχει το κράτος σε αυτόν τον εξευτελισμό,

ανατρέπει τις ιδέες της ισότητας και της αξιοπρέπειας πάνω στις οποίες μια φιλελεύθερη κοινωνία είναι βασισμένη» (Nussbaum, 2004: 232). Η Nussbaum προσθέτει ότι είναι η φύση του συναισθήματος και όχι η δύναμη του στίγματος, που κάνει τη διαπόμπευση να είναι κακή ως δημόσια πολιτική: «οι άνθρωποι επιβάλλουν τη διαπόμπευση όχι ως έκφραση των ενάρετων κίνητρα ή των υψηλών ιδανικών, αλλά μάλλον εξαιτίας της δικής τους συρρίκνωσης, από τη δική τους ανθρώπινη αδυναμία και την οργή τους ενάντια στα όρια της ανθρώπινης ζωής. Ο θυμός τους δεν είναι πραγματικός, ή τουλάχιστον όχι μόνο, είναι θυμός ενάντια στην ανηθικότητα και στην ατέλεια. Πίσω από την ηθικολογία είναι κάτι πολύ πιο πρωτόγονο, κάτι που συνεπάγεται εγγενώς την ταπείνωση και την απανθρωποποίηση των άλλων, γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο ότι ο εαυτός μπορεί να υπερασπιστεί τον εύθραυστο ναρκισσισμό του» (Nussbaum, 2004: 232 – 233).

Αλλά η ντροπή δεν είναι το μόνο συναίσθημα που εμπλέκεται. Εκτός από την ενεργοποίηση του συναισθήματος της ντροπής στο δράστη, αυτές οι μορφές τιμωρίας επίσης μπορεί να προκαλέσουν την αποστροφή από την πλευρά των συμπολιτών. Πράγματι, η άλλη όψη της ντροπής είναι αηδία. Η αηδία βοηθά στη δημιουργία ντροπής. Και τα δύο είναι άρρηκτα συνδεδεμένα.

Η Nussbaum ωστόσο, αναγνωρίζει ότι τόσο η αηδία και η ντροπή είναι πολιτιστικά και κοινωνικά χρήσιμα συναισθήματα σε ορισμένες περιπτώσεις. Η αηδία μπορεί να έχει λειτουργικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι μπορεί να απωθεί τους ανθρώπους από τη βεβήλωση του εαυτού τους. Ωστόσο, η αηδία μπορεί επίσης να είναι κοινωνικά δομημένη και, συνεπώς, το τι προκαλεί αηδία μπορεί να διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η αηδία μπορεί να προκύψει ως αντίδραση σε άτομα που φέρουν ορισμένα αμετάβλητα «ελαττώματα», όπως η ασχήμια, η ομοφυλοφιλία, η παραμόρφωση, ή η διανοητική αναπηρία (δηλαδή, το «μη φυσιολογικό»). Αυτό δείχνει ότι το συναίσθημα της αηδίας είναι κοινωνικά κατασκευασμένο και γι' αυτό το λόγο η Nussbaum το θεωρεί ως ένα ιδιαίτερα αναξιόπιστο οδηγό για να ρυθμίσουμε την ανθρώπινη δράση, καθώς μπορεί να οδηγήσει στο στιγματισμό μη δημοφιλών ομάδων. Πράγματι, μια τέτοια αντίδραση παραβιάζει μία από τις βασικές αρχές του φιλελευθερισμού: την ίση αξία των προσώπων.

Ακόμη, η χρήση της διαπόμπευσης, σε αντίθεση με την ποινή φυλάκισης ή το πρόστιμο, στην επιβολή κυρώσεων για τις ανάρμοστες συμπεριφορές εξαρτάται από

δυνάμεις που βρίσκονται έξω από το δικαστικό σύστημα για τη «διαχείριση» της τιμωρίας. Αυτό σημαίνει ότι κυρώσεις που στοχεύουν στη διαπόμπευση μπορεί να λάβουν μορφές απρόβλεπτες κατά το χρόνο της ποινής. Αυτές οι απρόβλεπτες αντιδράσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μια τιμωρία η οποία μπορεί να είναι δυσανάλογη σε σχέση με το έγκλημα. Δεύτερον, σε αντίθεση με την ενοχή, η οποία επικεντρώνεται στην εγκληματική πράξη την ίδια, η ντροπή είναι ένα συναίσθημα που συχνά αντανακλά σε ένα διαρκές ελάττωμα ή ατέλεια. Δεδομένου ότι ένα πρόσωπο που ντροπιάζεται, ντρέπεται για τον εαυτό του και όχι (για την ακρίβεια) για την πράξη του, η ντροπή μπορεί να υπονομεύσει τις προσπάθειες του δράστη για την επανένταξη του στην κοινωνία ως παραγωγικός πολίτης, λόγω του διαρκούς αντίκτυπού της διαπόμπευσης στην αυτοεκτίμησή του. Όπως Nussbaum υποστηρίζει, η τιμωρία διαμέσου της ενοχής κάνει τη δήλωση «έχεις διαπράξει μια κακή πράξη». Η τιμωρία διαμέσου της ντροπής κάνει τη δήλωση, «είσαι ένα ελαττωματικό είδος του ατόμου» (Nussbaum, 2004, :230). Με αυτό τον τρόπο η διαπόμπευση υπονομεύει την αξιοπρέπεια των προσώπων, κατά παράβαση των θεμελιωδών αρχών του φιλελευθερισμού, επειδή η διαπόμπευση χρησιμοποιείται πιο συχνά για να στιγματίζει ορισμένες περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες.

Για να χρησιμοποιήσουμε μια τετριμμένη νομική μεταφορά, αν βασιζόμαστε στην ντροπή και την αηδία για την ποινικοποίηση της συμπεριφοράς, μπορεί σύντομα να βρούμε τον εαυτό μας κάτω από έναν ολισθηρό δρόμο, προς τη σπίλωση εκείνων που έχουν ήδη περιθωριοποιηθεί από την κοινωνία μας, επειδή αποκλίνουν από τον κανόνα. Το ότι υπάρχει η δυνατότητα πρόκυψης αρνητικών συνεπειών, σύμφωνα με την Nussbaum, δικαιολογεί την συνολική εξάλειψη της ντροπής και της αηδία από τη νομική εργαλειοθήκη. Ένα φιλελεύθερο κράτος, μια φιλελεύθερη κοινότητα, κατά την Nussbaum, πρέπει να μην στηρίζει, από άποψη ορθότητας και ηθικότητας, την προώθηση των στόχων που θέτει σε ψυχολογικές διαδικασίες τα άτομα.

#### δ) Αμεροληψία

Η αμεροληψία είναι ένας ξεχωριστός και σημαντικός δικαιολογητικός όρος. Ο στιγματισμός ως μέτρο της δημόσιας υγείας του καπνίσματος θα πρέπει να επιβάλλεται αμερόληπτα, καλύπτοντας έτσι τα βασικά πρότυπα της ακριβοδικίας.



Η αποκανονικοποίηση παρέχει τους κανονιστικούς λόγους επί των οποίων οι αντικαπνιστικές πολιτικές μπορούν να έχουν ηθικοπολιτική νομιμοποίηση, καθώς οι ανισότητες που προκαλούνται από τις πολιτικές αποκανονικοποίησης του καπνίσματος έχουν βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα και μακροπρόθεσμα, όπως διατείνεται ο Bayer (Bayer, 2010) θα οδηγήσουν σε μείωση των ανισοτήτων. Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν προκύπτει από τα εμπειρικά δεδομένα. Οι πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος διευρύνουν την ανισότητα στην υγεία, και φαίνεται να έχουν καλύτερες επιπτώσεις για αυτούς που βρίσκονται στην καλύτερη θέση (Killoran et al., 2006; Barnett et al., 2004). Οι πολιτικές και τα προγράμματα αποκανονικοποίησης έχουν αποδώσει λιγότερη επιτυχία μεταξύ των ομάδων με χαμηλότερα εισοδήματα. Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε ότι τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος ήταν χαμηλότερα μεταξύ των καπνιστών που ανήκουν στην εργατική τάξη (μπλε κολάρο) από τους άλλους εργαζόμενους (λευκό κολάρο) (Bauld et al., 2007). Η συμπεριφορά του καπνίσματος συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, με ψυχιατρικές διαγνώσεις, με την ευχαρίστηση και την απόλαυση που προσφέρει σε κάποιους, την απόρριψη των κοινωνικών πιέσεων μεταξύ των καπνιστών που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικίες και σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Burns and Warner, 2003; Jarvis et al., 2003). Έρευνα σε «σκληρούς» (hardcore) καπνιστές έχει έδειξε ότι είναι πιο πιθανό να είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, άνδρες και οι οποίοι κατά πλειοψηφία ανήκουν σε οικονομικά ασθενέστερες και χαμηλότερου εισοδήματος ομάδες (MacIntosh and Coleman, 2006). Αυτή η μεταβολή στην κοινωνική σύνθεση των καπνιστών σχετίζεται με την μετατροπή της συμπεριφοράς του καπνίσματος ως αποκλίνουσας και περιθωριοποιημένης. Αρκετοί μελετητές έχουν επισημάνει ότι, μόνο όταν η κατανάλωση του καπνού ήταν υψηλότερη σε αυτά τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα τότε μόνο οι αντικαπνιστικές ομάδες ήταν σε θέση να ασκήσουν στην ουσία μια επιτυχημένη επίθεση και έγινε πιο εύκολο να στιγματίσουν το κάπνισμα ως ανεπιθύμητη συμπεριφορά (Zimring, 1993; Berridge, 1999; Bayer and Colgrove, 2002).

Οι πολιτικές αποκανονικοποίησης έχουν ως αποτέλεσμα ότι το συντελεσμένο στίγμα (enacted stigma) εμμέσως κατευθύνεται προς ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού: αυτό που έχει την λιγότερη ικανότητα ή / και απροθυμία να σταματήσει

το κάπνισμα. Το ότι αυτές οι πολιτικές ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά περισσότερο τους καπνιστές που ανήκουν στην κατώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη, οι οποίοι και οι πιο «Hardcore» καπνιστές αναγνωρίζεται ανοικτά από την αναφορά του τμήματος των υπηρεσιών υγείας της Καλιφόρνια. Εκεί γίνεται φανερό ότι η επιρροή της στρατηγικής της αποκανονικοποίησης έχει ως ρητό στόχο το μετασχηματισμό των κοινωνικών κανόνων γύρω από το κάπνισμα, με στόχο η χρήση του καπνού να περιοριστεί σε μια διαρκώς «συρρικνούμενη ομάδα γέρον και hardcore καπνιστών» (CDHS, 1998).

Οι καπνιστές που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση προστατεύονται από το στιγματισμό στα άμεσα κοινωνικά τους δίκτυα, εν τούτοις, το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο μπορεί να επηρεάσει τις ευκαιρίες αυτών έξω από τα δικά τους δίκτυα. Οι πολιτικές αυτές μπορούν να μειώσουν σημαντικά στους καπνιστές τις ευκαιρίες για απασχόληση. Ορισμένοι εργοδότες, ιδίως στις ΗΠΑ, έχουν υιοθετήσει πολιτικές μη πρόσληψης των καπνιστών. Στις ΗΠΑ, μια σειρά από εταιρείες και νοσοκομεία έχουν εφαρμόσει στους χώρους ευθύνης τους τέτοιες πολιτικές. Ο ΠΟΥ επίσης έχει εγκρίνει μια πολιτική μη πρόσληψης καπνιστών.

Ακόμη, τα αντικαπνιστικά πρότυπα μπορεί να ευνοούν μορφές διακρίσεων και να επηρεάζουν με αρνητικό τρόπο τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Για παράδειγμα, υποστηρίζεται ότι οι στρατηγικές για τη διακοπή του καπνίσματος είναι «πιθανό να επιδεινώσουν τις ανισότητες στην υγεία δεδομένου ότι επιτρέπουν ένα πολιτικό περιβάλλον στο οποίο η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται όλο και περισσότερο ως ένα προνόμιο στο οποίο οι καπνιστές δεν έχουν το «δικαίωμα» πρόσβασης (Bell Kirsten et al., 2010). Πρόσφατες αναφορές από τον Καναδά (Kohler and Righton, 2006), το Ηνωμένο Βασίλειο (Hall, 2005) και την Αυστραλία (ABC News, 2007) δείχνουν ότι ορισμένοι χειρουργοί αρνούνται να θεραπεύουν καπνιστές ή να τους τοποθετούν χαμηλά στις λίστες αναμονής για μια χειρουργική επέμβαση. Καθώς οι απαιτήσεις από το σύστημα υγείας διαρκώς αυξάνουν, όταν η προσφορά δεν καλύπτει τη ζήτηση και οι πόροι έχουν περιοριστεί, το δικαίωμα των καπνιστών στην αυτοδιάθεση (self-determination) φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με άλλες αρχές κεντρικές στην ιατρική δεοντολογία, όπως η αγαθοεργία και η δίκαιη κατανομή των πόρων (Bremberg et al., 2003). Επιπλέον, οι πολιτικές αποκανονικοποίησης μπορεί

επίσης να χρησιμεύσουν στη δημιουργία περαιτέρω ανισοτήτων στην υγεία, αναστέλλοντας τη συζήτηση για τη διακοπή του καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι καπνιστές οι οποίοι αντιλαμβάνονται την ύπαρξη της σύνδεσης στιγματισμού και καπνίσματος είναι πιο πιθανό να κρατήσουν μυστικό το ότι καπνίζουν από τους πάροχους της υγειονομικής περίθαλψης (Stuber and Galea, 2009). Από την πλευρά τους, οι ιατροί οι οποίοι τηρούν μια στάση συμπάθειας προς τους καπνιστές και θα ήθελαν να υποστηρίξουν τη διακοπή του καπνίσματος με ένα ευαίσθητο τρόπο μπορεί να μην το πράξουν σε αυτό το περιβάλλον που έχουν δημιουργήσει οι πολιτικές αποκανονικοποίησης γύρω από το θέμα του καπνίσματος. Πράγματι, μία μελέτη διαπίστωσε ότι οι γιατροί οι οποίοι ανησυχούσαν για την ενίσχυση της σχέσης ιατρού-ασθενή ήταν λιγότερο πιθανό να εγείρουν το θέμα της διακοπής του καπνίσματος ((Bremberg et al., 2003) . Ομοίως, μια άλλη ομάδα γενικών γιατρών ανέφερε ότι ο φόβος της βλάβης της σχέσης ιατρού-ασθενή είναι ένα πολύ συχνό εμπόδιο στην συζήτηση για τη διακοπή του καπνίσματος με τους ασθενείς (Coleman et al., 2000).

Παρά το γεγονός ότι οι εκθέσεις αυτές δίνουν μια ιδέα, η μεγαλύτερη απόδειξη για τις διακρίσεις κατά των καπνιστών βρίσκεται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης του Καναδά και των ΗΠΑ. Μια έρευνα σε περισσότερους από 250 γιατρούς σε ολόκληρο τον Καναδά διαπίστωσε ότι το 25% των γιατρών έχουν κάνει διακρίσεις εις βάρος των καπνιστών σε σχέση με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και απάντησαν καταφατικά σε ερωτήματα όπως: «Έχετε αρνηθεί τη θεραπεία, λόγω του ότι ένας ασθενής είναι καπνιστής;» και «Έχετε λάβει ως προϋπόθεση το γεγονός ότι η παρεχομένη φροντίδα μπορεί να μην είναι πλήρης διότι ο ασθενής είναι καπνιστής;» (Canadian Lung Association, 2005). Παρομοίως, μια μελέτη στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι το 83% των γιατρών πιστεύουν ότι η ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) είναι μια «αυτοπροκληθείσα νόσος» και μια σημαντική μειονότητα απέρριπτε τη φροντίδα ασθενών που συνέχιζαν να καπνίζουν (Barr et al., 2005). Οι καπνιστές οι ίδιοι αναφέρουν διακριτική μεταχείριση από τους επαγγελματίες υγείας και κάποιοι με ασθένειες που οφείλονται στη συνήθεια του καπνίσματος, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα και η ΧΑΠ αναφέρουν, ότι είναι πιθανόν να καθυστερήσουν να στραφούν στην αναζήτηση περίθαλψης λόγω των ανησυχιών σχετικά με το στιγματισμό του καπνίσματος (McKie et al., 2003; Corner

et al., 2006; Tod et al., 2008; Gysels and Higginson, 2008). Να σημειωθεί, ότι δεν είναι μόνο οι καπνιστές οι οποίοι έχουν τέτοια διακριτική μεταχείριση. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική στάση και στιγματίζουν ανθρώπους που είναι υπέρβαροι (Oberrieder et al., 1995; Ferraro and Holland, 2002; Teachman and Brownell, 2001; Anderson and Wadden, 2004). Ωστόσο, ενώ οι γιατροί είναι σε θέση να κάνουν διακρίσεις κατά των υπέρβαρων ασθενών, είναι μόνο στο πλαίσιο του καπνίσματος, που τους δίνεται υπόρρητα η συγκατάθεση να το πράξουν.

Οι παραπάνω «αποτυχίες» κατά τον Bayer, είναι μια αντανάκλαση της αποτελεσματικότητας σε επίπεδο πληθυσμού. Για τον Bayer αυτό χρησιμεύει ως απόδειξη στο ότι όσο σημαντική και να είναι η αξία της αμεροληψίας (equity) δεν είναι ο μόνος λόγος που οδηγεί τις προσπάθειες της δημόσιας υγείας. Οι ενέργειες, κατά τον Bayer, στοχεύουν στο επίπεδο του πληθυσμού, όχι στο άτομο. Η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος σε όλες τις οικονομικά προηγμένες χώρες είναι ένα μοναδικό επίτευγμα της δημόσιας υγείας (Bayer, 2010). Σε αυτή τη θέση μπορεί να ασκηθεί κριτική για δυο κυρίως λόγους που αναδεικνύουν την αξία της αμεροληψίας στην εφαρμογή πολιτικών στη δημόσια υγεία. Καταρχάς, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε, ότι οι επιτυχημένες προσπάθειες αποκανονικοποίησης έχουν αλλάξει τα κοινωνικά πρότυπα, τις αξίες και τις στάσεις σχετικά με το κάπνισμα και τους καπνιστές, και επίσης μας δείχνουν τον ευρύτερο πολιτισμικό μετασχηματισμό που όλο και περισσότερο τείνει να οριοθετήσει το πρόβλημα της υγείας και της ασθένειας στο επίπεδο του ατόμου (Petersen, 1997; Petersen and Lupton, 1996; Lupton, 1995). Σε αυτό το πλαίσιο οι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η υπερφαγία και η έλλειψη σωματικής άσκησης, το εάν θα ακολουθήσει κάποιος μια συμπεριφορά ή όχι, σχετίζεται με το πόσο υπεύθυνος ως άτομο είναι και την απροθυμία του να τροποποιήσει κάποια επικίνδυνη συμπεριφορά. Η προσέγγιση που δίδει βάρος στην τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς αγνοεί το ότι αυτή καθορίζεται και από άλλους εξωγενείς παράγοντες και δεν είναι μόνο ζήτημα ορθολογικής επιλογής. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, πέρα από τις ανισότητες που δημιουργούνται στο ατομικό επίπεδο, η απαγόρευση του καπνίσματος στις πλούσιες χώρες αναμένεται να εντείνει τις ανισότητες στην υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς οι βιομηχανίες καπνού, από την πλευρά τους, στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων

αγορών για τα προϊόντα τους, προωθώντας τσιγάρα που περιέχουν υψηλό ποσοστό νικοτίνης και προκαλούν σοβαρό εθισμό, σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπως η Κίνα και η Ινδία.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο στόχος του αντικαπνιστικού κινήματος για την ενημέρωση του κοινού γύρω από τους κινδύνους του καπνίσματος έχει επιτευχθεί πλήρως. Με δεδομένο το μέγεθος των αντικαπνιστικών εκστρατειών και αντικαπνιστικών πολιτικών, θα ήταν εντελώς αδύνατο για οποιονδήποτε να δηλώσει ότι έχει άγνοια των κινδύνων αυτών. Τα στοιχεία αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αυτών των ενεργειών τόσο στη βελτίωση των γνώσεων για την υγεία, όσο και στη μείωση των ποσοστών των καπνιστών. Όταν όμως παρατηρείται ότι καλά πληροφορημένοι άνθρωποι εξακολουθούν να παίρνουν τη λάθος απόφαση, μέσω της οποίας φαίνεται σαν να δηλώνουν ότι δεν επιθυμούν τη μακροζωία και την ευζωία τους, καθώς αγνοούν εκθέσεις και αξιολογικές κρίσεις ειδικών επιστημόνων οι οποίες θεωρούνται ότι έχουν οικουμενικό και δεσμευτικό χαρακτήρα, αυτό λαμβάνεται ως απόδειξη, από την πλευρά του αντικαπνιστικού κινήματος, για την ανάγκη τήρησης μιας πιο επιθετικής δράσης. Οι κυβερνητικές πολιτικές ελέγχου του καπνού δεν στοχεύουν απλώς στην αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αλλά εμφολωμένους, στο ίδιο το ανθρώπινο μυαλό συνειδητά προσπαθούν να επηρεάσουν την αντίληψη του κοινού για το κάπνισμα και τους καπνιστές, ρυθμίζοντας τη κοινωνική σημασία αυτού. Τα παραδείγματα των αρχών της δημόσιας υγείας που επιδιώκουν να σταματήσουν να δώσουν αίγλη ή να αποκανονικοποιήσουν το κάπνισμα δεν είναι δύσκολο να βρεθούν. Το Τμήμα Υπηρεσιών Υγείας της Καλιφόρνιας περιγράφει τη στρατηγική ελέγχου του καπνού ως μια προσπάθεια πρόωθησης της αντίληψης και ενθάρρυνσης της κοινωνίας των πολιτών για να δουν τη χρήση του καπνού ως ανεπιθύμητη και αντικοινωνική συμπεριφορά. Σε μια άλλη διαφημιστική εκστρατεία με αντικαπνιστικό περιεχόμενο στη Νέα Ζηλανδία, χρηματοδοτούμενη μάλιστα από την κυβέρνηση, δεν παρέχονται κανενός είδους πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, και αντ' αυτού ηθοποιοί και μουσικοί εξέφραζαν ακραία αντικαπνιστικά συναισθήματα. Μερικές από τις δηλώσεις τους, αναφέρουν ότι το

κάπνισμα είναι ανθυγιεινό και ως εκ τούτου ανόητο, ενώ οι περισσότεροι εκφράζουν καθαρή περιφρόνηση. Ακόμα πολιτικές, όπως αυτές που απαγορεύουν το κάπνισμα σε μεγάλους εξωτερικούς χώρους ή ολόκληρες περιοχές στο κέντρο της πόλης είναι φανερό, ότι σκοπεύουν να ‘τιμωρήσουν’ του καπνιστές, αφενός, επειδή καθιστούν πιο δύσκολο γι’ αυτούς να καπνίζουν σε εξωτερικούς χώρους και αφετέρου, επειδή είναι προφανές ότι μια τέτοια απόφαση δεν είναι απαραίτητη για την προστασία του κοινού από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα.

Σε αυτές τις προσπάθειες πληροφόρησης είναι δύσκολο να ανιχνευτούν στοιχεία αμερόληπτης επικοινωνίας για τους αντικειμενικούς κινδύνους που ενέχει για την υγεία το κάπνισμα. Καθώς κάποιες πολιτικές τοποθετούν στο επίκεντρο της αντικαπνιστικής εκστρατείας τον καπνιστή και όχι στον καπνό, έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα, παραμένει αδιάφορο το εάν αυτό γίνεται ακούσια ή εκούσια, το στιγματισμό του καπνιστή. Αυτή η προσέγγιση δεν σχετίζεται με την ενημέρωση ή την εκπαίδευση για την αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος, αλλά έχει ως στόχο την αποθάρρυνση του καπνιστή με την τεχνητή αύξηση των κοινωνικών και ψυχολογικών κοστών που έχει η συνήθειά του. Έτσι παρατηρούμε, ότι ο καρκίνος του μαστού, ως νόσος, έχει μια συμπαθητική δημόσια εικόνα, ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα - που σκοτώνει σχεδόν τρεις φορές περισσότερους ανθρώπους κάθε χρόνο – έχει συνδεθεί στερεότυπα ως νόσος των καπνιστών. Αυτό φαίνεται να ενισχύει τη διάκριση μεταξύ εκείνων που θεωρούνται άξιοι της συμπάθειας (και πόρους υγειονομικής περίθαλψης) και εκείνων που χαρακτηρίζονται ως θύματα της δικής επιλογής στον τρόπο ζωής τους και ως εκ τούτου, θεωρούνται ανάξιοι του δημόσιου ενδιαφέροντος. Δεδομένου ότι ο καπνιστής έχει γίνει παρίας, οι πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα έχουν γίνει οι λεπροί του εικοστού πρώτου αιώνα (Ritchie et al., 2010).

Ο στιγματισμός του καπνιστή δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτός για κάποιους πολύ ισχυρούς λόγους. Όπως καταδείχτηκε, προσβάλλονται διαστάσεις της ανθρώπινης ευημερίας, όπως ο σεβασμός, η αυτοδιάθεση, οι δεσμοί, η υγεία και κατ’ επέκταση η θεμελιώδης αρχή της δημόσιας υγείας η κοινωνική δικαιοσύνη. Οι δικαιολογητικές αρχές, όπως εξετάστηκαν, δεν παρέχουν κανένα έρεισμα για την ηθική αποδοχή του στιγματισμού του καπνιστή. Πρώτον, επειδή είναι δύσκολο να αποτιμηθούν τα αποτελέσματα (αρνητικά ή θετικά) του στιγματισμού του καπνιστή,

καθώς το στίγμα δεν είναι ένα αντικειμενικό και σταθερό χαρακτηριστικό. Το στίγμα είναι πάντοτε το απροσδόκητο και το ανανεώσιμο προϊόν κάθε αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός ατόμου «κανονικού» και του φορέα ενός ανεπιθύμητου χαρακτηριστικού. Επίσης είναι δύσκολο να αποτιμηθούν τα καταστροφικά αποτελέσματα του στιγματισμού, κάτι το οποίο προϋποθέτει, ωστόσο, η εκδήλωση της ηθικής του αποδοχής. Πράγματι, η πρόληψη μπορεί να ευνοήσει ή να αποθαρρύνει τον στιγματισμό ενός δεδομένου πληθυσμού, αλλά δεν αποτελεί παρά μόνον ένα παράγοντα-σταθμό σ' αυτή τη διαδικασία. Δεύτερον, δεν αποτελεί το αναγκαίο και μοναδικό μέσο για τον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας. Τρίτον, δεν μπορεί να υπερκεράσει μια βασική αρχή την απόδοση ίσης αξίας στα πρόσωπα. Τέταρτον, έχει μεροληπτικό χαρακτήρα καθώς έχει καλύτερες επιπτώσεις γι' αυτούς που βρίσκονται στη καλύτερη θέση επειδή ενισχύει τα υφιστάμενα επαχθή στερεότυπα, καθώς οι ομάδες του πληθυσμού που στιγματίζονται ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα (φτωχοί και μειονότητες).

Ο στιγματισμός του καπνιστή στηρίζεται στο ίδιο κυρίαρχο μοντέλο της προαγωγής της υγείας που χαρακτηρίζεται από το μεθοδολογικό ατομικισμό. Το μοντέλο αυτό, αδυνατεί να «φτάσει» στη ρίζα του κακού και να κατανοήσει ότι δομικοί, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ευθύνονται για τα δεινά που προέρχονται από κάποιες ατομικές συμπεριφορές. Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί το κοινωνικό πλαίσιο του καπνίσματος, στο οποίο γίνεται φανερό ότι το κάπνισμα είναι αυξημένο μεταξύ των κοινωνικά και οικονομικά περιθωριοποιημένων ομάδων (άνιση κοινωνική και γεωγραφική κατανομή του καπνίσματος). Το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να είναι το κλειδί για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο του καπνίσματος (Poland et al., 2006). Επιπλέον ο στιγματισμός του καπνιστή, εάν θεωρηθεί ότι αποτελεί κατά κάποιον τρόπο ένα είδος ηθικού καταναγκασμού, περιορίζει την αυτονομία του ατόμου και αυτός ο περιορισμός για την προώθηση της υγείας του πληθυσμού είναι σε μεγάλο βαθμό εσφαλμένος. Από εμπειρική άποψη, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα άτομα που διατηρούν την αυτονομία τους μπορούν να έχουν καλύτερη υγεία. Η δημόσια υγεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στην εύρεση τρόπων για την επέκταση της αυτονομίας του ατόμου, όχι στο να τη περιορίσει. Στόχος των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας πρέπει να είναι το πώς τα άτομα θα έχουν τις δυνατότητες για τη διατήρηση του αυτοσεβασμού τους και το πώς θα έχουν τη

δυνατότητα να σχηματίσουν μια αντίληψη για το καλό και να συμμετάσχουν με κριτική σκέψη σχετικά με το σχεδιασμό της δικής τους ζωής.

Το ερώτημα για τους θιασώτες του στιγματισμού του καπνιστή, είναι σε ποιο βαθμό η δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί την παραίτηση από ένα αποτελεσματικό και στοχευόμενο πρόγραμμα υπέρ ενός σχετικά αναποτελεσματικού, καθολικού προγράμματος που επίσης ενδέχεται να παράγει λιγότερη βελτίωση της υγείας για την ομάδα που βρίσκεται σε μειονεκτική θέση (και το οποίο δεν περιορίζει τις άδικες ανισότητες), προκειμένου να αποφευχθεί ένας 'ήπιος' στιγματισμός. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα, ακολουθώντας την Nussbaum, έχει απόλυτο χαρακτήρα. Ο στιγματισμός, ακόμη και αν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στη μείωση της χρήσης καπνού, δεν μπορεί να αποτελεί ένα επιθυμητό μέσο της πολιτικής της δημόσιας υγείας. Αν θεωρηθεί ότι είναι ένα αναπόφευκτο και εν πολλοίς ακούσιο, αποτέλεσμα των πολιτικών αποκανονικοποίησης είναι ο στιγματισμός του καπνιστή, παρόλα τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρουν αυτές οι πολιτικές στον περιορισμό του καπνίσματος, ή στη διακοπή του, αυτές οι πολιτικές πρέπει να επανεξεταστούν.



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bradby Hannah. (2010). *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Μτφ. Βάγιας, Γ. & Αλεξιάς, Γ. Εκδ. Πεδίο. Αθήνα.
- Fitzpatrick Michael. (2001). *Η τυραννία της υγείας*. Μτφ. Γολέμη Άσπα. Εκδ. Πολύτροπον. Αθήνα
- Hughes, M. Kroehler J. C. (2007). *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. Μτφ. Χρηστίδης Γ. Εκδ. Κριτική. Αθήνα.
- Kant, I. (1984). *Θεμέλια Μεταφυσικής των Ηθών*. Μτφ. Τζαβάρας Γιάννης. Εκδ. Δωδώνη. Αθήνα-Γιάννινα.
- Λαβράνου Αλίκη. (2010). *Γνώση και Πράξη*. Εκδ. Πόλις. Αθήνα.
- Goffman, Erving. (2001). *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. Μτφ. Μακρυνιώτη Δήμητρα. Εκδ. Αλεξάνδρεια. Αθήνα.
- Nettleton Sarah. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Μτφ. Βακάκη Άνθη. Εκδ. Τυπωθήτω- ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ. Αθήνα.
- O'Neill Onora. (2011). *Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική*. Μτφ. Δρίτσας Θωδωρής. Εκδ. Αρσενίδης, Αθήνα.
- Rawls, J. (2003). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Μτφ. Βασιλόγιαννης Φίλιππος, κ. ά. Εκδ Πόλις. Αθήνα.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ABC News (2007). Hospital restricts treatment for smokers, fat people. Available at <http://abc.com.au/news/stories/2007/09/03/2022267.htm> (accessed 28 September 2011).
- Acheson, D. (1988). *Public Health in England*, Cmnd 289. London: HMSO
- Alamar, B. and Glantz, S. (2006), 'Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption', *American Journal of Public Health*, 96: 8, 1359–63
- American Civil Liberties Union. (1998). Introduction to lifestyle discrimination in the workplace. <<http://www.aclu.org/workplacerrights/gen/13388res19981231.html>> Accessed 10.04.11
- Anderson, D. A., & Wadden, T. A. (2004). Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obesity Research*, 12(10), 1587–1595
- Annas GJ. (2002). Bioterrorism, public health, and human rights. *Health Affairs* 21:94–97
- Annas GJ. (2002). Bioterrorism, public health, and civil liberties. *New England Journal of Medicine* 346:1337–1342

- Baha, M, Le Faou, A. L. (2010). Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*, 124, 225-231
- Barnett, R., Moon, G., & Kearns, R. (2004). Social inequality and ethnic differences in smoking in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 59, 129–143
- Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health* 94:269–78
- Barr, R. G., Celli, B. R., Martinez, F. J., Ries, A. L., Rennard, S. I., Reilly, J. J., Jr., et al. (2005). Physician and patient perceptions in COPD: the COPD resource network needs assessment survey. *American Journal of Medicine*, 118, 1415.e9–1415.e17
- Bauld, L., Judge, K., & Platt, S. (2007). Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco Control*, 16(6), 400–404
- Bayer R., Fairchild A. (2004). The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*;18(6):473-92
- Bayer, R., & Stuber, J. (2006). Tobacco control, stigma, and public health: Rethinking the relations. *American Journal of Public Health*, 96, 47–50
- Bayer R. (2008). Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Social Science & Medicine*, 67:463–72
- Bayer, R., & Colgrove, J. (2002). Science, politics, and ideology in the campaign against environmental tobacco smoke. *American Journal of Public Health*, 92(6), 949–954
- Bayer, R. (2010). Stigma and the ethics of public health redux: A response to Bell et al. *Social Science & Medicine* 70, 800–801
- Becker M.H. (1993). A Medical Sociologist looks at Health Promotion. *Journal of Health and Social Behavior*,34: 1–6
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010b). Smoking, stigma and tobacco “denormalization”: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine*, 70, 795-799
- Bell, K., McCullough, L., Salmon, A., & Bell, J. (2010). ‘Every space is claimed’: Smokers’ experiences of tobacco denormalisation. *Sociology of Health & Illness*, 32(6), 1–16
- Berridge, V. (1998), ‘Science and policy: the case of postwar British smoking policy’, in S. Lock, L. Reynolds and E. M. Tansey (eds.), *Ashes to Ashes: The History of Smoking and Health*, Amsterdam: Editions Rodopi BV
- Berridge, V. and Loughlin, K. (2005), ‘Smoking and the new health education in Britain 1950s–1970s’, *American Journal of Public Health*, 95: 6, 956–64
- Beauchamp, D. E. (1976). Public Health as Social Justice. *Inquiry*, **XIII**, 3–14
- Beauchamp, D. E. (1985). Community: The Neglected Tradition of Public Health. *Hastings Center Report*. 15, 28–36. Reprinted In Beauchamp, D. E. and Steinbock, B. (eds), *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press, pp. 57–67
- Beauchamp, D. E. (1999). Public Health as Social Justice. In Beauchamp, D. E. and Steinbock, B. (eds), *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press, pp. 101–109
- Beauchamp TL., Childress JF. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press: New York, U.S.A.

- Berridge, V. (1999). Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science? *Social Science & Medicine*, 49, 1183–1195
- Blane, D. (1995). Editorial: Social Determinants of Health – Socioeconomic Status, Social Class, and Ethnicity. *American Journal of Public Health* 85: 903–905
- Blendon, R., Hyams Stelzer & Benson. M J. (1993). Bridging the Gap between Expert and Public Views on Health Care Reform. *Journal of the American Medical Association*, 269: 2573–2578
- Braithwaite, J. (1989). *Crime, shame and reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press
- Brandt, A. (1990), ‘The cigarette, risk, and American culture’, *Daedalus*, 119: 4, 155–76
- Brandt, A. (2007). *The Cigarette Century*, New York: Basic Books
- Brandt, A.M. (1998). Blow some my way: passive smoking, risk and American culture. In Lock, S., Reynolds, L.A. and Tansey, E.M. (eds) *Ashes to Ashes: the History of Smoking and Health*. Amsterdam: Rodopi, 164-187
- Bremberg, S., Nilstun, T., Kovac, V., & Zwitter, M. (2003). GPs facing reluctant and demanding patients: analyzing ethical justifications. *The journal of Family Practice*, 20(3), 254–260
- Brewer MB, Brown RJ. (1998). Intergroup relations. In: Gilbert D, Fiske ST, Lindzey G, eds. *The handbook of social psychology*. 4th ed. Boston: McGraw-Hill, 554–94
- Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Stewart M, Greaves L, Carey J. (2006). Couple dynamics during women’s tobacco reduction in pregnancy and postpartum. *Nicotine & Tobacco Research*, 8:499–509
- Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, et al. (2005). Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. *Research in Nursing & Health* 28:316–28
- Buchanan, D. R. (2008). Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *American Journal of Public Health*, 98(1), 15–21
- Buchanan A., et al. (2000). *From a Chance to Choice*. Cambridge University Press
- Burgess, D., Fu, S. and van Ryn, M. (2009). ‘Potential unintended consequences of tobacco control policies on mothers who smoke: a review of the literature’, *American Journal of Preventative Medicine*, 37: 2, S151–S158
- Burgess DB, Fu SS, Joseph A, Hatsukami D, Solomon J, van Ryn M. (2007). Smoking cessation beliefs in American Indians. *Nicotine & Tobacco Research* 9:S19–S28
- Burgess DJ, Ding M, Hargreaves M, van Ryn M, Phelan S. (2008). The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19:894–911
- Burgess DJ, Fu SS, van Ryn M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine* 19:1154–9
- Burns, D. M., & Warner, K. E. (2003). Smokers who have not quit: is cessation more difficult and should we change our strategies? In S. E. Marcus (Ed.), *Smoking and Tobacco Control Monograph No. 15* Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services
- Bush, J., White, M., Kai, J., Rankin, J., & Bhopal, R. (2003). Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: Community based, qualitative study. *British Medical Journal*, 326, 962

- Burris S. (2002). Disease stigma in US public health law. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 30: 179–90
- 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 and Medicine*, 67: 473–5
- Burris, Scott. (1997). “The Invisibility of Public Health: Population-Level Measures in a Politics of Market Individualism.” *American Journal of Public Health* 87: 1607–10)
- California Department of Health Services. (1998). A model for change: the California experience in tobacco control. California: *California Department of Health Services Tobacco Control Section*
- Callahan D., Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. (2002). *American Journal of Public Health*, 92:169-76
- Canadian Lung Association. (2005). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a national report card*. Ottawa: Canadian Lung Association
- Cattell, Vicky. (2000). “Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital.” *Social Science and Medicine* 52: 1501–16)
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). *Smoking Prevalence among US Adults, 1955–2007*, from <http://www.cdc.gov/tobacco>
- Chapman, S. and Freeman, B. (2008). ‘Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry’, *Tobacco Control*, 17: 1, 25–31
- Chapple A, Ziebland S & A. McPherson. (2004). Stigma, Shame, and Blame Experienced by Patients with Lung Cancer: Qualitative Study. *British Medical Journal* 328: 1470–1473
- Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *Journal Law Medicine Ethics* 30:170–178
- Childress JF, Gaare Bernheim R (2003) Beyond the liberal and communitarian impasse: a framework and vision for public health. *Florida Law Review* 55:1191–1219
- Coleman, C.H.; Bouëssau, M.C.; Reis, A. (2008). The contribution of ethics to public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 578-579
- Coleman, T., Murphy, E., & Cheater, F. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 50, 207–21
- Corner, J., Hopkinson, J., & Roffe, L. (2006). Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: a UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1381–1391
- Coxhead L, Rhodes T. (2006). Accounting for risk and responsibility associated with smoking among mothers of children with respiratory illness. *Sociology of Health & Illness*, 28:98–121
- Craig, R., Mindell, J. and Hirani, V. (2009). *Health Survey for England 2008*, London: The Information Centre
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science and Medicine*, 38, 1347–1365

Courtwright, A. (2011). Stigmatization and public health ethics, *Bioethics* ISSN 0269-9702 1467-8519 (online)

*Declaration of Alma Ata – International conference on primary health care 1978*  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

DeJong, W., Schneider, S., Towvim, L., Murphy, M., Doerr, E., Simonsen, N., et al. (2006). A multisite randomized trial of social norms marketing campaigns to reduce college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 868-879

European Public Health Ethics Network. (2006). *Public policies law and bioethics: a framework for producing public health policy across the European Union*.

Farrelly, M. C., Healton, C. G., Davis, K. C., Messeri, P., Hersey, J. C., & Haviland, M. L. (2002). Getting to the truth: evaluating national tobacco counter marketing campaigns. *American Journal of Public Health*, 92(6), 901-907

Farrimond HR, Joffe H. (2006). Pollution, peril and poverty: a British study of the stigmatization of smokers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16:481–91

Ferraro, K.F., & Holland, K.B. (2002). Physician evaluation of obesity in health surveys: ‘who are you calling fat?’ *Social Science & Medicine*, 55, 1401–1413

Feldman, E. and Bayer, R. (eds.) (2004). *Unfiltered: Conflicts over Tobacco Policy and Public Health*, Cambridge, MA:Harvard University Press

Hall, C. (2005). NHS may not treat smokers, drinkers or obese. <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1505050/NHS-may-not-treat-smokers,-drinkers-or-obese.html> (accessed 26 September 2011).

Hammond, D., Fong, G.T., Zanna, M.P., Thrasher, J.F. and Borland, R. (2006). Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries, *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 3, 225–32

Healton, C. (2001). Who's afraid of the truth? *American Journal of Public Health*, 91(4), 554-558.

Herek G. AIDS and stigma. (1999). *American Behavioral Scientist*, 42:1106–1116

Hersey, J., Niederdeppe, J., Ng, S., Mowery, P., Farrelly, M., & Messeri, P. (2005). How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking, *Tobacco Control*, 14(6), 377-383

Holden G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: a meta-analysis. *Soc Work Health Care*, 16:53–93

Holland, Stephen.(2007). *Public health ethics*. Polity Press

Huisman,M.,Kunst, A. andMackenbach, J. (2005). ‘Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries’, *Tobacco Control*, 14: 2, 106–13

Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press

Irwin LG, Johnson JL, Bottorff JL. (2005). Mothers who smoke: confessions and justifications. *Health Care For Women International*, 26:577–90

Jackson D, Mannix J. (2004).Giving voice to the burden of blame: a feminist study of mothers’ experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, 10:150 – 8

- Jarvis, M. J., Wardle, J., Waller, J., & Owen, L. (2003). Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *British Medical Journal*, 326, 1061–1066
- Jones, Edward E., Amerigo Farina, Albert H. Hastorf, Hazel Markus, Dale T. Miller, and Robert A. Scott. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York:Freeman
- Kass NE. (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91(11):1776-82
- Killoran, A., Owen, L., & Bauld, L. (2006). Smoking cessation: an evidence-based approach to tackling health inequalities? In A. Killoran, C. Swann, & M. P. Kelly (Eds.), *Public health evidence: tackling health inequalities* (pp. 341–362) Oxford: Oxford University Press
- Kim, S., and Shanahan, J. (2003). Stigmatizing smokers: public sentiment toward cigarette smoking and its relationship to smoking behaviors. *Journal of Health Communication*, 8, 343–367
- Kirkwood W.G & D. Brown. (1995). Public Communication about the Causes of Disease: The Rhetoric of Responsibility. *Journal of Communication* 45: 55–76
- Kohler, N., & Righton, B. (2006). Overeaters, smokers, and drinkers, the doctor won't see you now. *Macleans*, April, 24, 34–39
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. (2004).The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic Reviews*, 26:36–52
- Gibbs, Jack P. (1965). “Norms: The Problem of Definition and Classification.” *American Journal of Sociology* 70 (5): 586–94.
- Gilbert G, Hannan EL, Lowe KB. (1998).Is smoking stigma clouding the objectivity of employee performance appraisal? *Public personnel management*, 27:285–300
- Goldberg S. Daniel. (2012). Social Justice, Health Inequalities and Methodological Individualism in US Health Promotion. *Public Health Ethics*, Advance Access published July 5, 1-12
- Goldstein, J. (1991). The stigmatisation of smokers: An empirical investigation. *Journal of Drug Education*, 21, 167–182
- Goldman, L. K., & Glantz, S. A. (1998). Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association*, 279(10), 772-777
- Gostin, O. Lawrence (2001). ‘Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann’. *Journal of Law, Medicine&Ethics*, 29:121–30
- Gostin, O. Lawrence.(2008). ‘Public Health’, in *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns*, ed. Mary Crowley (Garrison, NY: The Hastings Center), 143-146
- Gostin . O. Lawrence (2002). *Public Health Law and Ethics*. New York: Univ. Calif. Press, Milbank Mem. Fund
- Gostin O. Lawrence. (2003) When terrorism threatens health: how far are limitations on personal and economic liberties justified? *Florida Law Review* 55:1105–1170
- Gostin, L. O. and Powers, M. (2006). What Does Social Justice Require for the Public's Health? Public Health Ethics and Policy Imperatives. *Health Affairs*, 25, 1053–1060
- Graham Hilary. (2012). Smoking, stigma and social class, *Journal of Social Policy*, 41, pp 83-99

- Graham H. (1976). Smoking in pregnancy: the attitudes of expectant mothers. *Social Science and Medicine*, 10(7-8):399-405
- Greaves L, Tungohan E. (2007). Engendering tobacco control: using an international public health treaty to reduce smoking and empower women. *Tobacco Control*, 16:148-50
- Greaves L, Kalaw C, Bottorff JL. (2007). Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. *Womens Health Issues*, 17:325-32
- Guttman N. & W.H. Ressler. (2001). On being Responsible: Ethical Issues in Appeals to Personal Responsibility in Health Campaigns. *Journal of Health Communication* 6: 117-136
- Lavack, A. (1999). Denormalization of tobacco in Canada. *Social Marketing Quarterly*, 5(3), 82-85
- Levy, B.S. (1998). Creating the future of public health: values, vision, and leadership. *American Journal of Public Health*, 88, 188-192
- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. (2001). "Conceptualizing Stigma." *Annual Review of Sociology*, 27:363-85.
- Link, Bruce G., Elmer L. Struening, Michael Rahav, Jo C. Phelan, and Larry Nuttbrock. 1997. "On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse." *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (2): 177-90
- Link BG, Phelan JC. (1996). Understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86:471-3
- Louka, P., Maguire, M., Evans, P., & Worrell, M. (2006). 'I think it is a pain in the ass that I have to stand outside in the cold and have a cigarette': Representations of smoking and experiences of disapproval in UK and Greek smokers. *Journal of Health Psychology*, 11, 441-451
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*. United Kingdom: Sage Publications
- Lyon, D. (2001). Utilitarianism. In *Encyclopedia of Ethics*; Becker, L., Becker, C., Eds.; Routledge—Taylor & Francis; New York, NY, USA, Volume 3, pp. 1737-1744
- Mackie, P., Sim F. (2009). Ollis Salus Populi Suprema Lex Esti. *Public Health*, 123, 205-206
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl. 2), S67-S79
- Mann, J. (1999). "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights," in J. Mann et al., eds., *Health and Human Rights: A Reader*. New York: Routledge, 439-52
- MacIntosh, H., & Coleman, T. (2006). Characteristics and prevalence of hardcore smokers attending UK general practitioners. *BMC Family Practice*, 7(24), doi: 10.1186/1471-2296-7-24
- McDermott E, Graham H. (2006). Young mothers and smoking: evidence of an evidence gap. *Social Science and Medicine*, 63:1546-9
- McKie, L., Laurier, E., Taylor, R., & Lennox, A. (2003). Eliciting the smoker's agenda: implications for policy and practice. *Social Science and Medicine*, 56, 83-94
- McLachlan, H.V. (1995). Smokers, Virgins, Equity and Health Care Costs. *Journal of Medical Ethics* 21: 209-213

- McGinnis, Michael J. (2001). "Does Proof Matter? Why Strong Evidence Sometimes Yields Weak Action." *American Journal of Health Promotion* 15: 391–96
- McGinnis, Michael J., and Foege William. (1993). "Actual Causes of Death in the United States." *Journal of the American Medical Association* 270: 2207–12
- MacQueen K., Buehler J. (2004). Ethics, Practice, and Research in Public Health. *American Journal of Public Health* 94(6):928-31
- Marantz, R. P.(1990). Blaming the Victim: The Negative Consequence of Preventive Medicine. *American Journal of Public Health* 80: 1186–1187
- Marmot, Michael, and Richard G. Wilkinson, eds. (1999). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford Univ. Press.
- Meyer, Ilan H., and Sharon Schwartz. (2000). "Social Issues as Public Health: Promise and Peril." *American Journal of Public Health* 90: 1189–91
- Minkler, M. (1999). Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End. *Health Education and Behavior*, 26: 121–140
- Moffitt, Robert. (1983). An Economic Model of Welfare Stigma. *American Economic Review* 73 (5): 1023–35
- Moore RS. (2005).The sociological impact of attitudes toward smoking: secondary effects of the demarketing of smoking. *Journal of Social Psychology*, 145:703–18
- Nussbaum Martha. (2004).*Hiding from humanity: Disgust, shame, and the law*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Oaks L. (2000). Smoke-filled wombs and fragile fetuses: the social politics of fetal representation. *Signs*, 26:63–108
- Onyebuchi, A.A. (2009). On the relationship between individual and population health. *Medicine Health Care and Philosophy*, 12, 235-244
- Oberrieder, J., Walker, R., Monroe, D., & Adeyanju, M. (1995). Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(8), 914–916
- Parker, A., & Aggleton, P. (2003). *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action*. *Social Science and Medicine*, 57, 13–24
- Parry, O., Thompson, C., & Fowkes, F. G. (2002). Cultural context, older age and smoking in Scotland: Qualitative interviews with older smokers with arterial disease. *Health Promotion International*, 17, 309–316
- Pechmann C, Knight SJ. (2002). An experimental investigation of the joint effects of advertising and peers on adolescents' beliefs and intentions about cigarette consumption. *Journal of Consumer Research*, 21:236–51
- Petersen, A. and Lupton, D. (1996), *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, London: Sage
- Petersen, A. (1997). Risk, governance, and the new public health. In A. Petersen, & R. Bunton (Eds.), *Foucault, health and medicine* (pp. 189–206). London: Routledge.



- Perkins, H., & Craig, D. (2006). A successful social norms campaign to reduce alcohol misuse among college student-athletes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 880-889
- Pilot, Peter. (2000). "Global AIDS Epidemic: Time to Turn the Tide." *Science*, n.s., 288, no.5474 ( June 23): 2176–78.
- Platt, S., Amos, A., Godfrey, C., Martin, C., Ritchie, D. and White, M. (2009). *Evaluation of Smokefree England: A Longitudinal Qualitative Study*, <http://www.york.ac.uk/phrc/index.htm>
- Pleis JR, Ward BW, Lucas JW.( 2010) *Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2009*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(249).
- Poland B, Frohlich K, Haines RJ, Mykhalovskiy E, Rock M, Sparks R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15:59-63
- Pollock, K. (1993). Attitude of Mind as a means of Resisting Illness, in A. Radley (ed). *Worlds of illness:Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*, London, Routledge
- Powers,M. and Faden, R. (2006). *Social Justice: TheMoral Foundations of Public Health and Health Policy*. New York: Oxford University Press
- Powers, Madison, and Ruth Faden.(2000). Inequalities in Health, Inequalities in Health Care: Four Generations of Discussion about Justice and Cost Effectiveness Analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 10: 109–27
- Public Health Leadership Society. (2002). *Principles of the ethical practice of public health*. 2.2 edition. USA.
- Rothstein, M. (2002). Rethinking the Nature of Public Health. *Journal of Law, Medicine &Ethics*, 30: 144–9
- Rasmusen, Eric. (1996). Stigma and Self-Fulfilling Expectations of Criminality. *Journal of Law and Economics* 39 (2): 519–43
- Richards H, Reid M, Watt G. (2003).Victim-blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation and responses to chest pain. *The Journal of Family Practice* 20:711–6
- Rintamaki LS, Davis TC, Skripkauskas S, Bennett CL, Wolf MS. (2006). Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care and STDs*, 20:359–68
- Ritchie, D., Amos, A. and Martin, C. (2010). "“But it just has that sort of feel about it, a leper”": stigma, smoke-free legislation and public health', *Nicotine and Tobacco Research*, 12: 6, 622–9
- Roberts MJ., Reich M. (2002). Ethical analysis in public health. *The Lancet*,;359:1055-59
- Nikolas Rose. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rosenfield, Sarah. (1997). "Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction." *American Sociological Review* 62 (4): 660–72
- Rogers, W. (2006). Feminism and Public Health Ethics. *Journal of Medical Ethics*, 32, 351–354
- Rozin P, Singh L. (1999). The moralization of cigarette smoking in the United States. *Journal of Consumer Psychology*, 8:321–37

- Rozin, P. (1999). The process of moralization. *Psychological Science*, 10, 218–221
- Sachs, L. (1996). Causality, Responsibility and Blame – Core Issues in the Cultural Construction and Subtext of Prevention. *Sociology of Health and Illness* 18: 632–652
- Scambler, G. 1989. *Epilepsy*. London. Routledge
- Scambler G. (1998). Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet* 352: 1054-5
- Selgelid, M.J. (2008), “Pandethics”, *Public Health* 123: 255-259
- Shoham, Shlomo G. (1970). *The Mark of Cain: The Stigma Theory of Crime and Social Deviance*. Dobbs Ferry, NY: Oceana
- Stangor, C., & Crandall, C. S. (2000). Threat and the construction of stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York and London: The Guildford Press, pp. 62–87
- Soliman S, Pollack HA, Warner KE. (2004). Decrease in the prevalence of environmental tobacco smoke exposure in the home during the 1990s in families with children. *American Journal of Public Health*, 94:314–20
- Swanson JE, Rudman LA, Greenwald AG. (2001). Using the Implicit Association Test to investigate attitude-behaviour consistency for stigmatised behaviour. *Cognition & Emotion*, 15:207–30
- Schroeder S. (2008). Stranded in the periphery—the increasing marginalization of smokers. *New England Journal Medicine*, 358:2284 –6
- Smith R. (2007). Media depictions of health topics: challenge and stigma formats. *Journal of Health Communication*, 12:233–49
- Stuber, J., Galea, S. and Link, B. (2008), ‘Smoking and the emergence of a stigmatized social status’, *Social Science and Medicine*, 67: 3, 420–430
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. (2009). Stigma and smoking: The consequences of our good intentions. *Social Service Review*, 83(4), 585-609
- Stuber, J., & Galea, S. (2009). Who conceals their smoking status from their healthcare provider? *Nicotine & Tobacco Research*, 11(3), 303–307
- Tannahill A. (2008). Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23(4):380-390
- Taft TH, Keefer L, Leonhard C, Nealon-Woods M. (2009). Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15 (8), 1224-1232
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25, 1525–1531
- Thomas JC., Sage M., Dillenberg J., Guillory VJ. (2002). A Code of Ethics for Public Health. *American Journal of Public Health* 92(7):1057-59
- Thompson A., Robertson A., Upshur R. (2003). Public Health Ethics: Towards a Research Agenda. *Acta Bioethica*, IX(2):157-63

- Thrasher, J.F. (2006). Clarifying the concept of “denormalization” in tobacco prevention efforts. Paper presented at The 13th World Conference on Tobacco OR Health: Building Capacity for a Tobacco-Free World, July 12–15, Washington, DC
- Thrasher, J. F., & Jackson, C. (2006). Mistrusting Companies, Mistrusting the Tobacco Industry: Clarifying the Context of Tobacco Prevention Efforts That Focus on the Tobacco Industry. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(4), 406-422
- Thrasher, J. F., Niederdeppe, J. D., Jackson, C., & Farrelly, M. C. (2006). Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk adolescents. *Health Education Research*, 21(3), 325-337
- Thompson, L., Pearce, J. and Barnett, J. (2007), ‘Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects’, *Area*, 39: 4, 508–17
- Tod AM, Craven J, Allmark P. (2008). Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 61:336–43
- Trivedi AN, Ayanian JZ. (2006). Perceived discrimination and use of preventive health services. *Journal of General Internal Medicine*, 21:553–8
- Troyer, R. and Markle, G. (1983). *Cigarettes: The Battle over Smoking*, New Brunswick: Rutgers University Press
- van Ryn M, Burke J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians’ perceptions of patients. *Social Science and Medicine*, 50:813–28
- van Ryn M, Fu SS. (2003). Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*, 93:248–55
- Verger P, Arnaud S, Ferrer S, et al. (2008). Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician’s specialty, workload, and role perception. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 65:392–7
- Vishwanath, Tara. (1989). Job Search, Stigma Effect, and Escape Rate from Unemployment. *Journal of Labor Economics* 7 (4): 487–502
- Wassenaar TR, Eickhoff JC, Jarzemsky DR, Smith SS, Larson ML, Schiller JH. (2007). Differences in primary care clinicians’ approach to non-small cell lung cancer patients compared with breast cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 2:722–8
- Wetter, David W., Ludmila Cofta-Gunn, Jennifer E. Irvin, Rachel T. Fouladi, Kelli Wright, Patricia Daza, Carlos Mazas, Paul M. Cinciripini, and Ellen R. Gritz. (2005). “What Accounts for the Association of Education and Smoking Cessation?” *Preventive Medicine* 40 (4): 452–60.
- Williams DR, Mohammed SA. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32:20–47
- Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93:200–8
- Wright Eric R., William P. Gronfein, and Timothy J. Owens. (2000). “Deinstitutionalization, Social Rejection, and Self-Esteem of Former Mental Patients.” *Journal of Health and Social Behavior* 41 (1): 68–90.
- Wikler, D. (1987). Who should be Blamed for being Sick? *Health Education Quarterly*, 14: 11–25
- Winslow, C. E. A. (1920). ‘The Untilled Fields of Public Health’. *Science*, 51: 23

Zimring, F. E. (1993). Comparing cigarette policy and illicit drug and alcohol control. In R. L. Rabin, & S. D. Sugarman (Eds.), *Smoking policy: law, politics and culture* (pp. 95–109). New York: Oxford University Press