

---

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:  
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Φίλιππος Μαγουλιώτης**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023



---

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:  
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Φίλιππος Μαγουλιώτης, ΟΔΥ/2118**

Επιβλέπων: Παντελής Παντελίδης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023



---

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**THE EFFECT OF SMOKING ON HEALTH: POLICY AND  
STATISTICS**

**Filippos Magouliotis**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2023



## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Όνοματεπώνυμο

Φίλιππος ΜΑΓΟΛΙΩΤΗΣ

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

.....  
ΦΜ

## Η επίδραση του καπνίσματος στην υγεία: Πολιτικές και Στατιστικά Δεδομένα

**Σημαντικοί Όροι:** κάπνισμα, εθισμός, νέοι, πολιτικές, στατιστικά δεδομένα, επιπτώσεις, υγεία

### Περίληψη

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα ασκούν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Από την μια, το ενεργητικό κάπνισμα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων, του λάρυγγα, του στόματος και του παγκρέατος. Επίσης, συμβάλλει στην εμφάνιση χρόνιων πνευμονικών νοσημάτων, όπως η ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) και επιδεινώνει στις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, οδηγώντας σε καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια. Από την άλλη, το παθητικό κάπνισμα είναι εξίσου επικίνδυνο. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται στον καπνό εκτίθενται στους ίδιους κινδύνους, όπως οι ενεργοί καπνιστές, με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο, πνευμονία, προβλήματα αναπνοής και παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. Ιδιαίτερα ευαίσθητες ομάδες, όπως τα παιδιά και οι έγκυες γυναίκες, εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα υγείας, καθώς ο οργανισμός τους είναι ακόμα αναπτυσσόμενος. Οι επιπτώσεις αυτές αποδεικνύουν τη σημασία της ενημέρωσης, της πρόληψης και της υποστήριξης για την εξάλειψη του καπνίσματος, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία της υγείας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το κάπνισμα, εκτός από εθιστική συνήθεια, αναδεικνύεται ως σοβαρός παράγοντας κινδύνου για τη δημόσια υγεία. Ο καπνός περιέχει εκατοντάδες τοξικές ουσίες και καρκινογόνες ενώσεις που ασκούν αρνητική επίδραση σε κάθε οργανισμό. Πράγματι, ο αγώνας κατά του καπνίσματος αναδεικνύεται ως κεντρική προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται από τις κυβερνήσεις, την ΕΕ και την ελληνική κυβέρνηση αντικατοπτρίζουν μια συνεχή πορεία προς τη μείωση του καπνίσματος και την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής. Η ολοκληρωμένη νομοθεσία, οι φορολογικές πολιτικές, και οι εκπαιδευτικές εκστρατείες αποτελούν σημαντικά μέσα που συμβάλλουν στην προστασία της κοινότητας από τις καταστροφικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να



διερευνήσει τις επιπτώσεις του καπνίσματος (ενεργητικού-παθητικού) στην υγεία του ατόμου, την επίδραση του καπνίσματος στην κοινωνία, οι λόγοι για τους οποίους ωθούνται τα άτομα στο κάπνισμα (χαρακτηριστικά καπνιστών, κοινωνικό περιβάλλον κ.λπ.) και τι πολιτικές (εθνικές-ευρωπαϊκές) έχουν εφαρμοστεί για την μείωση του καπνίσματος. Για τις ανάγκες της ερευνάς μας, θα παρουσιαστούν και κάποια στατιστικά δεδομένα για το κάπνισμα σε Ελλάδα και εξωτερικό.



## **The Impact of Smoking on Health: Policy and Statistics**

**Keywords:** smoking, addiction, young people, policies, statistical data, effects, health

### Abstract

Both active and passive smoking have serious effects on a person's health. On the one hand, active smoking is associated with an increased risk of lung, larynx, mouth and pancreas cancer. It also contributes to chronic lung diseases such as COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) and worsens cardiovascular disease, leading to heart disease and stroke. On the other hand, passive smoking is just as dangerous. Non-smokers exposed to secondhand smoke are exposed to the same risks as active smokers, with an increased risk of cancer, pneumonia, breathing problems and cardiovascular disease. Particularly sensitive groups, such as children and pregnant women, are at increased risk for health problems, as their bodies are still developing. These effects demonstrate the importance of information, prevention and support for smoking cessation in order to ensure health protection and improve quality of life. Smoking, in addition to being an addictive habit, is emerging as a serious risk factor for public health. Tobacco contains hundreds of toxic substances and carcinogenic compounds that have a negative effect on every organism. Indeed, the fight against smoking is emerging as a central priority for public health, both in Europe and in Greece. The efforts made by governments, the EU and the Greek government reflect a continuous path towards reducing smoking and promoting healthy lifestyles. Comprehensive legislation, tax policies, and educational campaigns are important tools that help protect the community from the harmful effects of smoking. This work aims to investigate the effects of smoking (active-passive) on the individual's health, the effect of smoking on society, the reasons why people are pushed to smoke (characteristics of smokers, social environment, etc.) and what policies (national-European) have been implemented to reduce smoking. For the needs of our research, some statistical data on smoking in Greece and abroad will also be presented.



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Abstract .....	6
Κατάλογος Πινάκων.....	11
Κατάλογος Διαγραμμάτων .....	13
Κατάλογος Σχημάτων .....	15
Κατάλογος Εικόνων .....	17
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	21
1. Η επίδραση του καπνίσματος (ενεργητικού-παθητικού) στην υγεία .....	24
1.1. Η επίδραση του ενεργητικού καπνίσματος στην υγεία .....	25
1.1.1. Οι επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης .....	27
1.2. Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία .....	28
1.2.1. Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στους ενήλικες .....	29
1.2.2. Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά.....	31
2. Άτομο, περιβάλλον και κάπνισμα .....	35
2.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά των καπνιστών.....	35
2.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα .....	40
2.3. Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος.....	44
3. Χάραξη Πολιτικών για το Κάπνισμα .....	49
3.1. Παγκόσμιες Πολιτικές κατά του καπνίσματος.....	49
3.2. Ευρωπαϊκές Πολιτικές κατά του Καπνίσματος.....	51
3.2.1. Η ρύθμιση των προϊόντων καπνού (π.χ. συσκευασία, επισήμανση, συστατικά) 52	
3.2.2. Περιορισμοί διαφήμισης για προϊόντα καπνού .....	53
3.2.3. Η δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς καπνό .....	55
3.2.4. Φορολογικά μέτρα και δραστηριότητες για το εμπόριο καπνού .....	57
3.2.5. Μέτρα για την διακοπή του καπνίσματος.....	59
3.3. Πολιτικές κατά του Καπνίσματος στην Ελλάδα.....	60
3.3.1. Μέτρα για τη διαφήμιση και προβολή του καπνίσματος.....	62
3.3.2. Περιορισμοί στην πώληση καπνού .....	63
3.3.3. Επισήμανση και προειδοποιητικές επιγραφές .....	64
3.3.4. Πληροφόρηση του πληθυσμού και αγωγή υγείας για το κάπνισμα.....	65
3.3.5. Προγράμματα και πολιτικές πρόληψης για το κάπνισμα .....	66
3.3.6. Διακοπή καπνίσματος.....	66

4. Το κάπνισμα στην Ελλάδα: Στατιστικά στοιχεία για την κατανάλωση καπνού, τη θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής .....	69
4.1. Στατιστικά δεδομένα για τον κάπνισμα .....	70
Συμπεράσματα.....	83
Βιβλιογραφία.....	87



## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα.....	60
---	----





## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Ποσοστό καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες, 2020 .....	72
---	----



## Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1. Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα ανά ηλικία, 2019.....	76
Σχήμα 2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Έτη.....	79
Σχήμα 3. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση εάν εξαλειφόταν το κάπνισμα, 2014.....	80



## Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Οι επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος στην υγεία .....	25
Εικόνα 2. Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία.....	29



## Χάρτες

Χάρτης 1. Ποσοστό ενηλίκων που καπνίζουν, 2020.....	70
Χάρτης 2. Ποσοστό ατόμων που καπνίζουν καθημερινά, 2012.....	71
Χάρτης 3. Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα, 2019.....	74
Χάρτης 4. Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα, 2019.....	75
Χάρτης 5. Μερίδιο θανάτων από καρκίνο που αποδίδεται στη χρήση καπνού, 2019.....	77





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα αποτελεί μια παγκόσμια δημόσια υγειονομική πρόκληση που έχει τεράστιες επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία. Στην εποχή μας, παρά τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης και τις προσπάθειες μείωσης της κατανάλωσης του, το κάπνισμα παραμένει ένα κοινωνικό φαινόμενο με σοβαρές συνέπειες για την δημόσια υγεία.

Το ενεργητικό κάπνισμα ασκεί πολλαπλές και άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου που καταναλώνει τον καπνό. Ο καπνός περιλαμβάνει πάνω από 7,000 χημικές ουσίες, από τις οποίες περισσότερες από 250 είναι γνωστές ως επικίνδυνες για την υγεία. Οι παθολογικές συνέπειες του ενεργητικού καπνίσματος περιλαμβάνουν αναπνευστικά προβλήματα, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και πνευμονία, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο των πνευμόνων και άλλων οργάνων, καθώς και διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα. Αντίστοιχα, η επιρροή του παθητικού καπνίσματος στην υγεία είναι εξίσου σοβαρή και ευρείας εμβέλειας. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται στον καπνό αναδεικνύονται σε αυξημένο κίνδυνο για αναπνευστικά προβλήματα, όπως παιδικό άσθμα και αλλεργίες. Επιπλέον, η έκθεση στον παθητικό καπνό συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά προβλήματα, ιδίως σε παιδιά και εγκύους. Οι ανεπιθύμητες επιπτώσεις επεκτείνονται σε παθήσεις όπως ο καρκίνος, η αϋπνία και οι νευρολογικές διαταραχές.

Πράγματι, πέρα από τις ατομικές επιπτώσεις στην υγεία, η πρακτική του καπνίσματος έχει εκτεταμένες επιπτώσεις που διαπερνούν τον κοινωνικό ιστό των κοινοτήτων και των εθνών. Στη σύγχρονη εποχή, όπου η ευαισθητοποίηση για τη δημόσια υγεία και η επιστημονική έρευνα έχουν φωτίσει τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, είναι κρίσιμο να εξετάσουμε πώς η κοινωνία επηρεάζει το άτομο και τις επιλογές του. Η επίδραση του καπνίσματος στην κοινωνία δεν περιορίζεται σε απλές στατιστικές νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αγγίζει πολύπλοκους ιστούς οικονομίας, δημόσιας πολιτικής, πολιτιστικών κανόνων και ατομικών επιλογών. Η διάχυτη φύση του καπνίσματος θέτει κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τις συνέπειές του όσον αφορά τη

δημόσια υγεία, το κόστος υγειονομικής περίθαλψης, την παραγωγικότητα και τη διαμόρφωση κυβερνητικών κανονισμών.

Στο πλαίσιο αυτό, η επιλογή του καπνίσματος είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζει την υγεία του ατόμου και της κοινωνίας συνολικά. Ο καπνός εκφράζει πολύπλευρες διαστάσεις, αφορά προσωπικές επιλογές, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και επιπτώσεις στην υγεία, και εμπλέκει τη γειτονιά και γενικότερα την κοινότητα όπου ζουν οι άνθρωποι. Από τη μια πλευρά, ο καπνός αποτελεί έναν πολυεπίπεδο κοινωνικό παράγοντα, ο οποίος διαμορφώνει και διαμεσολαβεί τις ανθρώπινες σχέσεις, τις προσωπικές συνήθειες και τις αποφάσεις σχετικά με την υγεία. Από την άλλη, το κάπνισμα αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της κοινωνίας και τη σύνθεση των κοινοτήτων, καθώς και την επίδραση της γειτονιάς στην καπνιστική συμπεριφορά των ατόμων.

Οι πολιτικές κατά του καπνίσματος αποτελούν κεντρικό στοιχείο των προσπαθειών για τη διατήρηση και προώθηση της δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η σχέση του καπνού και των καπνικών προϊόντων με πολλαπλές υγειονομικές προκλήσεις έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση διαφόρων πολιτικών μέτρων από τις κυβερνήσεις. Αυτά περιλαμβάνουν την αύξηση των φόρων στα καπνικά προϊόντα, τον περιορισμό της διαφήμισης των τσιγάρων, καθώς και την υλοποίηση προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Με αυτά τα μέτρα, επιδιώκεται η μείωση της πρόσβασης και της προσφοράς του καπνού, ενώ παράλληλα προωθείται η αποτροπή και η διακοπή του καπνίσματος. Η ενίσχυση αυτών των πολιτικών μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση του καπνίσματος παγκοσμίως και να βελτιώσει τη δημόσια υγεία. Είναι ουσιώδες να εξεταστεί ο τρόπος εφαρμογής αυτών των πολιτικών και τον αντίκτυπό τους στους πολίτες, καθώς και την επίδρασή τους στην υγεία.

Στην παρούσα εργασία θα διερευνηθούν οι επιπτώσεις του καπνίσματος (ενεργητικού-παθητικού) στην υγεία του ατόμου, την επίδραση του καπνίσματος στην κοινωνία, οι λόγοι για τους οποίους ωθούνται τα άτομα στο κάπνισμα (χαρακτηριστικά καπνιστών, κοινωνικό περιβάλλον κ.λπ.) και τι πολιτικές (εθνικές-ευρωπαϊκές) έχουν εφαρμοστεί για την μείωση του καπνίσματος. Στο πλαίσιο αυτό, θα παρουσιαστούν και κάποια στατιστικά δεδομένα για το κάπνισμα σε Ελλάδα και Εξωτερικό.



## 1. Η επίδραση του καπνίσματος (ενεργητικού-παθητικού) στην υγεία

Κάθε μορφή ή τρόπος καπνίσματος (π.χ. κανονικό τσιγάρο, άφιλτρο, ελαφρύ, ηλεκτρονικό τσιγάρο, ναργιλές ή πούρο) έχει βλαβερές συνέπειες στην υγεία, οδηγώντας στην αναγνώρισή του ως μείζονος ανησυχία για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Το κάπνισμα είναι ένα πολύπλευρο ζήτημα που περιλαμβάνει όχι μόνο την ενεργό δράση της εισπνοής καπνού τσιγάρου αλλά και την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα έχουν βαθιές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και στην κοινωνία συνολικά.

Οι βλαβερές συνέπειες του ενεργού καπνίσματος έχουν ερευνηθεί εκτενώς. Όταν τα άτομα καπνίζουν ενεργά προϊόντα καπνού, εισάγουν ένα σύνθετο μείγμα τοξικών χημικών ουσιών στο σώμα τους, εκθέτοντας τον εαυτό τους σε μυριάδες κινδύνους για την υγεία. Αυτοί οι κίνδυνοι περιλαμβάνουν την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου, καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικών επεισοδίων, πνευμονικών παθήσεων, διαβήτη, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), η οποία περιλαμβάνει εμφύσημα και χρόνια βρογχίτιδα. Το κάπνισμα αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για φυματίωση, ορισμένες οφθαλμικές παθήσεις και προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Η εθιστική φύση του καπνίσματος καθιστά πρόκληση για πολλά άτομα να διακόψουν την χρήση του, διαιωνίζοντας αυτούς τους κινδύνους για την υγεία.

Πράγματι, η κατανάλωση καπνού είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την υγεία και η πιο σημαντική αιτία πρόωρου θανάτου στην ΕΕ, υπεύθυνη για σχεδόν 700.000 θανάτους κάθε χρόνο (World Health Organization, 2010). Περίπου το 50% των καπνιστών πεθαίνουν πρόωρα (κατά μέσο όρο 14 χρόνια νωρίτερα) (Ferreira, 2022). Επίσης, η θνησιμότητα που σχετίζεται με το κάπνισμα έχει αυξηθεί σε 7,2 εκατομμύρια ζώες ετησίως, σκοτώνοντας περισσότερους ανθρώπους από το AIDS, την ελονοσία και τη φυματίωση μαζί (World Health Organization, 2010). Η σημασία της μελέτης των επιπτώσεων του καπνίσματος, ενεργητικού και παθητικού, στην υγεία δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί. Η χρήση καπνού είναι υπεύθυνη για ένα σημαντικό βάρος ασθενειών που μπορούν να προληφθούν και πρόωρων θανάτων παγκοσμίως. Για αυτόν τον λόγο,

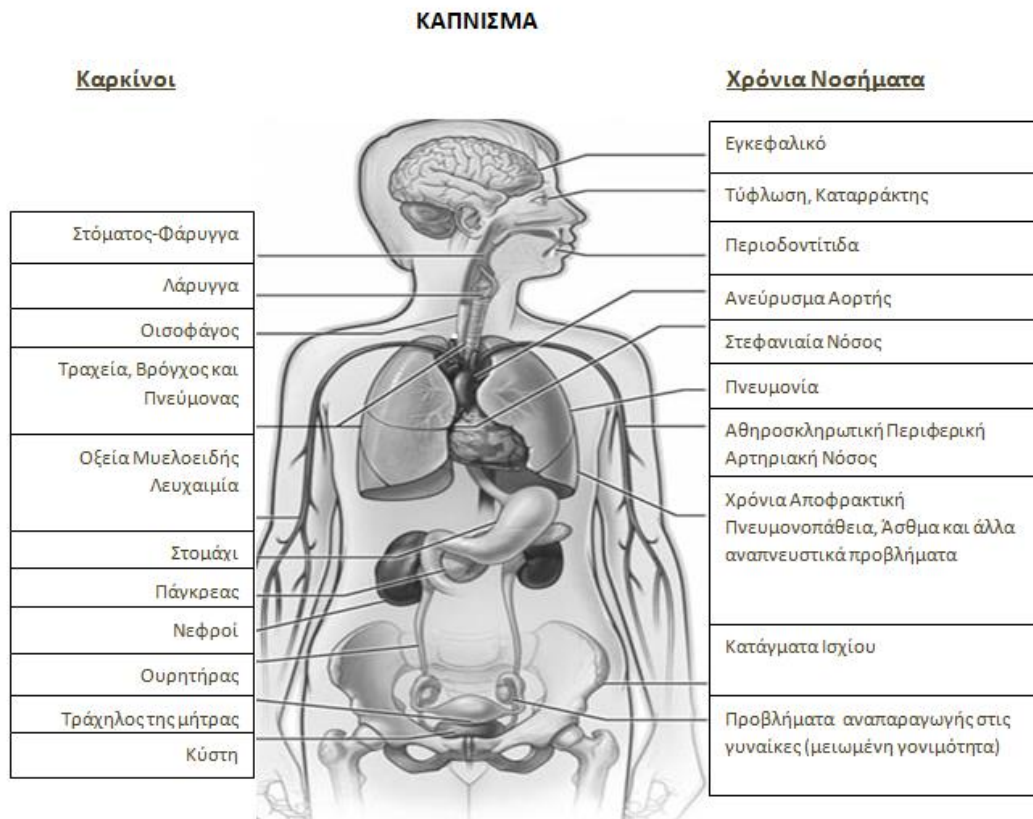
η κατανόηση της περίπλοκης σχέσης μεταξύ καπνίσματος και υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών πολιτικών και παρεμβάσεων που στοχεύουν στον έλεγχο του καπνίσματος.

### 1.1. Η επίδραση του ενεργητικού καπνίσματος στην υγεία

Το ενεργητικό κάπνισμα αναφέρεται στην εκούσια πράξη εισπνοής και εκπνοής καπνού που παράγεται από την καύση καπνού ή προϊόντων που περιέχουν καπνό. Ο επιπολασμός του ενεργού καπνίσματος αποτελεί σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία λόγω της συσχέτισής του με ένα ευρύ φάσμα δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία.

Από τις χιλιάδες χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου, εκείνες που υποπτεύονται ότι συμβάλλουν στην επαγόμενη από το κάπνισμα αγγειακή νόσο περιλαμβάνουν τη νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), τους πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες και γλυκοπρωτεΐνες καπνού (Zhu & Parmley, 1995). Πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν αποδείξει μια σαφή σχέση μεταξύ του ενεργού καπνίσματος και του αυξημένου κινδύνου για διάφορες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των αναπνευστικών παθήσεων (όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, γνωστό ως ΧΑΠ, και ο καρκίνος του πνεύμονα), καρδιαγγειακές παθήσεις (όπως η στεφανιαία νόσος και το εγκεφαλικό) και διάφοροι τύποι καρκίνου (Εικόνα 1).

**Εικόνα 1.** Οι επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος στην υγεία



*Πηγή:* Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020). Σημαντικά δεδομένα για το κάπνισμα. ΕΟΔΥ, σελ. 3

Αναλυτικότερα, η μελέτη των Μπεχράκης κ.α. (2013), Botteri et al (2008) και Jatou et al (2007), έδειξαν πως το ενεργητικό κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για χρόνιες ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος και διαβήτης τύπου 2. Επίσης, πρόσφατες μελέτες ανέφρααν ότι η χρήση καπνού σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ηπατικών παθήσεων (Pessione et al, 2001). Επίσης, το χρόνιο κάπνισμα έχει συσχετιστεί με μειώσεις της λειτουργικής μνήμης (προσωρινή αποθήκευση και επεξεργασία πληροφοριών), εκτελεστική λειτουργία (σχεδιασμός εργασιών και εστίαση της προσοχής) και μελλοντική μνήμη (μνήμη για καθημερινά πράγματα, όπως η τήρηση ενός ραντεβού ή λήψη ενός σημαντικού φαρμάκου στην ώρα τους) (Heffernan, 2016).

Ενώ οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έχουν συζητηθεί σε σχέση με τη συνολική θνησιμότητα άλλων ασθενειών όπως ο καρκίνος, ορισμένες μελέτες έχουν επίσης

αρχίσει να εστιάζουν στις δυσμενείς επιπτώσεις του ενεργού καπνίσματος στην ψυχική υγεία και στην ανάπτυξης ή εξέλιξης ψυχιατρικών διαταραχών. Αναλυτικότερα, στην Κορέα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης, που μετρήθηκε με τη χρήση της Κλίμακας Επιδημιολογικών Μελετών-Κατάθλιψης (CES-D), ήταν 23,1% και 27,4% μεταξύ ανδρών και γυναικών, αντίστοιχα (Cho et al, 1998). Πράγματι, τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος και εξάρτησης από τη νικοτίνη, επιβαρύνοντας περισσότερο την υγεία τους (Τσιάμη, 2015). Επίσης, υπάρχουν ισχυρές επιδημιολογικές ενδείξεις ότι το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για άνοια και την ανάπτυξη της νόσου Alzheimer (Beydoun et al, 2014). Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη διάρκειας 2 ετών το 2014 σε 186 υγιή ηλικιωμένα άτομα, ο Durazzo και οι συνεργάτες του (2012) διαπίστωσαν ότι το ποσοστό ατροφίας σε αρκετές περιοχές του εγκεφάλου, που είναι γνωστό ότι επηρεάζονται από τη νόσο Alzheimer, ήταν μεγαλύτερο σε καπνιστές από ότι σε μη καπνίζοντες. Στο πλαίσιο αυτό, έχει υποστηριχθεί πως το κάπνισμα συμβάλει στην παθογένεση άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Για παράδειγμα, έχει προταθεί ότι το κάπνισμα μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση των αγχωδών διαταραχών μέσω της ρύθμισης της νικοτίνης στη μνήμη του φόβου και στην επεξεργασία συναισθημάτων (Kutlu & Gould, 2015).

#### 1.1.1. Οι επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Στους ενήλικες οι συνέπειες της χρήσης τσιγάρου είναι γνωστές και μπορεί να οδηγήσουν σε καρδιαγγειακές, πνευμονικές και ογκολογικές ασθένειες καθώς και σε άλλες χρόνιες ασθένειες (Tarasi et al, 2022). Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να σταματήσουν το κάπνισμα όταν μείνουν έγκυες (Martin et al, 2005). Ωστόσο, σύμφωνα με την μελέτη του Lange και των συνεργατών του (2018), το 1,7% των εγκύων γυναικών παγκοσμίως καπνίζει. Επιπλέον, εκτιμάται το 2018, το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο σε χώρες υψηλού εισοδήματος, φθάνοντας το 7,2% στις ΗΠΑ και το 8,1% στην Ευρώπη (Lange et al, 2018). Συνήθως, οι έγκυες από κατώτερα οικονομικά στρώματα και εκείνες που έμειναν έγκυες απροσδόκητα είχαν υψηλότερη συχνότητα καπνίσματος και μικρότερη πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος (Flower et al, 2013).



Το κάπνισμα τσιγάρων στην εγκυμοσύνη έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Συγκεκριμένα, ο πρόωρος τοκετός (γέννηση πριν από τις 37 εβδομάδες εγκυμοσύνης), το μειωμένο βάρος γέννησης (Larsen et al, 2018) και η εισαγωγή των νεογνών σε μονάδα εντατικής θεραπείας (Kondracki, 2020) είναι μόνο μερικά από τα αρνητικά αποτελέσματα που έχουν συνδεθεί ειδικά με την ενεργό έκθεση στον καπνό. Το κάπνισμα έχει επίσης αποδειχθεί ότι αυξάνει τη συχνότητα του ενδομήτριου εμβρυϊκού θανάτου με δοσοεξαρτώμενο τρόπο (Pineles et al, 2016). Επιπλέον, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με αλλοιωμένη ανάπτυξη των πνευμόνων του εμβρύου και αναπνευστικά προβλήματα στα νεογνά (McEvoy & Spindel, 2017).

### 1.2. Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία

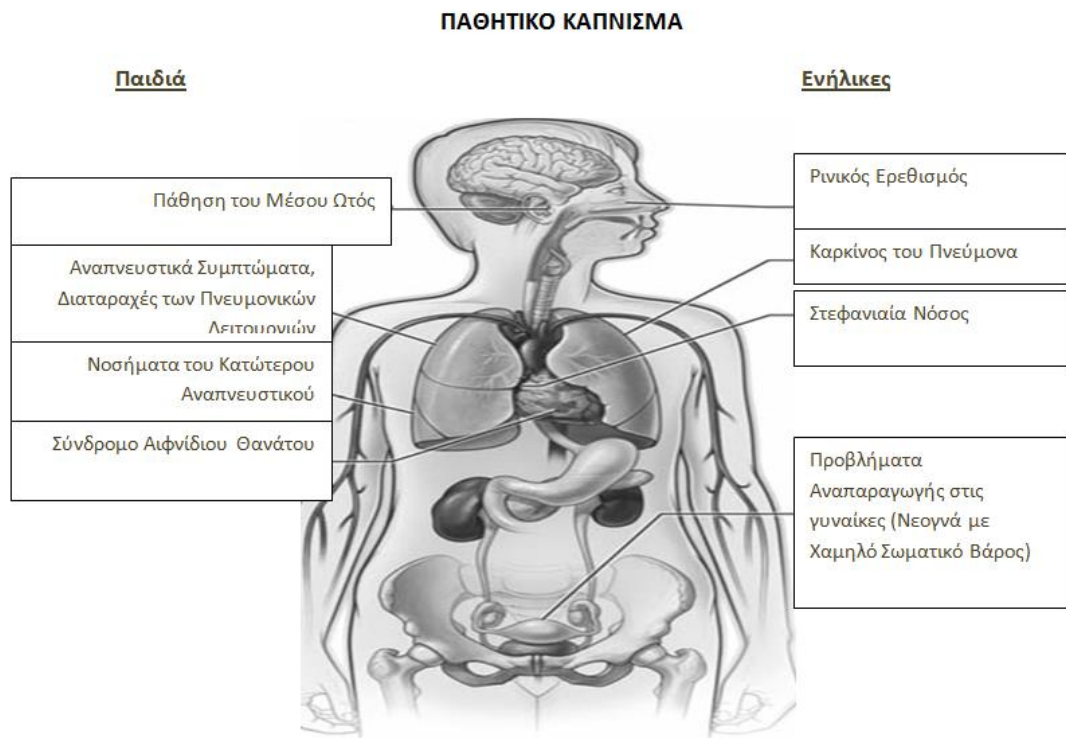
Το ζήτημα του παθητικού καπνίσματος έχει αναδειχθεί ως κρίσιμο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία με εκτεταμένες επιπτώσεις για τα άτομα και την ίδια την κοινωνία. Το παθητικό κάπνισμα αναφέρεται στην ακούσια εισπνοή του καπνού που εκπνέεται από ενεργούς καπνιστές ή που εκπέμπεται από την καύση προϊόντων καπνού. Σε αντίθεση με το ενεργητικό κάπνισμα, όπου τα άτομα επιλέγουν συνειδητά να ασκήσουν τη συνήθεια, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα συμβαίνει ακούσια, συχνά σε κοινόχρηστους χώρους όπως σπίτια, χώρους εργασίας, δημόσιους χώρους και οχήματα.

Οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος έχουν προσελκύσει την προσοχή λόγω της πιθανότητας του να προκαλέσει σημαντική βλάβη, ειδικά σε μη καπνιστές που υπόκεινται άθελά τους στα τοξικά του συστατικά. Ενώ το ενεργό κάπνισμα είναι γνωστό ότι έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία, το παθητικό κάπνισμα ενέχει επίσης σημαντικούς κινδύνους τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά που εκτίθενται σε αυτό. Το σύνθετο μείγμα περισσότερων από 4.000 χημικών ουσιών που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου, συμπεριλαμβανομένων πολλών καρκινογόνων ουσιών (World Health Organization, 2014) αποτελεί κίνδυνο για την ευημερία των ατόμων, ακόμη και αν δεν συμμετέχουν ενεργά στο κάπνισμα. Ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου, ο οποίος είναι ο καπνός που απελευθερώνεται στον αέρα όταν ένα άτομο ανάβει και καπνίζει ένα τσιγάρο, κατηγοριοποιείται στις ΗΠΑ ως καρκινογόνος κατηγορίας Α (World Health Organization, 2014), που σημαίνει ότι μπορεί να προκαλέσει καρκίνο ανεξάρτητα από το πόσο καταναλώνεται από έναν παθητικό καπνιστή (στην ίδια κατηγορία συγκαταλέγεται ο αμιάντος, το ραδόνιο, το βενζόλιο κ.λπ.). Γενικότερα,

μπορεί να υποστηριχθεί ότι η έκθεση των μη καπνιστών στον περιβαλλοντικό καπνό προκαλεί στον οργανισμό μεταβολές παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στους καπνιστές, έστω και σε μικρότερο βαθμό (World Health Organization, 2014).

1.2.1. Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στους ενήλικες  
Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα επηρεάζει το 40% των παιδιών, το 33% των ενηλίκων ανδρών που δεν καπνίζουν και το 35% των ενηλίκων γυναικών που δεν καπνίζουν παγκοσμίως (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2020). Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχει τόσο άμεσες όσο και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων. Από την μία, οι άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνουν ερεθισμό των ματιών, της μύτης, του λαιμού και των πνευμόνων και μερικές φορές πονοκεφάλους, ναυτία, ζάλη και, σε ορισμένες περιπτώσεις, προκαλέσει κρίσεις άσθματος. Από την άλλη, η μακροχρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, στεφανιαία νόσο και καρδιακό θάνατο (Εικόνα 2). Οι μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, με τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου να αυξάνεται κατά 25%-30% και καρκίνου του πνεύμονα κατά 20%-30% (World Health Organization, 2014).

**Εικόνα 2.** Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία



*Πηγή:* Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020). Σημαντικά δεδομένα για το κάπνισμα. ΕΟΔΥ, σελ. 4

Πράγματι, δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Στην Ευρώπη 70.000-80.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή της κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2020). Αναλυτικότερα, μελέτες έδειξαν πως σε ενήλικες που δεν καπνίζουν, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο του πνεύμονα και μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο θάνατο (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Επίσης, το παθητικό κάπνισμα, μπορεί να έχει άμεσες δυσμενείς επιπτώσεις στο αίμα και τα αιμοφόρα αγγεία, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής (Flouris & Koutedakis, 2011). Στην ουσία η εισπνοή του παθητικού καπνίσματος παρεμβαίνει στη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς, του αίματος και των αγγειακών συστημάτων με τρόπους που αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Ακόμη και η σύντομη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να βλάψει τα αιμοφόρα αγγεία και να κάνει τα αιμοπετάλια να γίνουν πιο κολλώδη. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρο καρδιακό

επεισόδιο και τα άτομα που πάσχουν ήδη από καρδιοπάθεια διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν τέτοιου είδους επεισόδια (Naeem, 2015).

### 1.2.2. Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά

Τα παιδιά και τα βρέφη είναι τα πιο ευάλωτα μέλη της κοινωνίας και επηρεάζονται βαθιά από το περιβάλλον τους, συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά έχουν υψηλότερα επίπεδα νικοτίνης (σχεδόν 70%) από αυτά των ενηλίκων μετά από έκθεση σε συγκρίσιμες ποσότητες καπνού τσιγάρου (Action on Smoking and Health, 2017). Αυτό αποδίδεται στο γεγονός πως τα παιδιά και τα βρέφη περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους σε εσωτερικούς χώρους και στο σπίτι, τα οποία μπορεί να αποτελούν σημαντική έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα. Πράγματι, τα παιδιά έχουν περιορισμένο έλεγχο της έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα, σε αντίθεση με τους ενήλικες που μπορούν να αποφασίσουν αν θα βρίσκονται ή όχι σε μια καπνιστή ατμόσφαιρα.

Το Royal College of Physicians (RCP), το 2010, κυκλοφόρησε μια σημαντική μελέτη με τίτλο «Passive Smoking and Children». Η έρευνα σημειώνει ότι η κύρια πηγή έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα για τους μη καπνιστές είναι το σπίτι και ότι τα παιδιά κινδυνεύουν ιδιαίτερα. Οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι το παθητικό κάπνισμα στο σπίτι αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία εκατομμυρίων παιδιών που ζουν με καπνιστές και η έκταση αυτού του προβλήματος υγείας δεν έχει μέχρι σήμερα ποσοτικοποιηθεί με ακρίβεια.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία των παιδιών είναι μια ανησυχία για τη δημόσια υγεία, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς πως το 40% των παιδιών παγκοσμίως αναφέρεται ότι εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα (Oberg et al. 2011). Οι μικρότεροι σε μέγεθος πνεύμονες και το ανεπαρκές ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών τα καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτα στο παθητικό κάπνισμα. Τα παιδιά που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα αναπτύσσουν αναπνευστικές παθήσεις, επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένου του άσθματος), λοιμώξεις του αυτιού και μειωμένη πνευμονική λειτουργία (Εικόνα 2).

Αναλυτικότερα, οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού επηρεάζουν τους αεραγωγούς και τους πνεύμονες και περιλαμβάνουν γρίπη, βρογχίτιδα και πνευμονία.

Μια ανασκόπηση 60 μελετών διαπίστωσε ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μέσα στο σπίτι αύξησε τους κινδύνους εμφάνισης λοιμώξεων της κατώτερης αναπνευστικής οδού στα μικρά βρέφη κατά 20% έως και 50% (Jones et al, 2011). Στο πλαίσιο αυτό, πολλές μελέτες έχουν αναφέρει πως η επαφή με το παθητικό κάπνισμα κατά την πρώιμη ζωή των παιδιών προκάλεσε πολλές αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης πνευμονικής λειτουργίας και αναπνευστικών συμπτωμάτων, νευροαναπτυξιακών διαταραχών κ.λπ. (Lin et al, 2021; Hu et al, 2017). Επίσης, πρόσφατες μελέτες έχουν συνδέσει την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα με προβλήματα ύπνου στα παιδιά, τα οποία έχουν αναδειχθεί ως ένα άλλο ζήτημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμια κλίμακα (Safa et al, 2020).

Η πιο διαδεδομένη χρόνια ασθένεια στα παιδιά είναι το άσθμα. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι επιταχύνει την εμφάνιση του άσθματος και επιδεινώνει τα συμπτώματά του (Lin et al, 2021). Σύμφωνα με μια μελέτη 79 ερευνών, η προγεννητική ή μεταγεννητική έκθεση στο παθητικό κάπνισμα συνδέθηκε με 30-70% υψηλότερο κίνδυνο επεισοδίων συριγμού και 21-85% υψηλότερος κίνδυνος παιδικού άσθματος (Lin et al, 2021). Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης μιας σειράς άλλων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων αρκετών παιδιατρικών καρκίνων, εμφύσημα, μειωμένης οσφρητικής λειτουργίας (όσφρησης) και μπορεί να επιδεινώσει χρόνιες παθήσεις όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία (Best et al. 2009).

Ο αιφνίδιος θάνατος βρεφών (ή αλλιώς θάνατος της κούνιας), είναι ο ξαφνικός και απροσδόκητος θάνατος ενός φαινομενικά υγιούς μωρού και επηρεάζει εκατοντάδες μωρά κάθε χρόνο (NHS, 2012). Σύμφωνα με την Έκθεση «Passive Smoking and Children», διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα από τη μητέρα μετά τον τοκετό συνδέεται με τριπλάσιο κίνδυνο ξαφνικής απροσδόκητης θνησιμότητας στη βρεφική ηλικία (Royal College of Physicians, 2010). Η έρευνα ανακάλυψε επίσης ότι το κάπνισμα μέσα στο σπίτι υπερδιπλασίασαν την πιθανότητα ενός βρέφους να πεθάνει ξαφνικά και απροσδόκητα (Royal College of Physicians, 2010). Στο πλαίσιο αυτό, έχει αποδειχθεί πως παιδιά που προέρχονται από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα εκτίθενται περισσότερο στο παθητικό κάπνισμα (Royal College of Physicians, 2010).

Επιπρόσθετα, η νοητική ανάπτυξη των παιδιών μπορεί ενδεχομένως να επηρεαστεί από την πρώιμη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την μελέτη

του Kabir και των συνεργατών του (2011) τα παιδιά που εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα εντός σπιτιού είχαν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα νευροσυμπεριφορικής υγείας, όπως μαθησιακές διαταραχές και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Οι ικανότητες ανάγνωσης και συλλογιστικής των παιδιών αποδείχθηκαν ελλιπείς σε μια αμερικανική μελέτη, ακόμη και όταν εκτέθηκαν σε πολύ χαμηλές ποσότητες παθητικού καπνίσματος (Action on Smoking and Health, 2014). Επίσης, σύμφωνα με έρευνες σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο, τα παιδιά και οι έφηβοι που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα μέσα στο σπίτι είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα απόγνωσης και άγχους (Action on Smoking and Health, 2014).



## 2. Άτομο, περιβάλλον και κάπνισμα

Η επιλογή του καπνίσματος είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζει την υγεία του ατόμου και της κοινωνίας συνολικά. Παρά την αυξημένη ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος, αρκετοί άνθρωποι εξακολουθούν να υιοθετούν αυτήν τη συνήθεια, με όλες τις αντίξοες επιπτώσεις που συνεπάγεται. Στο πλαίσιο αυτής της ενότητας, θα εξετάσουμε προσεκτικά τους ψυχοκοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή του καπνίσματος από τα άτομα. Ο καπνός εκφράζει πολύπλευρες διαστάσεις, αφορά προσωπικές επιλογές, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και επιπτώσεις στην υγεία, και εμπλέκει τη γειτονιά και την κοινότητα όπου ζουν οι άνθρωποι.

Από τη μια πλευρά, ο καπνός αποτελεί έναν πολυεπίπεδο κοινωνικό παράγοντα, ο οποίος διαμορφώνει και διαμεσολαβεί τις ανθρώπινες σχέσεις, τις προσωπικές συνήθειες και τις αποφάσεις σχετικά με την υγεία. Από την άλλη, το κάπνισμα αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της κοινωνίας και τη σύνθεση των κοινοτήτων, καθώς και την επίδραση της γειτονιάς στην καπνιστική συμπεριφορά των ατόμων. Μέσα από αυτήν την ανάλυση, αποσκοπούμε στην προσεκτική αποσύνθεση αυτών των παραγόντων, με σκοπό να κατανοήσουμε βαθύτερα το φαινόμενο του καπνίσματος και να προσφέρουμε βάσεις για αποτελεσματικές προσεγγίσεις στην πρόληψη και την αντιμετώπισή του.

### 2.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά των καπνιστών

Η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί μια παγκόσμια πρόκληση για τη δημόσια υγεία που επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Για να κατανοήσουμε πλήρως την εμβέλεια του καπνίσματος και τις επιπτώσεις του στην υγεία του ατόμου και την κοινωνία, είναι αναγκαίο να εξετάσουμε το προφίλ των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτή τη συνήθεια. Κάθε καπνιστής διακρίνεται από μια σειρά χαρακτηριστικών που καθορίζουν το πώς, το πότε και το γιατί καπνίζει.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2002), το κάπνισμα αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ασθένεια, αναπηρία και θάνατο που θα μπορούσαν να προληφθούν. Τα προγράμματα πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος βασίζονται στην κατανόηση των ψυχολογικών, κοινωνικών, βιολογικών και φαρμακολογικών διαδικασιών που εμπλέκονται στην έναρξη και



διατήρηση του καπνίσματος (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2012). Τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος ασχολούνται όλο και περισσότερο με την αντιστοίχιση των παρεμβάσεων με τις ανάγκες των ατόμων και το στάδιο αλλαγής τους. Από αυτή την οπτική, είναι ζωτικής σημασίας η αναγνώριση των ατομικών μεταβλητών που επιδρούν στην διαφοροποίηση, κυρίως των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που αυξάνουν τον κίνδυνο καπνίσματος. Η κατανόηση του ρόλου της προσωπικότητας στη συμπεριφορά μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των δημόσιων πολιτικών και των εξατομικευμένων θεραπειών.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αντιπροσωπεύουν διαρκείς διαθέσεις και αποτελούν κύριους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς (Paunonen, 2003). Στις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει αυξανόμενη συναίνεση ότι το Μοντέλο Πέντε Παραγόντων (Five-Factor Model ή αλλιώς FFM), το οποίο αποτελεί ένα εξελιγμένο και διαχειρίσιμο σύστημα ταξινόμησης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Digman, 1990). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι τα χαρακτηριστικά αυτά είναι υποκείμενα στην κληρονομικότητα και ισχύουν σε διάφορους πολιτισμούς (Paunonen et al., 2000). Το Μοντέλο Πέντε Παραγόντων (FFM) είναι ένα ιεραρχικό σύστημα που αναθέτει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε πέντε ευρεία ή υψηλότερης τάξης παράγοντες (Paunonen et al., 2000):

#### I. Νευρωτισμός (Neuroticism):

Ο νευρωτισμός αντιπροσωπεύει την τάση του ατόμου να εμφανίζει συχνά αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και να αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα με ανησυχία, νευρικότητα και αναστάτωση. Οι άνθρωποι που έχουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού είναι πιθανότερο να ανησυχούν, να αντιδρούν υπερβολικά σε στρες και να έχουν τάση για αρνητική αυτοκριτική. Επίσης, μπορεί να είναι ευαίσθητοι σε αλλαγές στην περιβάλλουσα τους κατάσταση και να δυσκολεύονται να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλό νευρωτισμό είναι πιο σταθεροί από συναισθηματική άποψη, δεν ανησυχούν εύκολα και αντιμετωπίζουν τις συναισθηματικές καταστάσεις με μεγαλύτερη ψυχραιμία. Ο νευρωτισμός αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το άγχος, την κατάθλιψη και τον στρες, καθώς και τον τρόπο που αντιδρούν σε διάφορες καθημερινές καταστάσεις.

## II. Εξωστρέφεια (Extraversion):

Ο παράγοντας αυτός αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αλληλεπιδρά με τον κόσμο γύρω του και το πώς αντλεί ενέργεια από τις κοινωνικές σχέσεις. Οι άνθρωποι που έχουν υψηλό βαθμό εξωστρέφειας είναι κοινωνικοί, εξωστρεφείς και ανοιχτοί στην επικοινωνία με άλλους ανθρώπους. Έχουν την τάση να απολαμβάνουν κοινωνικές εκδηλώσεις, να αναζητούν την παρέα άλλων και να είναι ενεργοί στην εξωτερική τους ζωή. Οι εξωστρεφείς άνθρωποι μπορεί να θεωρούν ως πηγή ενέργειας τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να αναζητούν συνεχώς νέες εμπειρίες και ερεθίσματα από το περιβάλλον τους. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλό βαθμό εξωστρέφειας (πιο εσωστρεφείς) είναι πιθανό να προτιμούν την ανεξαρτησία, την ησυχία και τον χρόνο που αφιερώνουν μόνοι τους ή με μικρό αριθμό στενών φίλων. Αν και αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι είναι αντικοινωνικοί, απλώς προτιμούν λιγότερο την κοινωνική δραστηριότητα και μπορεί να αντιμετωπίζουν την επικοινωνία με άλλους ως καταντικρυστική ή εξαντλητική. Η εξωστρέφεια αντιπροσωπεύει μια σημαντική πτυχή της προσωπικότητας και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με τον κόσμο τους, τις κοινωνικές τους σχέσεις και τον τρόπο που αντλούν ενέργεια από το περιβάλλον τους.

## III. Ανοιχτότητα στην Εμπειρία (Openness to Experience):

Αυτός ο παράγοντας αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την ποικιλία και τον πλούτο της ανθρώπινης εμπειρίας και της πνευματικής δραστηριότητας. Οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό ανοιχτότητας στην εμπειρία είναι τολμηροί και ανοιχτοί σε νέες ιδέες, ενδιαφέρονται για την τέχνη, τον πολιτισμό, την φιλοσοφία και την επιστήμη, και αναζητούν συνεχώς πνευματικές και δημιουργικές εμπειρίες. Είναι πιθανό να αναζητούν ποικίλες δραστηριότητες και να ανταποκρίνονται θετικά σε προκλήσεις που απαιτούν δημιουργική σκέψη. Οι άνθρωποι με χαμηλό βαθμό ανοιχτότητας είναι πιθανό να είναι πιο σταθεροί στις παραδοσιακές αξίες και τις συνήθειες, και ενδέχεται να προτιμούν την ασφάλεια των γνωστών μοτίβων και εμπειριών. Η ανοιχτότητα στην εμπειρία συνήθως συνδέεται με την διάθεση για δημιουργικότητα, πνευματική εξέλιξη και περιπέτεια. Οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό ανοιχτότητας στην εμπειρία είναι πιθανό να αναζητούν συνεχώς νέες ευκαιρίες για μάθηση και ανάπτυξη, και να είναι πιο ευελιξία στην προσέγγισή τους προς τον κόσμο.

#### IV. Συμφωνία (Agreeableness):

Αυτός ο παράγοντας αντιπροσωπεύει τη διαθεσιμότητα ενός ατόμου να συνεργάζεται, να συμμορφώνεται και να είναι ευνοϊκό προς άλλους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά σε κοινωνικές καταστάσεις. Οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό συμφωνίας είναι συνήθως ευγενικοί, ευνοϊκοί και συνεργάσιμοι. Έχουν τη διάθεση να είναι εξυπηρετικοί και να αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Συχνά αντιμετωπίζουν τους άλλους με φιλικότητα και αγάπη για την κοινωνική αρμονία. Είναι πιθανό να είναι καλοί ακροατές και να προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των άλλων. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλό βαθμό συμφωνίας είναι πιθανό να είναι πιο ανεξάρτητοι, ανταγωνιστικοί και διακριτικοί στην προσέγγισή τους προς τους άλλους. Μπορεί να έχουν λιγότερη διάθεση να συμφιλιώσουν διαφορές και να εκφράζουν πιο ευθέως τις απόψεις τους. Η συμφωνία είναι σημαντική για τις κοινωνικές σχέσεις και τη διαχείριση των συγκρούσεων. Οι άνθρωποι με διάφορα επίπεδα συμφωνίας μπορεί να συμβάλουν στην δυναμική των ομαδικών καταστάσεων με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με τις καταστάσεις και τις ανάγκες.

#### V. Ευσυνειδησία (Conscientiousness):

Αυτός ο παράγοντας αντιπροσωπεύει την ικανότητα ενός ατόμου να είναι οργανωμένο, υπεύθυνο και ακριβές στις προσπάθειές του. Οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό ευσυνειδησίας είναι συνήθως προσηλωμένοι στους στόχους τους, προσεκτικοί και συνεπείς στην εκτέλεση των καθημερινών καθηκόντων. Έχουν τη διάθεση να συμμορφώνονται με τους κανόνες και τις προσδοκίες, και να είναι αξιόπιστοι στις δεσμεύσεις τους. Επίσης, είναι προετοιμασμένοι, σχεδιάζοντας και οργανώνοντας τις δραστηριότητές τους εκ των προτέρων. Οι άνθρωποι με χαμηλό βαθμό ευσυνειδησίας είναι πιθανό να είναι λιγότερο οργανωμένοι και μπορεί να μην τηρούν χρονοδιαγράμματα. Ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολία στην προσπάθεια να είναι προνοητικοί και να τελειώνουν καθήκοντα στην προθεσμία τους. Η ευσυνειδησία είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα στον εργασιακό χώρο, την ολοκλήρωση των επιτευγμάτων και την επίτευξη των στόχων. Επίσης, έχει σημασία για τη διαχείριση της υπευθυνότητας και την αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων.

Ένας εκτενής όγκος ερευνών έχει εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ των προσωπικοτήτων και των συνδεδεμένων με το κάπνισμα μεταβλητών. Αν και οι διαφορές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών είναι

συνήθως μικρές, αποκτούν σημαντικότητα όταν λάβουμε υπόψη τον μεγάλο αριθμό ατόμων που καπνίζουν (WHO, 2002). Ακόμη και η μικρή αυτή συμβολή της έρευνας προσωπικότητας μπορεί να ενισχύσει τη γνώση μας σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά και να έχει σημαντικό κλινικό αντίκτυπο μέσω της βελτίωσης των προγραμμάτων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος.

Το 1970, ο Smith επανεξέτασε την εμπειρική βιβλιογραφία και παρά τα αντικρουόμενα δεδομένα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές ήταν πιο εξωστρεφείς, εξωτερικά προσανατολισμένοι, παρορμητικοί και έδειχναν περισσότερες αντικοινωνικές τάσεις/διαφωνία και φτωχότερη ψυχική υγεία από τους μη καπνιστές. Οι περισσότερες από τις μεταγενέστερες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε γενικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται εννοιολογικά με τις διεγερτικές και ρυθμιστικές επιδράσεις του καπνίσματος στη διάθεση. Ο Eysenck (1980) υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλή εξωστρέφεια θα κάπνιζαν αναζητώντας διέγερση, ενώ τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό θα κάπνιζαν για να μειώσουν την ένταση και το άγχος. Το κάπνισμα θεωρείται ως κάπως αντικοινωνικό (Eysenck 1980) και, σύμφωνα με αυτή την άποψη, ο Smith (1967) διαπίστωσε ότι οι καπνιστές αξιολογήθηκαν από τους συνομηλίκους τους ως χαμηλοί ως προς τη Συμφωνία.

Ακόμη και σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες αναλύσεις μπορούν να αποκαλύψουν τις πτυχές του θέματος. Για παράδειγμα, ο Parkes (1984) προχώρησε σε λεπτομερείς αναλύσεις βασισμένες στις διαστάσεις του Eysenck και ανέδειξε τη σημασία των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο νευρωτισμό, τον ψυχωτισμό και την εξωστρέφεια, που συνέβαλαν σημαντικά στη διαφοροποίηση μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών. Επιπλέον, οι Vollrath και Torgersen (2002) υιοθέτησαν μια τυπολογική προσέγγιση και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που συγκαλύπτουν τα χαρακτηριστικά τόσο του υψηλού νευρωτισμού όσο και της χαμηλής ευσυνειδησίας είναι πιθανότερο να είναι καπνιστές. Η ανάλυση των αλληλεπιδράσεων και η εφαρμογή μιας τυπολογικής προσέγγισης παρέχουν το πλεονέκτημα της ίδιας χρονικής εξέτασης πολλαπλών διαστάσεων. Εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο διάφοροι παράγοντες προσωπικότητας αλληλεπιδρούν, είναι ενδιαφέρον, καθώς η επίδραση ενός μεμονωμένου παράγοντα προσωπικότητας μπορεί να ενισχυθεί, να υποχωρήσει ή ακόμη και να ακυρωθεί από τη θέση του ατόμου σε άλλους παράγοντες.

Στο πλαίσιο αυτό, συνδυασμοί χαρακτηριστικών προσωπικότητας (στυλ ή τύποι) έχουν συσχετιστεί με το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μελέτη των Vollrath και Torgersen (2002), παρορμητικοί και ανασφαλείς τύποι προσωπικότητας, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ταυτόχρονα από χαμηλή ευσυνειδησία και υψηλό νευρωτισμό, φαίνεται ότι έχουν αυξημένη πιθανότητα να είναι καπνιστές. Η επίδραση της αλληλεπίδρασης νευρωτισμού και ευσυνειδησίας δείχνει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά με πολύπλοκο τρόπο. Το επίπεδο Ευσυνειδησίας φαίνεται να είναι ένας μετριαστικός παράγοντας στη σχέση μεταξύ Νευρωτισμού και καπνίσματος. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι άτομα με υψηλή ευσυνειδησία μπορεί να μην υιοθετήσουν την ίδια στρατηγική (δηλαδή το κάπνισμα) για να αντιμετωπίσουν τον υψηλό νευρωτισμό. Επίσης, η υψηλή παρορμητικότητα των καπνιστών, που εκφράζεται στην ανικανότητά τους να αντισταθούν στους πόθους, την αναζήτηση διέγερσης, την έλλειψη προσεκτικής εξέτασης των συνεπειών των πράξεών τους και την περιορισμένη αυτοπειθαρχία τους, υποδηλώνουν ότι το να βασίζονται μόνο στους πόρους του ατόμου θα μπορούσε να είναι μια κακή στρατηγική για πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος (Terracciano & Costa, 2004). Ακόμη και με πλήρη γνώση των επιβλαβών συνεπειών του καπνίσματος, τα άτομα με αυτό το προφίλ προσωπικότητας μπορεί να μην είναι σε θέση να ελέγξουν το κάπνισμα.

## 2.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα

Η επιλογή του καπνίσματος αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς ψυχοκοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες. Ο καπνός, ως εθιστική ουσία, επιτείνει την ανάγκη για μια εντατική μελέτη των κινητήρων που ωθούν τα άτομα προς το κάπνισμα. Οι παράγοντες αυτοί εκτείνονται από την κοινωνική πίεση και τις κοινωνικές σχέσεις μέχρι τις προσωπικές ψυχολογικές διαδικασίες και την αντίληψη του ατόμου για τον καπνό. Κατανοώντας αυτούς τους παράγοντες, μπορούμε να αναλύσουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι παίρνουν αποφάσεις σχετικά με το κάπνισμα, να αναδείξουμε τις αιτίες της αύξησης ή μείωσης του καπνίσματος σε διάφορες κοινότητες και να προσφέρουμε πιο αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης και ενδυνάμωσης των ατόμων που αντιμετωπίζουν την πρόκληση του καπνίσματος.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ενός ατόμου να αρχίσει ή να συνεχίσει το κάπνισμα είναι πολύπλευροι και συχνά περιλαμβάνουν κοινωνικοοικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Φιλιππίδης, 2014). Ωστόσο, λιγότερες μελέτες έχουν εξετάσει τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως η κατάθλιψη, η αρνητική επίδραση, η αυτοπεποίθηση και η προσωπική ευημερία (Αναστασοπούλου, 2022). Είναι σημαντικό να εξετάσουμε αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και να κατανοήσουμε εάν προηγούνται της έναρξης του καπνίσματος, συσχετίζονται με την επιθυμία για κάπνισμα ή τη διακοπή του, ή αποτελούν αποτέλεσμα της καπνιστικής συνήθειας.

Η κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων που συνδέονται με το κάπνισμα μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων αποτοξίνωσης και πρόληψης του καπνίσματος. Η συνδυασμένη χρήση φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας έχει αναδειχθεί ως μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της καπνιστικής εξάρτησης (American Cancer Society, 2015). Επιπλέον, η αναγνώριση των κοινών ψυχολογικών χαρακτηριστικών των πρώην καπνιστών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των προσεγγίσεων για την πρόληψη της υποτροπής στο κάπνισμα και την αύξηση του ποσοστού επιτυχίας στις θεραπείες απεξάρτησης (American Cancer Society, 2015).

Η Θεωρία της Οικογενειακής Αλληλεπίδρασης (Family Interactional Theory ή αλλιώς FIT) αναλύει την επίδραση του αθροιστικού αριθμού ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου στην ανάπτυξη του καπνίσματος, των διαταραχών χρήσης ουσιών και της ψυχοπαθολογίας. Σύμφωνα με την FIT, όσο αυξάνεται ο συνολικός αριθμός των παραγόντων κινδύνου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα καπνίσματος τσιγάρων, ιδίως στις γυναίκες στα τέλη της μέσης ηλικίας. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Αφροαμερικανούς και Πορτορικανούς, οι ερευνητές ανέφεραν ότι με την αύξηση του αριθμού των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου, υπήρξε σχετική αύξηση στην πιθανότητα εμφάνισης χρήσης κάπναβης (Brook et al, 2012). Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στην απόφαση ενός ατόμου να καπνίσει και να αναπτύξει εξαρτημένες συμπεριφορές, καθώς και τις δυνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τη Θεωρία της Οικογενειακής Αλληλεπίδρασης (FIT), υπάρχουν αρκετοί τομείς ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με το κάπνισμα. Αυτοί οι τομείς περιλαμβάνουν (Brook et al, 2012):

#### I. Ενδοπροσωπική Δυσφορία:

Στον τομέα αυτό συγκαταλέγεται η ύπαρξη κατάθλιψης και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, οι οποίες έχουν σχέση με το κάπνισμα. Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι υψηλότερα στους καπνιστές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, και οι αγχώδεις διαταραχές συνδέονται επίσης με το κάπνισμα.

#### II. Χρήση Ουσιών:

Η προβληματική χρήση αλκοόλ, όπως η εξάρτηση και η κατάχρηση αλκοόλ, είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για το κάπνισμα

#### III. Οικογενειακές Σχέσεις:

Οι οικογενειακές συγκρούσεις και η ύπαρξη ενός συντρόφου που καπνίζει επίσης προβλέπουν το κάπνισμα τσιγάρων. Επομένως, οι δυναμικές μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν την ατομική απόφαση να καπνίσει.

Αυτοί οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό του εθισμού στο κάπνισμα και μπορούν να προσφέρουν κρίσιμα δεδομένα για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων και την αντιμετώπιση του καπνίσματος.

Στο πλαίσιο αυτό, μελέτες έχουν διερευνήσει τους εγγύς κοινωνικούς παράγοντες σε περιβάλλον οικογένειας και συνομηλίκων, καθώς και μακρινές (ανοδικές) επιρροές που αναδύονται από πολιτισμικές σφαίρες επιρροής όπως η έκθεση σε περιεχόμενο μέσων που σχετίζεται με το κάπνισμα. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2011). Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβοι που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα έκθεσης στο κάπνισμα σε ταινίες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα (Sargent et al, 2005). Ωστόσο, οι κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες που ευνοούν το κάπνισμα δεν είναι καθολικοί σε όλα τα πλαίσια, επομένως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οι προθέσεις καπνίσματος ρυθμίζονται εξ ολοκλήρου από εξωτερικούς παράγοντες.

Η αυτο-αποτελεσματικότητα, η οποία αναφέρεται στην πεποίθηση ενός ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να ελέγχει τις πράξεις του και τα αποτελέσματά τους,

έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το κάπνισμα, ιδίως στους εφήβους (Sargent et al, 2005). Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει τη σημασία της αυτο-αποτελεσματικότητας στις αποφάσεις σχετικά με το κάπνισμα. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νέους, αναδείχθηκε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα της άρνησης προβλέπει το κάπνισμα μεταξύ των αγοριών (Ma et al, 2008). Παρόμοια, μια άλλη μελέτη ανέδειξε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ της καπνιστικής συμπεριφοράς και της κοινωνικής επιρροής (Vitória et al, 2011). Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η πίστη του ατόμου στην ικανότητά του να αντισταθεί στο κάπνισμα και να παίρνει αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με τη συμπεριφορά του. Επιπλέον, αυτά τα ευρήματα δείχνουν την πιθανή επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας στον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική επιρροή επηρεάζει την καπνιστική συμπεριφορά.

Γνωστικές κατασκευές, όπως ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς (Perceived Behavioural Control ή αλλιώς PBC) και η στάση απέναντι στο κάπνισμα, έχουν επίσης αποδειχθεί ότι σχετίζονται με τις προθέσεις του εφήβου να καπνίσουν (Smith et al, 2007). Επιπλέον, η γνώση των εφήβων σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες και τα αντιληπτά οφέλη του καπνίσματος μπορεί να αλλάξει τις προθέσεις τους. Για παράδειγμα, οι έφηβοι καπνιστές αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως λιγότερο πιθανό να εθιστούν, λιγότερο πιθανό να υποστούν αρνητικές παρενέργειες που σχετίζονται με την υγεία, και αντιλαμβάνονται μεγαλύτερα κοινωνικά οφέλη από το κάπνισμα (Aryal et al, 2013).

Επιπλέον, οι παράγοντες προσωπικότητας έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά στους εφήβους. Συγκεκριμένα, η έρευνα των de Leeuw et al. (2010), έχει εστιάσει στις πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας, γνωστές ως "Big Five", και έχει αναδείξει τα εξής σημαντικά ευρήματα:

#### I. Εξωστρέφεια:

Έφηβοι που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας έχουν σταθερά περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν. Αυτό σημαίνει ότι οι άτομα με εξωστρεφή προσωπικότητα φαίνεται να είναι περισσότερο επιρρεπή στο κάπνισμα.

#### II. Συναισθηματική Σταθερότητα:



Η συναισθηματική σταθερότητα αποδείχθηκε ότι είναι προστατευτική έναντι του καπνίσματος. Δηλαδή, οι έφηβοι που διακρίνονται για την σταθερότητα των συναισθημάτων τους φαίνεται να έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές.

Επιπλέον, άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν το κάπνισμα στους εφήβους περιλαμβάνουν τη συναισθηματική ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή, που είναι προστατευτικοί παράγοντες κατά του καπνίσματος. Αντίθετα, τα συμπτώματα κατάθλιψης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα, η χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή και τα υψηλά επίπεδα άγχους αναφέρονται ως παράγοντες που συσχετίζονται με το κάπνισμα στους εφήβους. Αυτά τα ευρήματα αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συνδέονται με το κάπνισμα στη νεότητα, καθώς και τη σημασία των προσωπικών χαρακτηριστικών και της συναισθηματικής ευεξίας στην καπνιστική συμπεριφορά των εφήβων (de Leeuw et al., 2010).

### 2.3. Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος

Το κάπνισμα, μια συνήθεια βαθιά ριζωμένη στην ανθρώπινη κουλτούρα εδώ και αιώνες, έχει παίξει πολύπλευρο ρόλο στην κοινωνία. Πέρα από τις ατομικές συνέπειες για την υγεία, η πράξη του καπνίσματος έχει εκτεταμένες επιπτώσεις που διαπερνούν τον κοινωνικό ιστό των κοινοτήτων και των εθνών. Στη σύγχρονη εποχή, όπου η ευαισθητοποίηση για τη δημόσια υγεία και η επιστημονική έρευνα έχουν ρίξει φως στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, είναι επιτακτική ανάγκη να εξεταστεί πώς η ίδια η κοινωνία επηρεάζει το άτομο και τις επιλογές του.

Η επίδραση του καπνίσματος στην κοινωνία εκτείνεται πέρα από τις απλές στατιστικές νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στην ουσία αγγίζει πολύπλοκους ιστούς οικονομίας, δημόσιας πολιτικής, πολιτιστικών κανόνων και ατομικών επιλογών. Η διάχυτη φύση του καπνίσματος εγείρει κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τις συνέπειές του όσον αφορά τη δημόσια υγεία, το κόστος υγειονομικής περίθαλψης, την παραγωγικότητα και τη διαμόρφωση κυβερνητικών κανονισμών. Επιπλέον, μας ωθεί να διερευνήσουμε πώς το κάπνισμα έχει συνυφαστεί στην ίδια την ουσία των ανθρώπινων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και τελετουργιών.

Στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, το κάπνισμα τσιγάρων εξακολουθεί να συμβάλλει σημαντικά στην κακή υγεία και στον πρόωρο θάνατο. Πάνω από το 15% των ενηλίκων

εξακολουθεί να καπνίζει τσιγάρα, παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά καπνίσματος έχουν μειωθεί απότομα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, ως αποτέλεσμα των νόμων που περιορίζουν το πού μπορούν οι άνθρωποι να καπνίζουν (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2000). Στην πραγματικότητα, η νοσηρότητα που σχετίζεται με το κάπνισμα οδηγεί σε περίπου 500.000 θανάτους ετησίως (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2000). Οι κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντες πληθυσμοί έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (Pampel et al., 2010). Για παράδειγμα, πάνω από το 60% όλων των καπνιστών έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, και πάνω από το ένα τέταρτο ζει κάτω από το όριο της φτώχειας (Jamal et al, 2018).

Πολυάριθμες έρευνες για την υγεία των ενηλίκων έχουν δείξει ότι το περιβάλλον της γειτονιάς, και ιδιαίτερα το κάπνισμα, σχετίζεται με κακά αποτελέσματα υγείας (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1998). Σύμφωνα με τους Karasek et al. (2012), η καπνιστική συμπεριφορά διαμορφώνεται από τους κοινωνικούς κανόνες στην περιοχή. Επιπλέον, οι πιο φτωχές κοινότητες τείνουν να έχουν περισσότερες κοινωνικές ενδείξεις και συνθήκες φιλικές προς το κάπνισμα (Jahnel et al., 2018). Πέρα από οικονομικούς παράγοντες, οι ερευνητές έχουν αρχίσει να βρίσκουν συνδέσεις μεταξύ του καπνίσματος και άλλων κοινωνικών χαρακτηριστικών και του τρόπου δομής των κοινωνιών. Για παράδειγμα, η έρευνα των Holmes και Marcelli (2014) ανέφερε χαμηλότερες πιθανότητες καπνίσματος μεταξύ των κατοίκων σε πιο κοινωνικά συνεκτικές γειτονίες που χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης, εξυπηρετικότητας και σύνδεσης μεταξύ τους.

Στο πλαίσιο αυτό, έρευνες για τη χρήση ναρκωτικών και τις επιπτώσεις στη γειτονιά συχνά δείχνει μικτά αποτελέσματα, ειδικά όταν διαστρωματώνονται από ορισμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Karriker-Jaffe, 2011; Kravitz-Wirtz, 2016). Αυτά τα αντιφατικά αποτελέσματα έχουν αποδοθεί από τους μελετητές σε μεγάλο βαθμό στην παραμέληση της χρονικής και χωρικής δυναμικής των γειτονιών (Sharp & Kimbro, 2021). Ένα βασικό στοιχείο από την υπάρχουσα εργασία στο χώρο δραστηριότητας είναι ότι τα συμφοραζόμενα αποτελέσματα στην υγεία ποικίλλουν μεταξύ του χώρου και του χρόνου. Έτσι, οι επιπτώσεις της οικιστικής γειτονιάς μπορεί να συγχέονται από τις καθημερινές εκθέσεις σε μη οικιστικά χαρακτηριστικά και η μη συνεκτίμηση των εκθέσεων εκτός κατοικίας μπορεί, με τη σειρά της, να υπερεκτιμήσει την επίδραση των επιπτώσεων της οικιστικής γειτονιάς στην υγεία (Chaix et al., 2017).

Σύμφωνα με την μελέτη των Chuang et al. (2005), η διαβίωση σε μια πιο φτωχή κοινωνικοοικονομική τοποθεσία έχει συσχετιστεί σταθερά με αυξημένο κίνδυνο καπνίσματος. Επίσης, η μελέτη του Kravitz-Wirtz (2016) ανέδειξε ότι η φτώχεια της γειτονιάς επηρεάζει την έναρξη του καπνίσματος και η διάρκεια της έκθεσης στη φτώχεια έχει σημαντικό ρόλο. Με άλλα λόγια, για ορισμένους ενήλικες, η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με την παρατεταμένη φτώχεια. Ο Cambron et al. (2019), σε μια πρόσφατη μελέτη που επικεντρώνεται σε άτομα ηλικίας 30 έως 39 ετών και που πραγματοποιήθηκε στο Σιάτλ της Ουάσινγκτον, διαπίστωσε επίσης ότι οι ενήλικες που ζουν σε γειτονίες με υψηλότερη φτώχεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίσουν τσιγάρα.

Για την πλήρη κατανόηση των συνδέσεων μεταξύ των κοινωνικών περιβαλλόντων της γειτονιάς και του καπνίσματος, απαιτείται περισσότερη έρευνα. Οι κοινότητες και οι γειτονίες έχουν τη δύναμη να δομούν τις στάσεις και τις συμπεριφορές των ανθρώπων σχετικά με την υγεία. Πράγματι, υπάρχουν ανεξάρτητοι και δυνητικά ανταγωνιστικοί τρόποι με τους οποίους η κοινωνική οργάνωση της κοινότητας μπορεί να επηρεάσει το κάπνισμα. Από τη μία πλευρά, το παράδειγμα του στρες (Pearlin, 1989) υποδηλώνει ότι το μειονέκτημα, τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο κοινότητας, επηρεάζει την ικανότητα αντιμετώπισης. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ορισμένες ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, ως μέσο αντιμετώπισης στρεσογόνων περιστάσεων (Pampel et al., 2010). Αν και οι μηχανισμοί του στρες είναι καλά εδραιωμένοι όσον αφορά τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί επίσης να επηρεαστούν από το πόσο καλά συνδεδεμένα είναι τα άτομα με τις γειτονίες στις οποίες είναι ενσωματωμένοι, πόσο ασφαλείς αισθάνονται σε αυτές τις γειτονίες και πόσο στενά συνδεδεμένοι είναι οι κάτοικοι όσον αφορά την κοινωνική θέση σε σχέση με άλλους στην κοινότητα (Stockdale et al., 2007).

Παρ' όλα αυτά, το κάπνισμα αποτελεί μια κοινωνική δραστηριότητα που είναι διαδεδομένη και πολλές φορές ενθαρρύνεται στα κοινωνικά δίκτυα που προωθούν το κάπνισμα. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Blok et al. (2017), η καπνιστική συμπεριφορά μεταξύ φίλων και μελών της οικογένειας αποτελεί ένα ισχυρό δείκτη για το εάν ένα άτομο καπνίζει ξανά μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Κατοικίες σε περιβάλλοντα όπου οι άνθρωποι αισθάνονται ασφαλείς και συνδεδεμένοι με τη γειτονιά τους ενδέχεται να μην ευνοούν κοινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα. Για παράδειγμα, το έργο των Reitzel et al. (2013) αποκαλύπτει ότι η κοινωνική συνοχή,

που αξιολογείται μέσω της αυτοαναφερόμενης εμπιστοσύνης και της συνδεσιμότητας μεταξύ γειτόνων, διευκόλυνε τη διακοπή του καπνίσματος σε κοινότητες όπου επικρατούν δυνατοί διαπροσωπικοί δεσμοί μεταξύ των κατοίκων. Άλλες ερευνητικές εργασίες έχουν επιβεβαιώσει ότι η κοινωνική συνοχή στη γειτονιά συσχετίζεται με πιο επιτυχημένες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος και με μειωμένο κίνδυνο επανάληψης του καπνίσματος (Holmes & Marcelli, 2014).

Είναι επίσης πιθανό να παρατηρηθεί αλληλεπίδραση μεταξύ της κοινωνικής δομής της γειτονιάς και των κοινωνικών παραγόντων που προκαλούν άγχος, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαμονή σε γειτονιές με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής συνοχής μπορεί να αμβλύνει τις αρνητικές επιπτώσεις των προσωπικών και των παραγόντων που προκαλούν άγχος στη γειτονιά, όσον αφορά την ψυχική υγεία (Kingsbury et al., 2020). Συνεπώς, εάν η αντίληψη του κινδύνου συγχωνεύεται με την κατοικία σε γειτονιές υψηλής κοινωνικής συνοχής ή υψηλής ανταλλαγής μεταξύ γειτόνων, η έντονη δέσμευση και η σύνδεση με την τοπική κοινότητα ίσως ανακουφίσει το άγχος και μειώσει την πιθανότητα καπνίσματος. Εν συνεχεία, οι κάτοικοι των γειτονιών που χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα κοινωνικής συνοχής ή που αισθάνονται επίσης ανασφαλείς στο περιβάλλον τους, ενδέχεται να αναζητούν το κάπνισμα ως έναν μηχανισμό αντιμετώπισης (Pearlin, 1989).

Τα άτομα μπορούν επίσης να αισθάνονται συνδεδεμένα ή απομακρυσμένα από την κοινότητά τους μέσω του παραγόντα της φυλετικής και εθνοτικής ταυτότητάς τους. Οι Pickett και Wilkinson (2008) εξετάζουν μια σειρά από ερευνητικές μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις της πυκνότητας της ομάδας στην ευημερία. Η ομοεθνοτική πυκνότητα αναφέρεται στη συγκέντρωση ατόμων της ίδιας φυλετικής ή εθνοτικής ομάδας που ζουν στην ίδια γεωγραφική περιοχή, όπως η κατοικημένη γειτονιά. Ορισμένες από τις μελέτες που εξετάστηκαν έχουν αναδείξει τη σχέση μεταξύ βελτιωμένης ψυχικής και σωματικής ευημερίας για άτομα που ζουν σε κοινότητες με υψηλότερη ποσότητα των ίδιων φυλετικών ή εθνοτικών ομάδων (Pickett & Wilkinson, 2008). Η χαμηλή ομοεθνοτική πυκνότητα μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα μη προσήκουσας στην κοινότητα, πιθανώς συσχετιζόμενα με τη δυσπιστία των γειτόνων και την απομάκρυνση και τη δυσαρέσκεια της κοινότητας (Sharp, 2019). Επομένως, η χαμηλή ομοεθνοτική πυκνότητα μπορεί να λειτουργήσει μέσω αυτών των μηχανισμών για να ενθαρρύνει ακατάλληλες συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα.



### 3. Χάραξη Πολιτικών για το Κάπνισμα

Οι πολιτικές κατά του καπνίσματος αποτελούν κεντρικό κομμάτι των προσπαθειών για τη διατήρηση και προώθηση της δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καπνός και τα καπνικά προϊόντα συνδέονται στενά με πολλές υγειονομικές προκλήσεις, καθώς το κάπνισμα συμβάλλει σε ασθένειες και αναπηρίες. Τοποθετώντας τον καπνό υπό το πρίσμα της δημόσιας πολιτικής, οι κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει διάφορα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των φόρων στα καπνικά προϊόντα, της περιορισμένης διαφήμισης των τσιγάρων και των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Αυτές οι πολιτικές προσπαθούν να μειώσουν την πρόσβαση και την προσφορά του καπνού, ενθαρρύνοντας παράλληλα την αποτροπή και την διακοπή του καπνίσματος. Η ενίσχυση αυτών των πολιτικών μπορεί να συμβάλει στη μείωση του καπνίσματος σε παγκόσμιο επίπεδο και να βελτιώσει τη δημόσια υγεία. Είναι σημαντικό να εξετάσουμε πώς αυτές οι πολιτικές εφαρμόζονται και πώς επηρεάζουν τους πολίτες, καθώς και τον αντίκτυπό τους στην υγεία.

#### 3.1. Παγκόσμιες Πολιτικές κατά του καπνίσματος

Η επιδημία του καπνίσματος αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας που απαιτεί παγκόσμιες πολιτικές και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπισή του. Στο πλαίσιο αυτό, οι παγκόσμιες πολιτικές για το κάπνισμα αποτελούν κομβικό μέσο για την πρόληψη και τη μείωση του καπνίσματος, καθώς και την προστασία της δημόσιας υγείας.

Ο Νόμος για τον Έλεγχο του Καπνού (Tobacco Control Act)<sup>1</sup> έδωσε στην Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) την αρμοδιότητα να ρυθμίσει την παραγωγή, διανομή και διακίνηση καπνικών προϊόντων, με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας. Αυτό περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κυρώσεων για την παραβίαση του νόμου και δίνει στην FDA τη δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με τα κράτη για τον έλεγχο των λιανοπωλητών. Οι διατάξεις του νόμου που αφορούν τους λιανοπωλητές έχουν ως στόχο τον περιορισμό του καπνίσματος από τους νέους, περιορίζοντας τις πωλήσεις τσιγάρων και καπνού σε άτομα κάτω των 18 ετών και απαιτώντας την απόδειξη ηλικίας για την αγορά προϊόντων καπνού. Επιπλέον, η FDA

---

<sup>1</sup> Διαθέσιμο στο: <https://www.fda.gov/tobacco-products/rules-regulations-and-guidance/family-smoking-prevention-and-tobacco-control-act-table-contents> (Οκτώβριος 10, 2023)

έχει χρησιμοποιήσει την εξουσία της για να περιορίσει την πώληση ορισμένων προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένων των τσιγάρων με πρόσθετα γεύσης φρούτων και καραμέλας, καθώς και της διαφήμισης και του μάρκετινγκ προϊόντων καπνού στους νέους. Ο νόμος για τον έλεγχο του καπνού απαγορεύει επίσης τη χορηγία με επωνυμία καπνού σε αθλητικές, μουσικές ή άλλες κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και σε ομάδες και συμμετοχές σε αυτές τις εκδηλώσεις, καθώς και την πώληση ή διανομή αντικειμένων, όπως καπέλα και μπλουζάκια, που έχουν επωνυμία καπνού, λογότυπα ή μηνύματα πώλησης. Ωστόσο, κάποιοι περιορισμοί στη διαφήμιση έχουν αμφισβητηθεί επιτυχώς στα δικαστήρια.

Η νομοθεσία περί ελέγχου του καπνού έχει απονείμει στην FDA εκτεταμένες εξουσίες για τη ρύθμιση των προϊόντων καπνού. Αυτός ο νόμος επιτρέπει στην FDA να ελέγχει τα τσιγάρα, τον καπνό τσιγάρων, καθώς και καπνό ηλεκτρονικών τσιγάρων. Επίσης, εξασφαλίζει τη δυνατότητα της FDA να επεκτείνει την εξουσία της για τη ρύθμιση άλλων προϊόντων καπνού, όπως των πούρων, του καπνού για πίπες, των ναργιλέ και των ηλεκτρονικών τσιγάρων που δεν προβάλλουν ιατρικές διεκδικήσεις.

Επιπλέον, ο νόμος περί ελέγχου του καπνού περιλαμβάνει αρκετές απαγορεύσεις που αποσκοπούν στη μείωση του καπνίσματος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν την απαγόρευση της πώλησης πακέτων με λιγότερα από 20 τσιγάρα, την απαγόρευση της δωρεάς δειγμάτων τσιγάρων, την περιορισμένη πώληση αντικειμένων με σήματα ή λογότυπα τσιγάρων, και την απαγόρευση αξιώσεων όπως "ελαφριά" ή "χαμηλή" πίσσα στα τσιγάρα χωρίς προηγούμενη έγκριση από την FDA.

Ο νόμος επιτρέπει επίσης στην FDA να δημιουργήσει νέες προειδοποιητικές ετικέτες σχετικά με την υγεία για τον καπνό χωρίς καπνό και απαιτεί την εφαρμογή πιο μεγάλων και εμφανών προειδοποιήσεων σχετικά με την υγεία στα πακέτα τσιγάρων. Σύμφωνα με τον νόμο, αυτές οι ετικέτες πρέπει να καλύπτουν το ήμισυ της εμπρός και της πίσω πλευράς των πακέτων τσιγάρων, το 30% των δύο κύριων περιοχών προβολής για τα προϊόντα καπνού χωρίς καπνό, και το 20% της διαφήμισης για και τα δύο είδη προϊόντων. Ωστόσο, οι καπνοβιομηχανίες προσέφυγαν εναντίον της FDA για τις προειδοποιητικές ετικέτες σχετικά με την υγεία και ένα ομοσπονδιακό δικαστήριο αποφάνθηκε ότι ο τρόπος που είχαν εκδοθεί αυτές οι προειδοποιήσεις ήταν αντισυνταγματικός (Dooren, 2012). Τον Μάρτιο του 2013, η FDA ανακοίνωσε ότι θα αναθεωρήσει τις προειδοποιητικές ετικέτες για την υγεία των τσιγάρων (Dennis, 2013).

Παρά την ενισχυμένη παγκόσμια δέσμευση για τον έλεγχο της χρήσης καπνού, ο ρυθμός προόδου στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος ήταν ετερογενής μεταξύ γεωγραφικών περιοχών, κατάστασης ανάπτυξης, φύλου και ηλικίας (Flor et al, 2021). Το 2017, υπήρχαν ακόμη 1,1 δισεκατομμύρια καπνιστές σε 195 χώρες και περιοχές που αξιολογήθηκαν για την παγκόσμια επιβάρυνση των ασθενειών, των τραυματισμών και των παραγόντων κινδύνου (Flor et al, 2021). Επίσης, παρατηρήθηκε το 2017 παγκόσμια επικράτηση του καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω, 15–29 ετών, 30–49 ετών και 50 ετών και άνω. Οι υψηλότερες σχετικές μειώσεις παρατηρήθηκαν στους άνδρες και τις γυναίκες ηλικίας 15-29 ετών, σε 10% και 20%, αντίστοιχα. Αντίθετα, ο επιπολασμός μειώθηκε λιγότερο έντονα για τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, σε 2% για τους άνδρες και 9,5% για τις γυναίκες (Flor et al, 2021). Ενώ ορισμένες χώρες έχουν δείξει σημαντική μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ 2009 και 2017, όπως η Βραζιλία, υποδηλώνοντας συνεχή πρόοδο στον έλεγχο του καπνίσματος, μερικές χώρες και περιοχές έχουν δείξει σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ ανδρών (για παράδειγμα, Αλβανία) και γυναικών (για παράδειγμα, Πορτογαλία) κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου (Flor et al, 2021).

### 3.2. Ευρωπαϊκές Πολιτικές κατά του Καπνίσματος

Η Ευρώπη έχει καταλάβει μια πρωτοποριακή θέση στην παγκόσμια σκηνή όσον αφορά την αντιμετώπιση του καπνίσματος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Οι πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ευρώπη αντικατοπτρίζουν τη δέσμευση της στον έλεγχο του καπνίσματος και στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής για τους πολίτες της. Μετά από δεκαετίες εργασίας, η Ευρώπη έχει επιτύχει αξιοσημείωτη πρόοδο στον τομέα αυτό, και η πορεία της αποτελεί ένα ενδιαφέρον παράδειγμα για άλλες περιοχές του κόσμου.

Η κατανάλωση καπνού είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την υγεία που μπορεί να αποφευχθεί και η πιο σημαντική αιτία πρόωρου θανάτου στην ΕΕ, υπεύθυνη για σχεδόν 700.000 θανάτους κάθε χρόνο (European Commission, 2021). Παρά τη σημαντική πρόοδο που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των καπνιστών στην ΕΕ εξακολουθεί να είναι υψηλός – με το 26% του συνολικού πληθυσμού και το 29% των νέων Ευρωπαίων ηλικίας 15-24 ετών καπνίζουν (European Commission, 2021).



Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι εθνικές κυβερνήσεις έχουν λάβει διάφορα μέτρα ελέγχου του καπνού με τη μορφή νομοθεσίας, συστάσεων και, προηγουμένως, ενημερωτικών εκστρατειών. Αυτά τα μέτρα πολιτικής περιλαμβάνουν:

3.2.1. Η ρύθμιση των προϊόντων καπνού (π.χ. συσκευασία, επισήμανση, συστατικά)

Η Οδηγία για τα προϊόντα καπνού (2014/40/ΕΕ)<sup>2</sup> τέθηκε σε ισχύ στις 19 Μαΐου 2014 και τέθηκε σε ισχύ στις χώρες της ΕΕ στις 20 Μαΐου 2016. Η Οδηγία θεσπίζει κανόνες που διέπουν την κατασκευή, την παρουσίαση και την πώληση καπνού και συναφών προϊόντων. Αυτά περιλαμβάνουν τσιγάρα, καπνό για πίπες, ρολά καπνού, πούρα, πουράκια, ηλεκτρονικά τσιγάρα και φυτικά προϊόντα για κάπνισμα.

Ειδικότερα, η οδηγία (Eurogora, 2014):

- I. Απαγορεύει τα τσιγάρα και τα ρολά καπνού με χαρακτηριστικές γεύσεις
- II. Απαιτεί από τη βιομηχανία καπνού να αναφέρει στις χώρες της ΕΕ τα συστατικά που χρησιμοποιούνται στα προϊόντα καπνού
- III. Απαιτεί προειδοποιήσεις για την υγεία για τον καπνό και τα σχετικά προϊόντα: οι συνδυασμένες προειδοποιήσεις υγείας (εικόνα, κείμενο και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διακοπής) και πρέπει να καλύπτουν το 65% του μπροστινού και του πίσω μέρους του τσιγάρου και των συσκευασιών καπνού
- IV. Ορίζει ελάχιστες διαστάσεις για προειδοποιήσεις και απαγορεύει τις μικρές συσκευασίες για ορισμένα προϊόντα καπνού
- V. Απαγορεύει τα διαφημιστικά και παραπλανητικά στοιχεία σε προϊόντα καπνού, ηλεκτρονικά τσιγάρα και φυτικά προϊόντα για το κάπνισμα
- VI. Εισάγει την παρακολούθηση και τον εντοπισμό παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού σε ολόκληρη την ΕΕ για την καταπολέμηση του
- VII. Επιτρέπει στις χώρες της ΕΕ να απαγορεύουν τις διαδικτυακές πωλήσεις καπνού και συναφών προϊόντων
- VIII. Καθορίζει τις απαιτήσεις ασφάλειας, ποιότητας και κοινοποίησης για τα ηλεκτρονικά τσιγάρα

---

<sup>2</sup> Διαθέσιμο εδώ: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32014L0040> (Οκτώβριος 19, 2023)

IX. Υποχρεώνει τους κατασκευαστές και τους εισαγωγείς να ενημερώνουν τις χώρες της ΕΕ για νέα προϊόντα καπνού πριν τα διαθέσουν στην αγορά της ΕΕ

Η οδηγία για τα προϊόντα καπνού (2014/40/ΕΕ) αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς για τον καπνό και τα συναφή προϊόντα, διασφαλίζοντας παράλληλα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας για τους ευρωπαίους πολίτες (Europa, 2014). Σε ορισμένους τομείς, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο έχουν εξουσιοδοτήσει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να εγκρίνει πρόσθετες νομοθετικές πράξεις για την εφαρμογή της οδηγίας 2014/40/ΕΕ (Europa, 2014).

### 3.2.2. Περιορισμοί διαφήμισης για προϊόντα καπνού

Η διαφήμιση του καπνού αντιπροσωπεύει μια πρακτική που έχει αντιμετωπιστεί με επιστημονικό ενδιαφέρον και αναγνωρίζεται ως πρόκληση στον τομέα της δημόσιας υγείας και της διαφήμισης. Αυτή η πρακτική εντάσσεται σε ένα συγκροτημένο πλαίσιο, όπου η διαφήμιση του καπνού έχει επηρεάσει αποφάσεις καταναλωτών, προκαλώντας αλλαγές στη συμπεριφορά του κοινού και επιδρώντας στη δημόσια υγεία.

Πράγματι, η προώθηση του καπνίσματος μέσω διαφημίσεων έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται η κατανάλωση καπνού με ποικίλους τρόπους. Κυρίως, παρακινεί παιδιά και νεαρούς ενήλικες να ξεκινήσουν το κάπνισμα, ενώ ταυτόχρονα προκαλεί τους ήδη καπνιστές να αυξήσουν την κατανάλωσή τους. Επιπλέον, μειώνει το κίνητρο των καπνιστών να εγκαταλείψουν το κάπνισμα, προτρέπει πρώην καπνιστές να ξαναρχίσουν το κάπνισμα και δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου η χρήση του καπνού θεωρείται αποδεκτή. Στο πλαίσιο αυτό, οι προειδοποιήσεις για τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα υπονομεύονται.

Η Οδηγία για τη διαφήμιση του καπνού (2003/33/ΕΚ)<sup>3</sup> εισήγαγε μια ευρεία απαγόρευση στη διαφήμιση και τη χορηγία καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτή η απαγόρευση ισχύει για διασυνοριακή διαφήμιση και χορηγία καπνού σε όλα τα μέσα ενημέρωσης, εξαιρουμένης της τηλεόρασης. Καλύπτει τόσο τα έντυπα μέσα ενημέρωσης όσο και το ραδιόφωνο, το διαδίκτυο, και τη χορηγία εκδηλώσεων με διασυνοριακή εμβέλεια, όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες και οι αγώνες της Φόρμουλα 1. Σε τέτοιες εκδηλώσεις, απαγορεύεται ακόμη και η δωρεάν διανομή καπνού.

---

<sup>3</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32003L0033> (Οκτώβριος 18, 2023)

Η διαφήμιση και η χορηγία καπνού στην τηλεόραση απαγορεύτηκε το 1989 μέσω της Οδηγίας για την τηλεόραση χωρίς σύνορα (89/552/ΕΟΚ)<sup>4</sup>. Αυτή η απαγόρευση ισχύει ακόμη και σήμερα και επεκτείνεται από την Οδηγία για τις υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων (2010/13/ΕΕ)<sup>5</sup>, που καλύπτει όλες τις μορφές οπτικοακουστικών εμπορικών επικοινωνιών και απαγορεύει ακόμη και την τοποθέτηση προϊόντων στις τηλεοπτικές παραγωγές.

Η Σύσταση του Συμβουλίου (2003/54/ΕΚ)<sup>6</sup> που αφορά την πρόληψη του καπνίσματος και τις πρωτοβουλίες για την ενίσχυση του ελέγχου του καπνού περιλαμβάνει διατάξεις που απευθύνονται σε διάφορες άλλες μορφές προώθησης του καπνού. Η σύσταση προτρέπει τα κράτη μέλη της ΕΕ να επιβάλουν περιορισμούς σχετικά με:

- I. Χρήση Διαφημιστικών Ειδών και Δειγμάτων Καπνού: Συγκεκριμένα, απαγορεύεται η χρήση διαφημιστικών ειδών και δειγμάτων καπνού.
- II. Προσφορές και Προωθητικές Πρακτικές: Η σύσταση περιλαμβάνει την απαγόρευση της χρήσης προσφορών που συμπεριλαμβάνουν έκπτωση, δώρο, premium παροχή ή ευκαιρία συμμετοχής σε προωθητικούς διαγωνισμούς ή παιχνίδια για προϊόντα καπνού.
- III. Χρήση Διαφημιστικών Πινακίδων, Αφισών, και Άλλων Διαφημιστικών Τεχνικών: Συγκεκριμένα, απαγορεύεται η χρήση διαφημιστικών πινακίδων, αφισών και άλλων τεχνικών διαφήμισης, είτε στο εσωτερικό είτε στο εξωτερικό των χώρων.
- IV. Χρήση Διαφήμισης στους Κινηματογράφους και Άλλες Μορφές Διαφήμισης: Η σύσταση απαγορεύει κάθε μορφή διαφήμισης, χορηγίας, ή πρακτικών που προορίζονται άμεσα ή έμμεσα για την προώθηση προϊόντων καπνού, και αυτό περιλαμβάνει τη διαφήμιση στις αίθουσες κινηματογράφου και άλλες παρόμοιες μορφές προώθησης.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το Άρθρο 13 της Σύμβασης-Πλαισίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control ή FCTC) καθορίζει τις υποχρεώσεις που έχουν τα μέρη να

---

<sup>4</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELLAR:63084a3f-be4a-4415-bf02-ac5f76524348> (Οκτώβριος 18, 2023)

<sup>5</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32010L0013> (Οκτώβριος 18, 2023)

<sup>6</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELLAR:220cd0f2-82d0-4734-8a7f-e0dff6c8fc5d> (Οκτώβριος 18, 2023)

απαγορεύουν ή να περιορίζουν τη διαφήμιση, την προώθηση και τη χορηγία των προϊόντων καπνού (WHO, 2013). Τον Ιούλιο του 2007, η Διάσκεψη των Μερών της Σύμβασης, βάσει αυτού του Άρθρου, αποφάσισε να δημιουργήσει μια ομάδα εργασίας με την αποστολή να αναπτύξει έναν ολοκληρωμένο σχεδιασμό κατευθυντήριων γραμμών για την υλοποίηση του Άρθρου 13 της Σύμβασης (WHO, 2013). Επιπλέον, αυτή η ομάδα εργασίας προτείνει συστάσεις για τα βασικά στοιχεία ενός πρωτοκόλλου που αφορά τη διασυνοριακή διαφήμιση, προώθηση και χορηγία, οι οποίες θα αποτελούν συμπληρωματικές προς αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές.

### 3.2.3. Η δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς καπνό

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει δεσμευτεί για πολλά χρόνια στην προστασία της δημόσιας υγείας και την προώθηση ενός υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος για τους πολίτες της. Ένα από τα θέματα που έχει αποτελέσει προτεραιότητα στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι η δημιουργία περιβαλλόντων χωρίς καπνό τσιγάρου. Αυτό αναδεικνύει την προσπάθεια της ΕΕ να περιορίσει τη χρήση του τσιγάρου και να προστατεύσει τους πολίτες από τις αρνητικές επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος.

Σύμφωνα με συντηρητικές εκτιμήσεις, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων 19.000 μη καπνιστών, πέθαναν στην ΕΕ το 2002 λόγω έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου στο σπίτι (72.000) και στον χώρο εργασίας τους (7.300) (European Commission, 2009). Μια έρευνα που διενεργήθηκε από το Ευρωβαρόμετρο τον Μάρτιο του 2009 (European Commission, 2009) αποκάλυψε ότι το 84% των πολιτών της ΕΕ είναι υπέρ της δημιουργίας χώρων εργασίας και γραφείων χωρίς καπνό, το 79% υποστηρίζει την ανάγκη εστιατορίων χωρίς καπνό, και το 61% επιδοκιμάζει την εισαγωγή απαγορευτικών μέτρων καπνίσματος σε μπαρ και παμπ (European Commission, 2009). Επίσης, δημόσιοι χώροι χωρίς καπνό, όπως γραφεία, εστιατόρια και μπαρ, λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από τους μη καπνιστές παρά από τους καπνιστές. Στο πλαίσιο αυτό, σύμφωνα με την έρευνά αυτή, στην Ελλάδα, την Κύπρο και τη Βουλγαρία, τα άτομα είναι πιο πιθανό να εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου άλλων ανθρώπων στο σπίτι σε καθημερινή βάση (29%) (European Commission, 2009). Από την άλλη, οι εργαζόμενοι σε αυτές τις χώρες είναι επίσης οι πιο πιθανό να εκτεθούν στον καπνό στον χώρο εργασίας τους σε καθημερινή βάση (60%, 45% και 39%, αντίστοιχα) (European Commission, 2009).

Η σύσταση του Συμβουλίου του 2009 ενίσχυσε τη νομοθεσία που αφορά την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους στην Ευρωπαϊκή Ένωση και

ενίσχυσε επίσης τη συνεργασία της ΕΕ στον τομέα του καπνού. Σύμφωνα με την Έκθεση Εφαρμογής του 2013, 17 από τις χώρες της ΕΕ είχαν υιοθετήσει νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος. Ανάμεσά τους, η Ιρλανδία, η Ελλάδα, η Βουλγαρία, η Μάλτα, η Ισπανία και η Ουγγαρία είχαν υιοθετήσει τις αυστηρότερες ρυθμίσεις που αφορούν την απαγόρευση του καπνίσματος, περιλαμβάνοντας πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους, μέσα μαζικής μεταφοράς και χώρους εργασίας, επιτρέποντας περιορισμένες εξαιρέσεις<sup>7</sup>.

Τον Φεβρουάριο του 2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μια έκθεση που αποτελεί σύνοψη της κατάστασης όσον αφορά την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου για τη δημιουργία περιβαλλόντων χωρίς καπνό που είχε εκδοθεί το 2009. Στην έκθεση αυτή παρατηρούμε τα εξής:

- I. Όλες οι χώρες της ΕΕ έχουν λάβει μέτρα για την προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, αλλά τα εθνικά μέτρα διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τον εύρος και την έκταση.
- II. Η επιβολή της σύνθετης νομοθεσίας (περιλαμβάνοντας εξαιρέσεις) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολη σε ορισμένες χώρες της ΕΕ.
- III. Τα πραγματικά ποσοστά έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου για τους πολίτες της ΕΕ μειώθηκαν από το 2009 έως το 2012. Για παράδειγμα, το ποσοστό έκθεσης μειώθηκε από 46% σε 28% για τους πολίτες που επισκέπτονται μπαρ και παμπ, ενώ για όσους επισκέπτονται εστιατόρια, το ποσοστό μειώθηκε από 31% σε 14%.
- IV. Το Βέλγιο, η Ισπανία και η Πολωνία αποτελούν παραδείγματα χωρών όπου η εφαρμογή ολοκληρωμένης νομοθεσίας οδήγησε σε σημαντική μείωση της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.
- V. Οι επιπτώσεις της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος στην υγεία είναι άμεσες και περιλαμβάνουν τη μείωση της εμφάνισης καρδιακών προβλημάτων και βελτιώσεις στην αναπνευστική υγεία. Ως προς την οικονομική επίδραση, αυτή είναι θετική ή ουδέτερη.

---

<sup>7</sup> Διαθέσιμο στο: [https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments\\_en](https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments_en) (Οκτώβριος 24, 2023)

Η σύσταση του Συμβουλίου για τη δημιουργία περιβαλλόντων χωρίς καπνό εγκρίθηκε μετά από διαβούλευση και νομοθετική διαδικασία στις 30 Νοεμβρίου 2009. Αυτή η σύσταση κάλεσε τις χώρες της ΕΕ να αναλάβουν δράση σε τρεις βασικούς τομείς<sup>8</sup>:

- I. Θέσπιση και εφαρμογή νόμων που παρέχουν πλήρη προστασία στους πολίτες από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου σε κλειστούς δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας και δημόσια μέσα μεταφοράς. Αυτά τα μέτρα πρέπει να εφαρμόζονται εντός τριών ετών από την έγκριση της σύστασης.
- II. Ενίσχυση της νομοθεσίας περί απαγόρευσης του καπνίσματος μέσω υποστηρικτικών μέτρων, όπως η προστασία των παιδιών, η προώθηση των προσπαθειών για τη διακοπή της χρήσης καπνού και η χρήση εικονογραφικών προειδοποιήσεων στις συσκευασίες καπνού.
- III. Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των χωρών της ΕΕ με τη δημιουργία ενός δικτύου εθνικών εστιακών σημείων για τον έλεγχο του καπνού.

3.2.4. Φορολογικά μέτρα και δραστηριότητες για το εμπόριο καπνού  
Σύμφωνα με το άρθρο 4 της οδηγίας 92/79/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 19ης Οκτωβρίου 1992, για την προσέγγιση των φόρων στα τσιγάρα<sup>9</sup> και το άρθρο 4 της οδηγίας 92/80/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 19ης Οκτωβρίου 1992, για την προσέγγιση των φόρων στα βιομηχανοποιημένα καπνά εκτός από τα τσιγάρα<sup>10</sup>, πραγματοποιήθηκε εις βάθος επανεξέταση των συντελεστών και της δομής των ειδικών φόρων κατανάλωσης στα προϊόντα καπνού. Η επανεξέταση αυτή περιλάμβανε διατάξεις της οδηγίας 95/59/ΕΚ του Συμβουλίου, της 27ης Νοεμβρίου 1995, σχετικά με φόρους άλλους από τους φόρους κύκλου εργασιών που επηρεάζουν την κατανάλωση βιομηχανοποιημένου καπνού<sup>11</sup>.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η λειτουργία της εσωτερικής αγοράς και, ταυτόχρονα, να διασφαλιστεί υψηλό επίπεδο προστασίας της δημόσιας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη

---

<sup>8</sup> Διαθέσιμο στο: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32009H1205\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32009H1205(01)) (Οκτώβριος 24, 2023)

<sup>9</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AL%3A1992%3A316%3ATOC> (Οκτώβριος 24, 2023)

<sup>10</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AL%3A1992%3A316%3ATOC> (Οκτώβριος 24, 2023)

<sup>11</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AL%3A1995%3A291%3ATOC> (Οκτώβριος 26, 2023)

ότι τα καπνικά προϊόντα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στην υγεία και ότι η Ένωση αποτελεί συμβαλλόμενο μέρος της σύμβασης-πλαίσιου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού (FCTC), απαιτούνται τροποποιήσεις στη φορολογική νομοθεσία της Ένωσης όσον αφορά τα καπνικά προϊόντα. Οι εν λόγω τροποποιήσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες των διαφόρων καπνικών προϊόντων.

Όσον αφορά τα τσιγάρα, οι κανονισμοί θα πρέπει να απλοποιηθούν προκειμένου να δημιουργηθούν ισότιμοι όροι ανταγωνισμού μεταξύ των κατασκευαστών, να μειωθεί η διάσπαση των αγορών καπνού και να δοθεί έμφαση στους στόχους για την προστασία της υγείας. Για τον σκοπό αυτό, η έννοια της δημοφιλέστερης κατηγορίας τιμών θα πρέπει να αντικατασταθεί. Η ελάχιστη τιμή που σχετίζεται με την τιμή θα πρέπει να αναφέρεται στον κατανεμημένο μέσο όρο τιμών λιανικής πώλησης, ενώ το ελάχιστο φορολογικό επίπεδο θα πρέπει να ισχύει για όλα τα τσιγάρα. Για τους ίδιους λόγους, ο κατανεμημένος μέσος όρος τιμών λιανικής πώλησης θα πρέπει να χρησιμεύσει ως αναφορά για τη μέτρηση της σημασίας του ειδικού φόρου κατανάλωσης στο πλαίσιο του συνολικού φορολογικού βάρους<sup>12</sup>.

Οι διακυμάνσεις στις τιμές και τα επίπεδα των ειδικών φόρων κατανάλωσης έχουν αναλυθεί ειδικά για τα τσιγάρα, που αποτελούν αναμφίβολα την πιο σημαντική κατηγορία προϊόντων καπνού, καθώς και για τον λεπτοκομμένο καπνό που χρησιμοποιείται για την κατασκευή τσιγάρων. Η ανάλυση αυτή αποκαλύπτει ότι συνεχίζουν να υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των κρατών μελών, οι οποίες ενδέχεται να δημιουργήσουν προβλήματα στην λειτουργία της εσωτερικής αγοράς. Η μεγαλύτερη σύγκλιση στα επίπεδα φορολογίας που ισχύουν στα κράτη μέλη θα συμβάλει στην μείωση της απάτης και του λαθρεμπορίου εντός της Ένωσης.

Η αυξημένη σύγκλιση θα συμβάλει επίσης στη διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας. Το επίπεδο της φορολογίας αποτελεί πραγματικά σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της τιμής των προϊόντων καπνού, που, από την πλευρά τους, επηρεάζουν τις καπνιστικές συνήθειες των καταναλωτών. Η απάτη και το λαθρεμπόριο υπονομεύουν τα επίπεδα τιμών που προκαλούνται από τη φορολογία, ιδίως στην περίπτωση των τσιγάρων και του λεπτοκομμένου καπνού που

---

<sup>12</sup> Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32010L0012> (Οκτώβριος 26, 2023)

χρησιμοποιείται για το στρίψιμο τσιγάρων, και ως αποτέλεσμα, θέτουν σε κίνδυνο την επίτευξη των στόχων ελέγχου του καπνού και προστασίας της υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη σύγκλιση και να μειωθεί η κατανάλωση, θα πρέπει επομένως να αυξηθούν τα ελάχιστα επίπεδα φορολογίας στην Ένωση για τα τσιγάρα και τον λεπτοκομμένο καπνό που προορίζεται για στρίψιμο τσιγάρων.

### 3.2.5. Μέτρα για την διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις για τη δημόσια υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Καθώς το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με σοβαρά προβλήματα υγείας και αυξημένο κίνδυνο ασθενειών, η ΕΕ έχει αναλάβει σημαντικά μέτρα για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επιδείξει αποφασιστικότητα στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα μέτρα που έχουν ληφθεί είναι η έκδοση της Οδηγίας 2014/40/ΕΕ, γνωστής ως "Οδηγία Περί Καπνού". Αυτή η οδηγία περιλαμβάνει αυστηρούς κανονισμούς για τη σήμανση και τη συσκευασία των καπνικών προϊόντων, περιορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο προωθούνται και πωλούνται. Επιπλέον, η Οδηγία καθορίζει υψηλά πρότυπα για την αποτροπή της προσέλκυσης νέων καπνιστών μέσω πακέτων καπνού, καθώς και μέτρα προώθησης της διακοπής του καπνίσματος.

Επιπροσθέτως, η ΕΕ υποστηρίζει ενεργά προγράμματα και πρωτοβουλίες για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλα τα κράτη μέλη. Περιλαμβάνονται δημόσιες εκστρατείες ευαισθητοποίησης, δωρεάν συμβουλευτικές υπηρεσίες για τους καπνιστές που επιθυμούν να σταματήσουν, και προγράμματα στήριξης για να βοηθήσουν τους εξαρτημένους από τον καπνό να απαλλαγούν από αυτήν τη συνήθεια (Enoy et al, 2019). Με αυτά τα μέτρα, η ΕΕ προσπαθεί να προαγάγει ένα υγιέστερο και καπνίσματος-ελεύθερο μέλλον για τους ευρωπαίους πολίτες.

Στο πλαίσιο αυτό, σε αρκετές χώρες, μια πρωτοβουλία που έχει κερδίσει έδαφος στην προσπάθεια για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η εφαρμογή της καμπάνιας "Quit and Win," με τη Φινλανδία να ξεχωρίζει ως μία από τις χώρες που έχουν υιοθετήσει αυτήν την πρωτοβουλία (Enoy et al, 2019). Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος, καπνιστές καλούνται να συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, το οποίο προσφέρει έναν ισχυρό κίνητρο για να εγκαταλείψουν το κάπνισμα. Ο στόχος



του προγράμματος είναι να παρέχει υποστήριξη στους καπνιστές και να τους ενθαρρύνει να σταματήσουν να καπνίζουν. Αυτό το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος προσφέρει μια διπλή ευκαιρία: αφενός, τη διακοπή του επιβλαβούς συνήθειας του καπνίσματος που επηρεάζει την υγεία τους, και αφετέρου, τη συμμετοχή σε κληρώσεις για διάφορα δώρα ως ανταμοιβή για την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος. Αυτή η προσέγγιση συνδυάζει την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας με τη δημιουργία ενός κίνητρου για τη διακοπή του καπνίσματος, και έχει αποτελέσει κίνητρο για πολλούς καπνιστές να αναλάβουν την πρόκληση της διακοπής του καπνίσματος (Enoy et al, 2019).

### 3.3. Πολιτικές κατά του Καπνίσματος στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, γνωστή για την μακρά ιστορία του καπνίσματος, αντιμετωπίζει προκλήσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας σχετικά με το κάπνισμα. Παρά την παράδοση και την πολιτισμική σημασία του τσιγάρου στην ελληνική κοινωνία, η χώρα αντιμετωπίζει την ανάγκη να λάβει σημαντικά μέτρα και να εφαρμόσει πολιτικές που θα περιορίσουν το κάπνισμα και θα προστατεύσουν τη δημόσια υγεία.

Η ελληνική νομοθεσία για τον περιορισμό της έκθεσης στο κάπνισμα ξεκίνησε το 1952, όταν εισήχθη η απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες συγκοινωνίες. Ωστόσο, αυτό το μέτρο δεν εφαρμόστηκε επαρκώς για αρκετά χρόνια. Στη συνέχεια, για περισσότερα από 25 χρόνια, δεν πραγματοποιήθηκε καμία σημαντική δράση σχετικά με τον περιορισμό του καπνίσματος. Το 1979 επεκτάθηκε η απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές, ενώ το 1980 εφαρμόστηκε στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Μετά την περίοδο της «περιόδου Δοξιάδη», δηλαδή της δεκαετίας του '70 με αρχές της δεκαετίας του '80, όπου οι περιοριστικές πολιτικές για τον καπνό οδήγησαν σε μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων, ακολούθησε περίοδος αύξησης της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων. Παράλληλα, τα μέτρα αυτά εφαρμόστηκαν περιορισμένα για αρκετά χρόνια, απαιτώντας την έκδοση δύο ακόμη υπουργικών αποφάσεων με το ίδιο περιεχόμενο, το 1993 και το 2002.

Τα κυριότερα νομοθετικά μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα αντανακλούν την προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στις ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37

και 2003/33. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι νομοθετικές ενέργειες που σχετίζονται με το θέμα του καπνίσματος στη χώρα.

**Πίνακας 1.** Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα

Έτος	Είδος/ αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κ.λπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	Ν 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας.
	Υ3/ΟΙΚ.4552	Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/ΕΚ.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/ΕΚ.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 – 2012. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ 40

Από το 2000 και μετά, η Ελλάδα επικεντρώθηκε στην εναρμόνιση της νομοθεσίας της με τις ευρωπαϊκές οδηγίες που αποσκοπούν στην προστασία της υγείας από τον καπνό. Μια σημαντική αλλαγή επήλθε το 2002 με την υιοθέτηση της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος στους κλειστούς δημόσιους χώρους, τα εστιατόρια και τις καφετέριες. Αυτό το μέτρο επέβαλε αυστηρούς περιορισμούς στην εσωτερική διακίνηση καπνού, σηματοδοτώντας ένα σημαντικό βήμα προς την προστασία της υγείας των πολιτών. Στη συνέχεια, το 2010 η Ελλάδα αναθεώρησε τη νομοθεσία της με βάση την Οδηγία 2001/37/ΕΚ, επιβάλλοντας αυστηρότερα περιοριστικά μέτρα

σχετικά με την προώθηση και την πώληση των προϊόντων καπνού, ενισχύοντας έτσι τον έλεγχο του καπνού (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα επέκτεινε την απαγόρευση του καπνίσματος σε πολλούς άλλους κλειστούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων των παιδικών χώρων και των αθλητικών εγκαταστάσεων (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Τα καπνιστικά προϊόντα υπόκεινται σε αυξημένους φόρους κατανάλωσης, προάγοντας την αύξηση των τιμών και τη μείωση της κατανάλωσης. Παράλληλα, εκσυγχρονίστηκε η νομοθεσία για την προειδοποίηση και τη σήμανση των προϊόντων καπνού, ενισχύοντας την ενημέρωση των καταναλωτών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος.

### 3.3.1. Μέτρα για τη διαφήμιση και προβολή του καπνίσματος

Η Ελλάδα, ως μία από τις χώρες που κατέχει υψηλά επίπεδα ενεργών καπνιστών στην ευρωπαϊκή κοινότητα, έχει αντιμετωπίσει την πρόκληση της διαφήμισης και προβολής του καπνίσματος με μεγάλη προσοχή και ανησυχία. Η διαφήμιση και η προβολή των προϊόντων καπνού αποτέλεσαν για δεκαετίες έναν από τους κύριους παράγοντες που συνέβαλαν στη διατήρηση και ενίσχυση των καπνιστικών συνηθειών στην κοινωνία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η χώρα ανταποκρίθηκε στην ανάγκη προστασίας της δημόσιας υγείας και της καταπολέμησης του καπνίσματος με δραστικά μέτρα που στοχεύουν στον περιορισμό και την απαγόρευση της διαφήμισης και προβολής του καπνίσματος.

Τα μέτρα που έχουν ληφθεί στην Ελλάδα για τον περιορισμό της διαφήμισης και προβολής του καπνίσματος έχουν αποτελέσει σημαντικό μέρος της συνολικής προσπάθειας για τον έλεγχο του καπνίσματος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Αυτά τα μέτρα συμβάλλουν στον περιορισμό της επίδρασης της διαφήμισης στη διαμόρφωση των καπνιστικών συνηθειών, καθώς και στη μείωση του καπνίσματος στην κοινωνία. Τα κύρια μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα σχετικά με τη διαφήμιση και προβολή του καπνίσματος είναι (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008):

- I. Απαγόρευση της διαφήμισης του καπνίσματος: Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, απαγορεύεται η διαφήμιση των προϊόντων καπνού σε οποιοδήποτε μέσο μαζικής ενημέρωσης, όπως τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδες,

περιοδικά, καθώς και σε ιστοσελίδες και κοινωνικά δίκτυα. Επίσης, απαγορεύεται η χορηγία καπνού σε καθετί πολιτιστικής ή αθλητικής εκδήλωσης, όπως μουσικά φεστιβάλ και αθλητικούς αγώνες.

- II. Αναφορά των κινδύνων του καπνίσματος: Στα προϊόντα καπνού πρέπει να υπάρχουν προειδοποιητικές εικόνες και μηνύματα για τους κινδύνους του καπνίσματος. Αυτά τα στοιχεία αποσκοπούν στην ενημέρωση των καταναλωτών για τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα και την αναστολή της καπνιστικής συνήθειας.
- III. Περιορισμοί στον τόπο πώλησης: Απαγορεύονται οι πωλήσεις προϊόντων καπνού σε περιοχές που απευθύνονται σε ανηλίκους, όπως παιδικά πάρκα και σχολεία. Επίσης, υπάρχουν περιορισμοί ως προς τον τρόπο έκθεσης των προϊόντων στα σημεία πώλησης.

Τα παραπάνω μέτρα αποτελούν μέρος της ευρύτερης προσπάθειας για την προστασία της υγείας και τη μείωση του καπνίσματος στην ελληνική κοινωνία. Παρά τις προκλήσεις που υπάρχουν, η χώρα συνεχίζει να εφαρμόζει και να ενισχύει αυτά τα μέτρα με στόχο την εξάλειψη του καπνίσματος και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

### 3.3.2. Περιορισμοί στην πώληση καπνού

Οι περιορισμοί στην πώληση καπνού αποτελούν σημαντικό τμήμα των πολιτικών που έχουν υιοθετηθεί στην Ελλάδα, με στόχο τον έλεγχο του καπνίσματος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Οι περιορισμοί αυτοί έχουν στοχεύσει τη μείωση της διαθεσιμότητας του καπνού, την πρόληψη της πώλησης σε ανηλίκους και την ενημέρωση των καταναλωτών για τους κινδύνους του καπνίσματος. Επιπλέον, έχουν επηρεάσει την αντίληψη και τις συνήθειες των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα. Από την αυστηρή ρύθμιση της διαφήμισης μέχρι την επιβολή φόρων και δασμών, οι περιορισμοί στην πώληση καπνού αποτελούν σημαντικό μέσο για τη μείωση του καπνίσματος και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα, υπάρχουν αυστηροί περιορισμοί που αφορούν την πώληση καπνικών προϊόντων. Ορισμένοι από αυτούς ισχύουν πλήρως, συμπεριλαμβανομένης της πώλησης προϊόντων καπνού χωρίς άδεια και της πώλησης μεμονωμένων τσιγάρων εκτός συσκευασίας. Αυτά τα μέτρα έχουν ως στόχο την περιορισμένη και ελεγχόμενη διάθεση των καπνικών προϊόντων, προάγοντας τη συμμόρφωση προς τη νομοθεσία.

Ωστόσο, υπάρχουν επίσης μέρη όπου οι περιορισμοί είναι πιο περιορισμένοι, όπως η πώληση προϊόντων καπνού στα καταστήματα duty-free και η δωρεάν διανομή δειγμάτων (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Αυτά τα μέτρα έχουν ως σκοπό την περιορισμένη διάθεση καπνικών προϊόντων σε ορισμένες περιπτώσεις, παράλληλα όμως δίνοντας την ελευθερία σε κάποιες πτυχές της αγοράς. Συγκεκριμένα, οι αυτόματες μηχανές πώλησης, η εξ αποστάσεων πώληση και η πώληση μέσω διαδικτύου δεν υπόκεινται σε απαγορεύσεις, επιτρέποντας την πρόσβαση των καταναλωτών σε καπνικά προϊόντα με αυτοματοποιημένους τρόπους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Επίσης, η πώληση σε καταστήματα self-service διατηρείται χωρίς περιορισμούς, παρά τον αυξανόμενο έλεγχο στη διάθεση των καπνικών προϊόντων (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

### 3.3.3. Επισήμανση και προειδοποιητικές επιγραφές

Η επισήμανση και οι προειδοποιητικές επιγραφές πάνω στα προϊόντα καπνού αποτελούν κρίσιμο στοιχείο της νομοθεσίας για τον έλεγχο του καπνίσματος στην Ελλάδα. Αυτές οι επιγραφές δεν παρέχουν απλώς πληροφορίες για την προέλευση και τον κίνδυνο των καπνικών προϊόντων, αλλά αποτελούν έναν ισχυρό τρόπο να προειδοποιήσουν τους καταναλωτές για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα.

Με την απόφαση ΚΥΑ 266/2003, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει τις υποχρεωτικές διατάξεις που προβλέπονται στην οδηγία 2001/37/EK, σχετικά με την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Αυτές οι διατάξεις περιλαμβάνουν απαιτήσεις για τη σήμανση και την παρουσίαση των καπνικών προϊόντων και έχουν σκοπό να ενημερώνουν τους καταναλωτές σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα.

Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι δεν έχουν εφαρμοστεί οι προαιρετικές διατάξεις της οδηγίας, όπως η χρήση μεγαλύτερων προειδοποιητικών επιγραφών, φωτογραφιών και διαγραμμάτων στα πακέτα καπνού (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Αυτό σημαίνει ότι η Ελλάδα περιορίζεται στην εφαρμογή των υποχρεωτικών προδιαγραφών της οδηγίας, χωρίς να υιοθετεί τα πρόσθετα μέτρα που προβλέπονται ως προαιρετικά. Αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα

των προειδοποιήσεων και των μέτρων για τον έλεγχο του καπνίσματος, αφού η χρήση πιο εντυπωσιακών γραφικών και φωτογραφιών μπορεί να ενισχύσει ακόμη περισσότερο την προειδοποίηση των καταναλωτών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος.

#### 3.3.4. Πληροφόρηση του πληθυσμού και αγωγή υγείας για το κάπνισμα

Η πληροφόρηση του πληθυσμού και η εκπαίδευση σχετικά με τον κίνδυνο του καπνίσματος και τις πιθανές συνέπειές του αποτελούν ζωτικά στοιχεία σε κάθε προσπάθεια για τον έλεγχο του καπνίσματος και την προστασία της δημόσιας υγείας. Είναι μία διαδικασία που στοχεύει στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, αλλά και στην προώθηση της αποτροπής της εθιστικής συνήθειας του καπνίσματος.

Σχετικά με τις πρωτοβουλίες για την πληροφόρηση και την αγωγή υγείας στην Ελλάδα, παρατηρείται η ύπαρξη κάποιας δραστηριότητας, αλλά υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση και επέκταση των προσπαθειών. Οι δράσεις που αναφέρονται περιλαμβάνουν την αποσπασματική πληροφόρηση και αγωγή υγείας στα σχολεία, καθώς και την ευκαιριακή ενημέρωση των ασθενών από τις μονάδες υγείας.

Παράλληλα, παρατηρείται έλλειψη οργανωμένων δράσεων σε δύο κρίσιμους τομείς: τις μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης και την πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Οι μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης αποτελούν σημαντικό μέσο για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος και την προώθηση της διακοπής της συνήθειας. Επιπλέον, η πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας των εργαζομένων και την δημιουργία υγιεινών εργασιακών περιβαλλόντων.

Επομένως, η Ελλάδα πρέπει να ενισχύσει τις προσπάθειές της στην πληροφόρηση και αγωγή υγείας, ενδυναμώνοντας τις μαζικές καμπάνιες και προωθώντας προγράμματα πληροφόρησης και εκπαίδευσης σε σχολεία και χώρους εργασίας. Αυτές οι πρωτοβουλίες μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στον έλεγχο του καπνίσματος και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

### 3.3.5. Προγράμματα και πολιτικές πρόληψης για το κάπνισμα

Η πρόληψη του καπνίσματος αποτελεί καίρια πτυχή της πολιτικής υγείας που αφορά την αντιμετώπιση των καπνιστικών συνηθειών και των σοβαρών επιπτώσεών τους στη δημόσια υγεία. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία είναι ευρέως αναγνωρισμένες, περιλαμβάνοντας ασθένειες όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και αναπνευστικά προβλήματα. Επιπλέον, το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την δημόσια υγεία, καθώς επηρεάζει τόσο τους ενεργούς καπνιστές όσο και τα περιβάλλοντα άτομα που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα.

Η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά σε διεθνείς πολιτικές πρωτοβουλίες σχετικά με τον έλεγχο του καπνίσματος. Έχει υπογράψει τη Διεθνή Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού, προσφέροντας έτσι τη στήριξή της στην κοινότητα των κρατών που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την παγκόσμια επιδημία του καπνίσματος (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Επίσης, ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα συμμετέχει στην υλοποίηση των αντίστοιχων αντικαπνιστικών πολιτικών που έχουν θεσπιστεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Παρόλα αυτά, παρατηρείται περιορισμένη δραστηριότητα όσον αφορά τη συμμετοχή σε πρωτοβουλίες όπως οι "Υγιείς Πόλεις" και "Υγιείς Περιφέρειες," που θα μπορούσαν να προωθήσουν περαιτέρω την υγεία των πολιτών μέσα από πρωτοβουλίες πρόληψης και ενημέρωσης (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Αυτό μπορεί να αποτελεί αντικείμενο αναζήτησης βελτιωμένων διαδικασιών συνεργασίας σε επίπεδο περιφερειών και τοπικών αρχών, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή και η συνεργασία σε αντικαπνιστικές πρωτοβουλίες που αφορούν τη δημόσια υγεία σε τοπικό επίπεδο.

### 3.3.6. Διακοπή καπνίσματος

Η επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καπνισμός αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για πολλές χρόνιες ασθένειες και τον πρόωρο θάνατο. Γι' αυτό, πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, έχουν εφαρμόσει σημαντικά μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος και την προώθηση της υγιεινής ζωής. Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές εκστρατείες, υποστήριξη

των ατόμων που επιθυμούν να σταματήσουν να καπνίζουν, καθώς και νομοθετικά μέτρα που περιορίζουν τον τρόπο και τον τόπο καπνίσματος.

Πράγματι, υπάρχουν ενδεικτικές αλλά αποσπασματικές προσπάθειες που αποσκοπούν στην ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος, όπως παρεμβάσεις και συμβουλευτικές υπηρεσίες, καθώς και μονάδες διακοπής καπνίσματος που λειτουργούν σε μεμονωμένες μονάδες υγείας. Εντούτοις, δεν υπάρχει συστηματική δραστηριότητα ή πλήρης ενσωμάτωση αυτών των πρωτοβουλιών σε ευρύτερα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος.

Συγκεκριμένα, λείπει η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, και δεν έχουν αναπτυχθεί ευρέως ιατρεία διακοπής καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Επίσης, δεν υπάρχει επαρκής δραστηριότητα από τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στον τομέα της αντικαπνιστικής προώθησης και πρόληψης. Επιπλέον, δεν διατίθενται φαρμακευτικά σκευάσματα ανεξάρτησης από το ταμείο, και δεν υπάρχουν διαθέσιμες τηλεφωνικές γραμμές αυτοβοήθειας ή προγράμματα βοήθειας μέσω του διαδικτύου για όσους επιθυμούν να σταματήσουν να καπνίζουν. Επιπλέον, η ελληνική κυβέρνηση δεν έχει ενταχθεί σε παγκόσμια αντικαπνιστικά προγράμματα όπως το πρόγραμμα "Quit and Win" (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).





#### 4. Το κάπνισμα στην Ελλάδα: Στατιστικά στοιχεία για την κατανάλωση καπνού, τη θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής

Στο πεδίο της δημόσιας υγείας, η κατανάλωση καπνού παραμένει μια επίμονη και τρομερή πρόκληση. Το κάπνισμα, μια βαθιά εδραιωμένη συνήθεια που επηρεάζει εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, έχει βαθιές επιπτώσεις τόσο στην ατομική υγεία όσο και στην ευρύτερη κοινωνική ευημερία. Τα πρότυπα κατανάλωσης καπνού και οι συναφείς συνέπειές τους έχουν αποτελέσει αντικείμενο βαθιάς ανησυχίας σε διεθνή κλίμακα. Η διαπιστωμένη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και ενός φάσματος αντιξοοτήτων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, των αναπνευστικών διαταραχών και των διαφόρων κακοηθειών, υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης αυτής της κρίσης δημόσιας υγείας. Παρά την εκτεταμένη έρευνα και τις συνεχιζόμενες εκστρατείες για τη δημόσια υγεία που τονίζουν τους κινδύνους του καπνίσματος, η γοητεία αυτής της εθιστικής συνήθειας παραμένει, με βαθιές συνέπειες.

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πτυχές της παγκόσμιας επιδημίας καπνίσματος έγκειται στις έντονες ανισότητες που παρατηρούνται από το ένα έθνος στο άλλο. Ενώ ορισμένες χώρες έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στον περιορισμό των ποσοστών καπνίσματος και της σχετικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, άλλες συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα χρήσης καπνού και το συνακόλουθο βάρος της δημόσιας υγείας.

Η Ελλάδα χρησιμεύει ως αξιοσημείωτη απεικόνιση σε αυτό το παγκόσμιο πανόραμα. Φημισμένη για τη μακροχρόνια πολιτιστική της σχέση με τον καπνό, η Ελλάδα έχει ιστορικά εμφανιστεί εξέχουσα θέση στην καλλιέργεια και κατανάλωση προϊόντων καπνού. Αυτή η μοναδική πολιτιστική κληρονομιά, μαζί με τα εξελισσόμενα κοινωνικά πρότυπα και την οικονομική δυναμική, έχει δημιουργήσει ένα ξεχωριστό τοπίο καπνού. Είναι ένα έθνος όπου τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με την επικράτηση του καπνίσματος, τους θανάτους που σχετίζονται με το κάπνισμα και το προσδόκιμο ζωής συνθέτουν μια περίπλοκη αφήγηση που δικαιολογεί διεξοδική έρευνα.

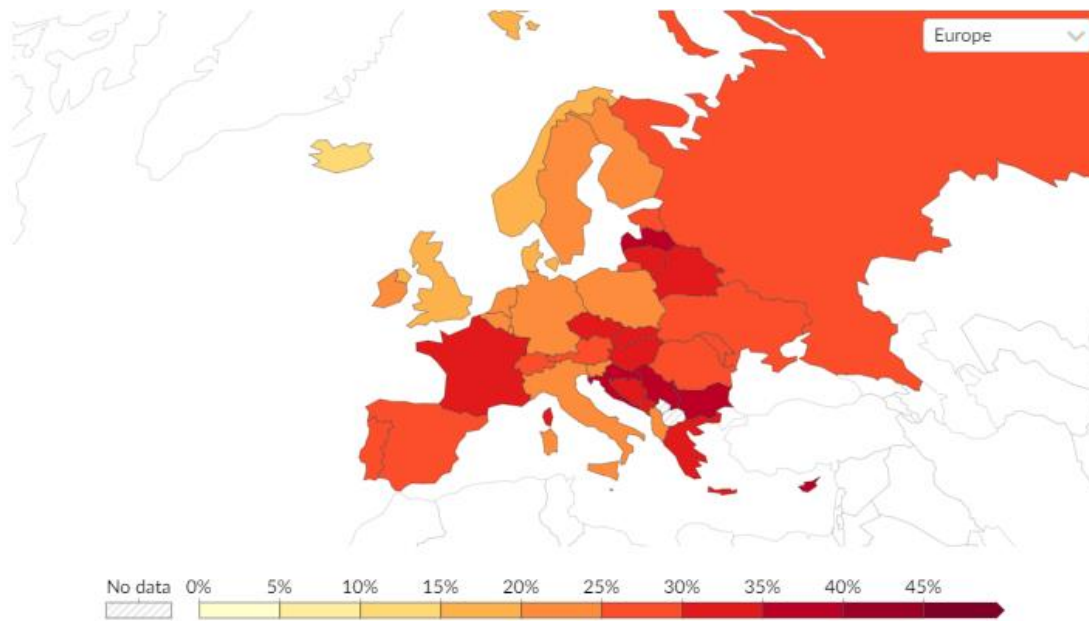
Οι έρευνες που εξετάζουν στατιστικούς πίνακες που περιλαμβάνουν τα ποσοστά καπνίσματος, τη θνησιμότητα που αποδίδεται στο κάπνισμα και τις αλλαγές στο προσδόκιμο ζωής, αποκαλύπτουν την πολύπλευρη δυναμική του φαινομένου του

καπνίσματος. Με αυτόν τον τρόπο στοχεύει να αποσαφηνίσει την παράδοξη φύση του καπνίσματος - μια φαινομενικά προσωπική επιλογή που αντηχεί σε όλες τις κοινωνίες, που εκδηλώνεται σε μια σειρά από στατιστικές τάσεις που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία ολόκληρων πληθυσμών..

#### 4.1. Στατιστικά δεδομένα για τον κάπνισμα

Περίπου το ένα τέταρτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού καταναλώνει καπνό. Ωστόσο, όλες οι χώρες δεν καταναλώνουν καπνό με την ίδια συχνότητα. Αναλυτικότερα, εξετάζοντας τον Χάρτη 1, μπορούμε να παρατηρήσουμε το ποσοστό των ενηλίκων ηλικίας 15 ετών και άνω που είναι καπνιστές. Αρκετά έθνη έχουν πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού τους που καταναλώνει καπνό. Αυτές οι περιοχές με υψηλό ποσοστό καπνίσματος τείνουν να συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένες περιοχές, όπως η Νοτιοανατολική Ασία, τα νησιά του Ειρηνικού και ορισμένα μέρη της Ευρώπης. Αναφορικά με την Ευρώπη, το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης καπνού συναντάται στην Σερβία (39,8%), στην Βουλγαρία (39%), στην Λετονία (37%), στην Βοσνία και Ερζεγοβίνη (35%) και στην Ελλάδα (33,5%). Αντίθετα, το χαμηλότερο ποσοστό κατανάλωσης καπνού συναντάται στο Ηνωμένο Βασίλειο (15,4%), στην Νορβηγία (16,2%) και στην Δανία (17,5%).

**Χάρτης 1. Ποσοστό ενηλίκων που καπνίζουν, 2020**



*Πηγή:* Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

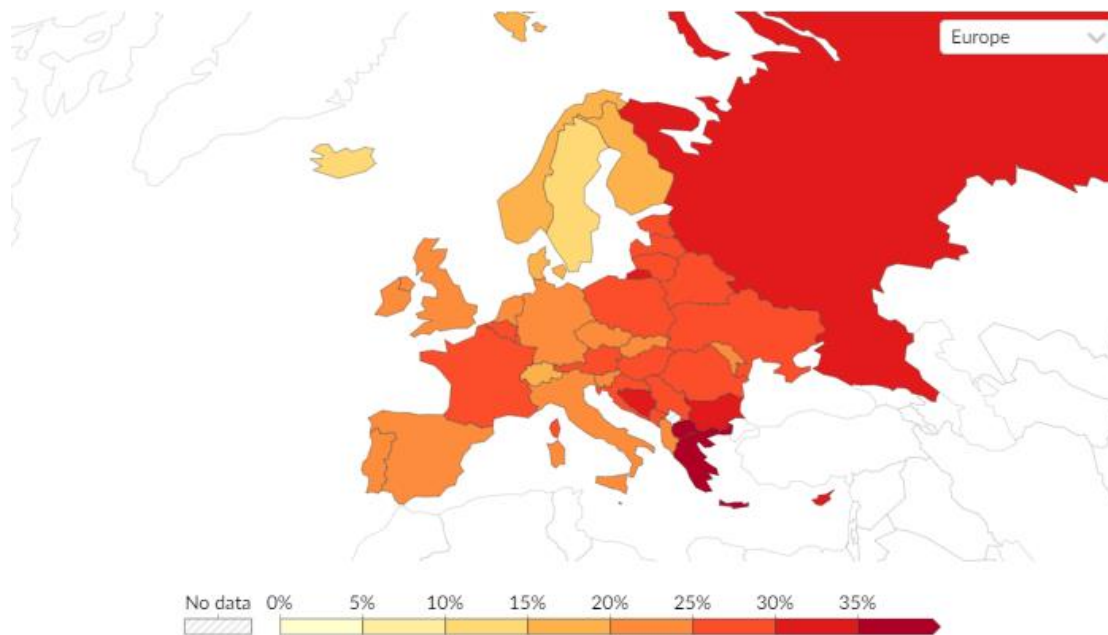
Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στη διακύμανση των ποσοστών καπνίσματος. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι το επίπεδο εισοδήματος. Πράγματι, η σχέση μεταξύ καπνίσματος και φτώχειας είναι εμφανής σε όλα τα επίπεδα. Πρώτον, οι άνθρωποι από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα τείνουν να καπνίζουν περισσότερο (Hosseinpoor et al., 2012). Επιπλέον, ο κίνδυνος να αρχίσει ένα νέο άτομο να καπνίζει είναι μεγαλύτερος στις λιγότερο προνομιούχες ομάδες (ΕΟΔΥ, 2020)<sup>13</sup>. Αντίστοιχα, τα ποσοστά διακοπής είναι χαμηλότερα στις φτωχότερες ομάδες και σε όσους ζουν σε κοινωνικά μειονεκτούσες περιοχές (Bauld, Judge & Platt, 2007). Είναι προφανές ότι οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες του καπνίσματος μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των χωρών και ότι ενώ οι ανισότητες στην υγεία σχεδόν πάντα υπάρχουν εντός των χωρών, το μέγεθος της ανισότητας μπορεί να διαφέρει πολύ μεταξύ των χωρών (Mackenbach et al., 2008).

Στον Χάρτη 2 παρουσιάζεται ο αριθμός των ανθρώπων που καπνίζουν καθημερινά στην Ευρώπη. Βλέπουμε ότι το καθημερινό κάπνισμα είναι πιο κοινό σε όλη την Ευρώπη – περισσότερο από το 20% των ενηλίκων στις περισσότερες χώρες σε αυτές τις περιοχές καπνίζουν καθημερινά. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καθημερινών καπνιστών παρατηρούνται στην Βόρεια Μακεδονία (36,9%), την Ελλάδα (35,5%) και την

<sup>13</sup> Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020). ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΟΔΥ. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/kapnisma.pdf>

Βουλγαρία (32,3%). Στην Ελλάδα, πάνω από το 20% των συνολικών θανάτων οφείλεται σε ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, φτάνοντας τους 22.700 ετησίως<sup>14</sup>. Επιπλέον, το κάπνισμα επιβάλλει βαρύ οικονομικό βάρος στην Ελλάδα, με το συνολικό οικονομικό κόστος να φτάνει τα 6,88 δισ. ευρώ (Κοροναίου & Delipalla, 2019).

**Χάρτης 2.** Ποσοστό ατόμων που καπνίζουν καθημερινά, 2012



Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

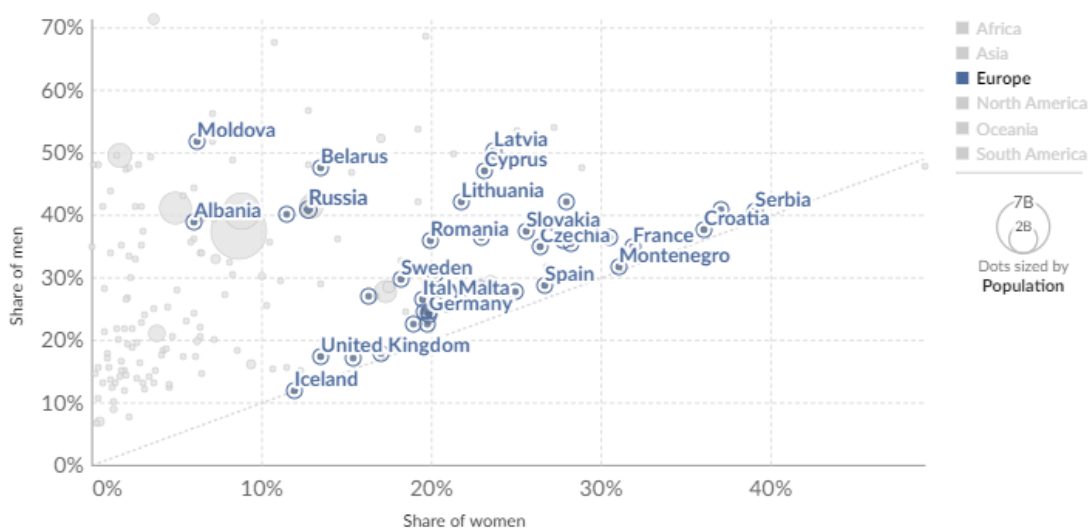
Αν και πολλές μελέτες έχουν δείξει υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος στην Ελλάδα (Νάνου, Σαρίδη, & Σουλιώτης, 2015; Κωνσταντινίδης, Σκανδαλάκη & Κριτσωτάκης, 2014; Sotiropoulos et al., 2003), πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης, έδειξαν ότι κατά την τελευταία δεκαετία υπήρξε μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό (Rachiotis et al., 2017). Στο πλαίσιο αυτό, ο συνολικός αριθμός των νομίμως φορολογούμενων τσιγάρων στην Ελλάδα ακολούθησε παράλληλη πτωτική τάση, από 35,1 δισεκατομμύρια το 2007 σε 17,9 δισεκατομμύρια το 2016, παρουσιάζοντας

<sup>14</sup> The Tobacco Atlas. (2022). Prevalence. Διαθέσιμο στο: <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/>

εντυπωσιακή μείωση 49% (Demi et al., 2018). Η πρωτική τάση είναι θετικός παράγοντας και πρέπει να επανεξεταστεί σε αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Επιπλέον, υπάρχει μια αξιοσημείωτη διαφορά στην επικράτηση του καπνίσματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναλυτικότερα, περίπου ένας στους τέσσερις ενήλικες παγκοσμίως καπνίζει, με σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων. Οι παγκόσμιες στατιστικές δείχνουν ότι πάνω από το ένα τρίτο των ανδρών σε όλο τον κόσμο είναι καπνιστές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες είναι λιγότερο από έναν στους δέκα. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1, σε όλα σχεδόν τα έθνη στην Ευρώπη, ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών συμμετέχει στο κάπνισμα. Αυτό απεικονίζεται οπτικά, με την επικράτηση των ανδρών καπνιστών να εμφανίζεται στον κατακόρυφο άξονα και των γυναικών καπνιστών στον οριζόντιο άξονα σε μια γραφική παράσταση. Στην πλοκή, μια γκριζα γραμμή χρησιμεύει ως δείκτης ισότητας στην επικράτηση του καπνίσματος: χώρες όπου το κάπνισμα είναι πιο διαδεδομένο στους άνδρες θα εμφανίζονται πάνω από αυτή τη γραμμή, ενώ εκείνες όπου καπνίζουν περισσότερες γυναίκες θα πέφτουν κάτω από αυτήν. Τα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η πλειονότητα των χωρών βρίσκεται πάνω από τη γκριζα γραμμή, υποδηλώνοντας υψηλότερο επιπολασμό του καπνίσματος στους άνδρες. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα το ποσοστό των αντρών που καπνίζει είναι 36,5% ενώ των γυναικών είναι 30,5%.

**Διάγραμμα 1.** Ποσοστό καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες, 2020

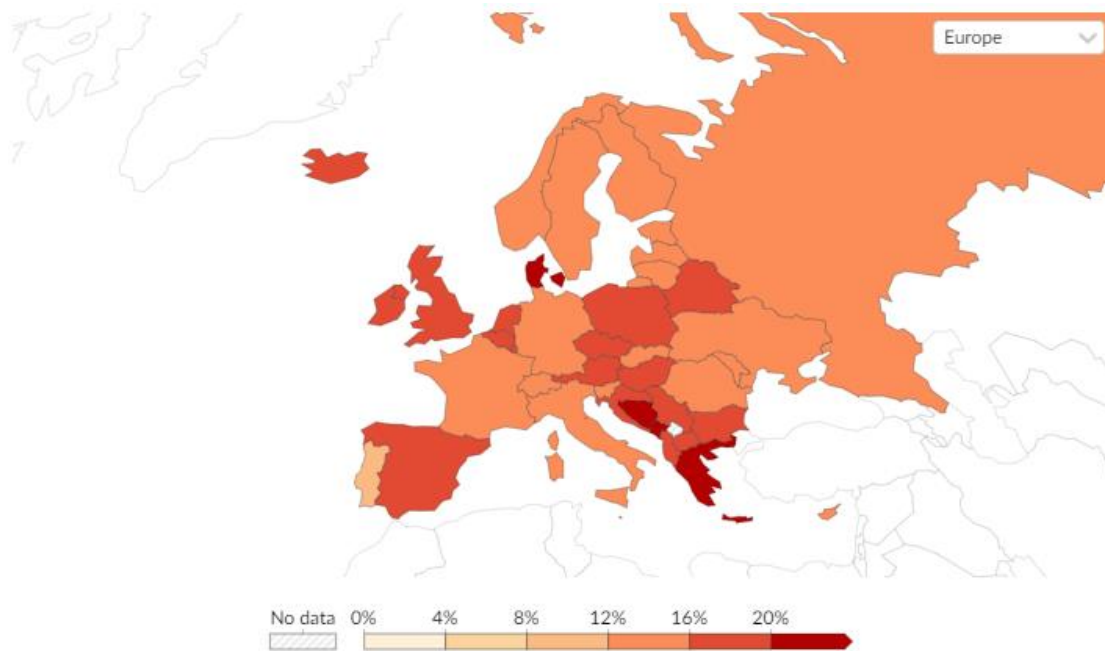


Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

Γενικά, οι άνδρες τείνουν να χρησιμοποιούν όλα τα προϊόντα καπνού σε υψηλότερη συχνότητα από τις γυναίκες. Το 2015, το 16,7 τοις εκατό των ενηλίκων ανδρών και το 13,6 τοις εκατό των ενηλίκων γυναικών κάπνιζαν τσιγάρα (Mills et al., 2012). Τέτοιες διαφορές μπορεί να σχετίζονται με έναν συνδυασμό φυσιολογικών (ιδιαίτερα ορμονών των ωοθηκών), πολιτισμικών και συμπεριφορικών παραγόντων (Pascual et al., 2016). Αποτελέσματα από μελέτες νευροαπεικόνισης υποδηλώνουν ότι το κάπνισμα ενεργοποιεί τις οδούς ανταμοιβής των ανδρών περισσότερο από τις γυναίκες (Chang et al., 2015). Αυτό το εύρημα συνάδει με την ιδέα ότι οι άντρες καπνίζουν για τις ενισχυτικές επιδράσεις της νικοτίνης, ενώ οι γυναίκες καπνίζουν για να ρυθμίσουν τη διάθεση ή ως απόκριση σε ενδείξεις που σχετίζονται με το τσιγάρο. Άλλες εργασίες σχετικά με την αποχή διαπίστωσαν ότι το κάπνισμα ενός τσιγάρου με νικοτίνη, σε σύγκριση με ένα τσιγάρο χωρίς νικοτινίνη, ανακούφισε τα συμπτώματα της στέρησης και της αρνητικής διάθεσης σε μεγαλύτερο βαθμό στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Lerman et al., 2015). Οι γυναίκες έλαβαν την ίδια ανακούφιση από τα τσιγάρα με και χωρίς νικοτίνη, υποδηλώνοντας ότι βρήκαν το φάρμακο λιγότερο ωφέλιμο από τους άνδρες (Lerman et al., 2015).

Σε πολλές χώρες, μεγάλο ποσοστό θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα. Στον Χάρτη 3, βλέπουμε το μερίδιο των θανάτων που αποδίδεται στο άμεσο κάπνισμα στην Ευρώπη. Σε πολλές χώρες, όπως το Μαυροβούνιο (23,4%), την Ελλάδα (22,6%) και την Δανία (22,5%) αυτό το μερίδιο είναι σημαντικό.

**Χάρτης 3. Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα, 2019**

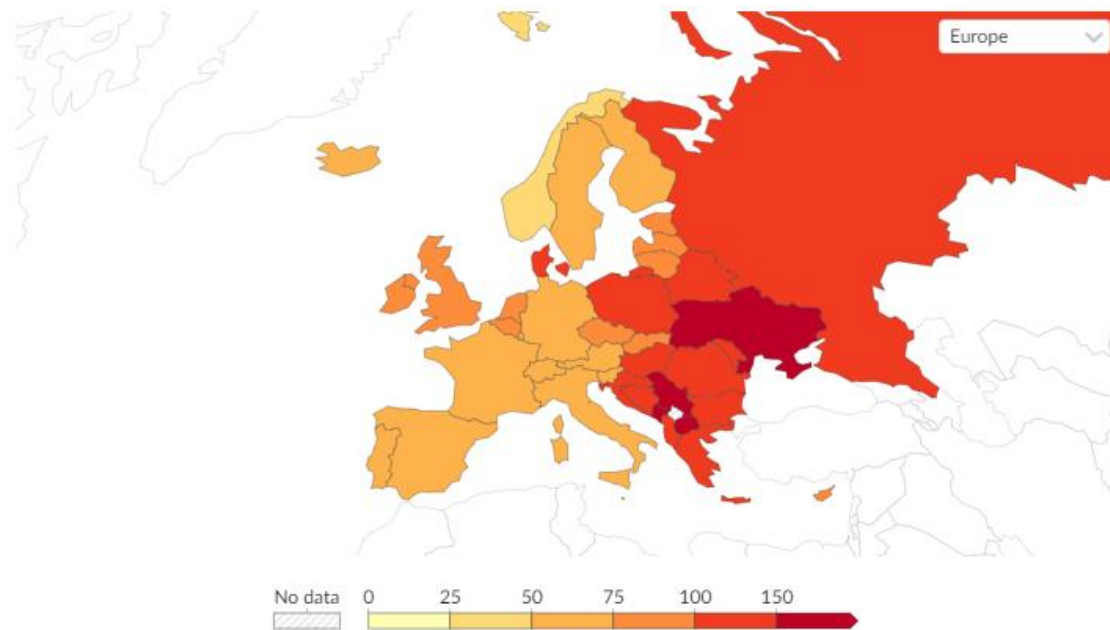


Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

Στον Χάρτη 4 παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων από το κάπνισμα στην Ευρώπη. Τα ποσοστά θανάτων μετρούν τον αριθμό των πρόωρων θανάτων από το κάπνισμα ανά 100.000 άτομα σε μια δεδομένη χώρα ή περιοχή. Βλέπουμε μεγάλες διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας στις χώρες της Ευρώπης, με την Νότια Ευρώπη να εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων από το κάπνισμα σε σύγκριση με την Βόρεια Ευρώπη. Η Ελλάδα έχει 107 θανάτους ανά 100.000 άτομα, το οποίο είναι αρκετά μεγάλο σε σχέση με το σύνολο της Ευρώπης. Στο πλαίσιο αυτό, όταν εξετάζουμε την κατανομή των θανάτων από το κάπνισμα ανά ηλικία, βλέπουμε ότι επηρεάζονται κυρίως οι ηλικιωμένοι πληθυσμοί.



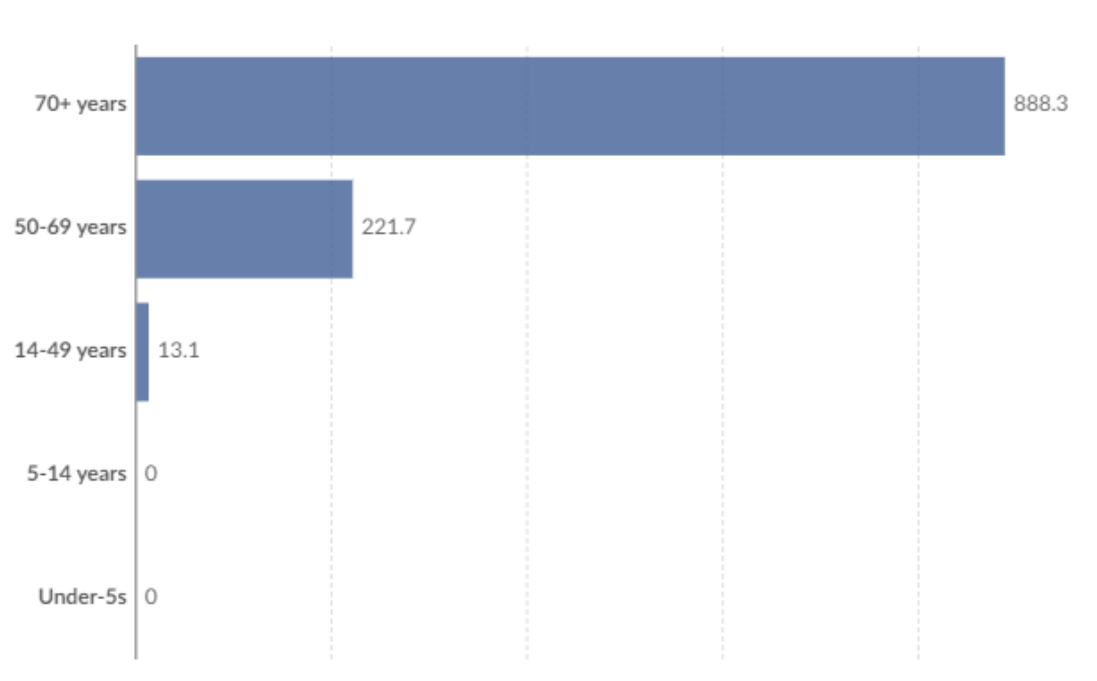
**Χάρτης 4.** Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα, 2019



Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

Στο Σχήμα 1 παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων από το κάπνισμα ανά ηλικιακή κατηγορία και το μερίδιο των ετήσιων θανάτων που συμβαίνουν σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Αυτό που παρατηρούμε είναι πως τα ποσοστά θανάτου από το κάπνισμα είναι πολύ υψηλότερα σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, ακολουθούμενα από τα άτομα ηλικίας 50 έως 69 ετών. Γενικότερα, η χρήση καπνού στους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία για τη δημόσια υγεία, οι οποίοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παρενεργειών που σχετίζονται με τη μακροχρόνια χρήση καπνού. Το κάπνισμα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο γνωστικής εξασθένησης και άνοιας σε ηλικιωμένους και έχει επίσης συνδεθεί με πολλές αισθητηριακές αναπηρίες, καθώς και με απώλεια λειτουργικότητας, κινητικότητα και ανεξαρτησίας (Allen et al., 2015). Επιπλέον, σχετίζεται με ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, όπως η οστεοπόρωση και ο καρκίνος του μαστού (Shiffman et al., 2014). Τέλος, η διακοπή του καπνίσματος είναι πιο δύσκολη με την προχωρημένη ηλικία λόγω σημαντικής και παρατεταμένης εξάρτησης από τη νικοτίνη (Λιοζίδου, 2016).

**Σχήμα 1.** Ποσοστό θανάτων από το κάπνισμα ανά ηλικία, 2019



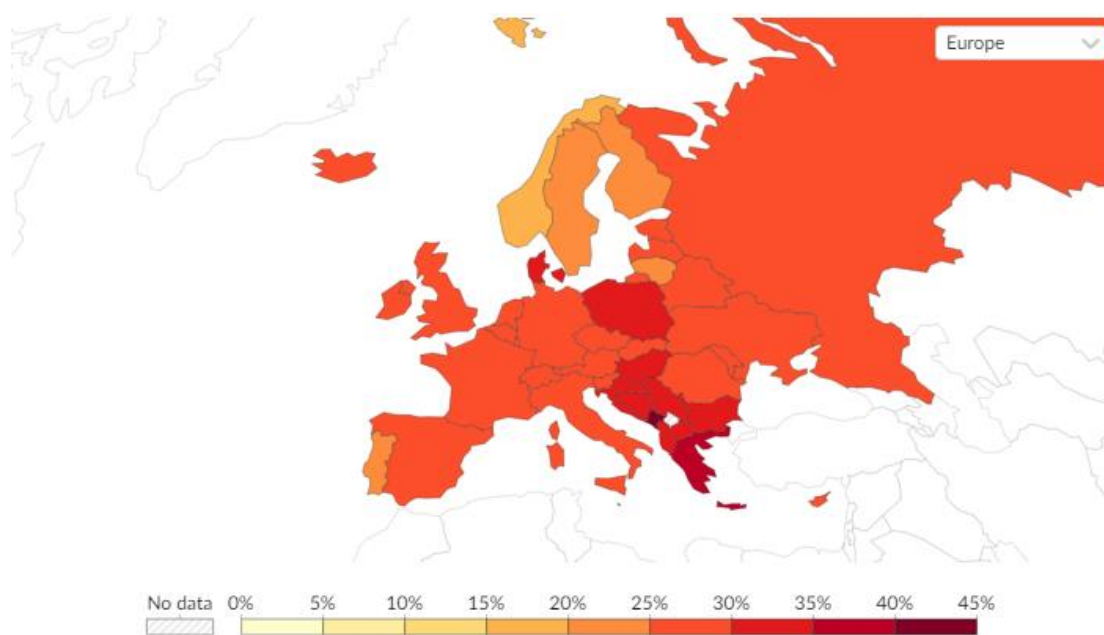
Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

Ο καρκίνος, ένας τρομερός αντίπαλος της ανθρώπινης υγείας, έχει στοιχίσει αμέτρητες ζωές και αποτελεί επίμονη πρόκληση για την ιατρική επιστήμη και τις προσπάθειες δημόσιας υγείας. Μέσα στον πολύπλοκο ιστό των παραγόντων που συμβάλλουν στον καρκίνο, ξεχωρίζει ένας ύπουλος ένοχος – το κάπνισμα. Το κάπνισμα έχει από καιρό αναγνωριστεί ως η κύρια αιτία θανάτων που μπορούν να προληφθούν παγκοσμίως και η καταστροφική του επίδραση εκτείνεται πολύ πέρα από τις πιο εμφανείς αναπνευστικές ασθένειες σε έναν σιωπηλό αλλά θανατηφόρο ρόλο στη σφαίρα του καρκίνου.

Ο καρκίνος, που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη κυτταρική ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό, εξακολουθεί να αποτελεί τρομερή πρόκληση για την παγκόσμια δημόσια υγεία. Ανάμεσα στους πολυπαραγοντικούς καθοριστικούς παράγοντες που αποτελούν τη βάση της ογκογόνου διαδικασίας, το κάπνισμα αναδεικνύεται ως ένας σημαντικός και παράγοντας κινδύνου (Παπανάκου, Νικητάκης & Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου, 2013). Ενώ οι κίνδυνοι του καπνίσματος είναι γνωστοί εδώ και δεκαετίες, είναι απαραίτητο να επανεξετάσουμε αυτό το θέμα με νέα μάτια, δεδομένου του συνεχώς εξελισσόμενου τοπίου της χρήσης καπνού και των συνεπειών του. Εξετάζοντας τα τελευταία ερευνητικά ευρήματα, τα επιδημιολογικά δεδομένα και τις

αναδυόμενες τάσεις, στοχεύουμε να ζωγραφίσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα του ποσοστού των θανάτων από καρκίνο που αποδίδεται στο κάπνισμα, τόσο παγκοσμίως όσο και σε συγκεκριμένες περιοχές. Μέσω αυτής της εξερεύνησης, επιδιώκουμε να υπογραμμίσουμε τον επείγοντα χαρακτήρα των συνεχιζόμενων προσπαθειών για την καταπολέμηση του καπνίσματος και τις καταστροφικές επιπτώσεις του στη θνησιμότητα από καρκίνο. Στον Χάρτη 5 παρουσιάζεται το ποσοστό θανάτων από καρκίνο που μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου το ένα τέταρτο των θανάτων από καρκίνο αποδίδεται στο κάπνισμα. Στην Ευρώπη παρατηρούμε πως τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στο Μαυροβούνιο (40,9%) και στην Ελλάδα (35,6%). Η κατανόηση του ρόλου του καπνίσματος στην αιτιολογία του καρκίνου δεν είναι απλώς μια ακαδημαϊκή άσκηση, αλλά είναι ένα κρίσιμο βήμα προς την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων στην πολιτική υγειονομικής περίθαλψης, τις πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία και τις ατομικές επιλογές τρόπου ζωής.

**Χάρτης 5.** Μερίδιο θανάτων από καρκίνο που αποδίδεται στη χρήση καπνού, 2019



Πηγή: Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

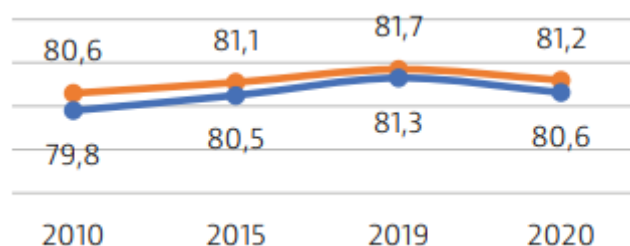
Το προσδόκιμο ζωής, μια βασική μέτρηση της συνολικής υγείας και ευημερίας ενός έθνους, είναι ένα απαραίτητο κριτήριο για την αξιολόγηση της συλλογικής ζωτικότητας ενός πληθυσμού. Σε όλα τα χρονικά της ιστορίας, το προσδόκιμο ζωής έχει υποστεί

πολλές επιρροές, από την πρόοδο στην υγειονομική περίθαλψη και την υγιεινή μέχρι την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Καρβούνης, Νίκας & Πανίτη, 2012). Ωστόσο, στη σύγχρονη εποχή, ένας διάχυτος και επιβλαβής παράγοντας έχει ρίξει μια μεγάλη σκιά στη πιθανή διάρκεια και την ποιότητα της ανθρώπινης ζωής - το κάπνισμα. Οι ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ιδιαίτερα οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι αναπνευστικές παθήσεις και οι διάφοροι καρκίνοι, έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη μακροζωία του πληθυσμού (Ρούπα, Τσάρας & Παπαθανασίου, 2015). Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής δεν είναι αποκλειστικά προϊόν ατομικών συμπεριφορών, αλλά διαμορφώνεται επίσης από ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες και παρεμβάσεις πολιτικής.

Σύμφωνα με την έρευνα του ΟΟΣΑ (2019), συνολικά, η υγεία του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε καλή κατάσταση και το προσδόκιμο ζωής υπερβαίνει τον μέσο όρο της Ευρώπης. Από το 2010, έχουν εφαρμοστεί εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης και διεύρυνσης των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, έχει τονιστεί η σημασία της πρόληψης και της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου μέσω ενός νέου εθνικού σχεδίου για τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις όσον αφορά τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας των υπηρεσιών υγείας, ειδικά λόγω των υψηλών αυτοπληρωμών από τους ασθενείς και των επιπτώσεων της πανδημίας.

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2020 ήταν περίπου μισό έτος υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αν και είχε μια προσωρινή μείωση κατά έξι μήνες ανάμεσα στα έτη 2019 και 2020 λόγω των θανάτων που προκάλεσε η νόσος COVID-19 (Σχήμα 2). Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2018 περιλάμβαναν την ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και τον καρκίνο του πνεύμονα. Πριν από την πανδημία, πολύς κόσμος στην Ελλάδα θεωρούσε ότι η υγεία του ήταν καλή, αλλά οι ενήλικες Έλληνες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ.

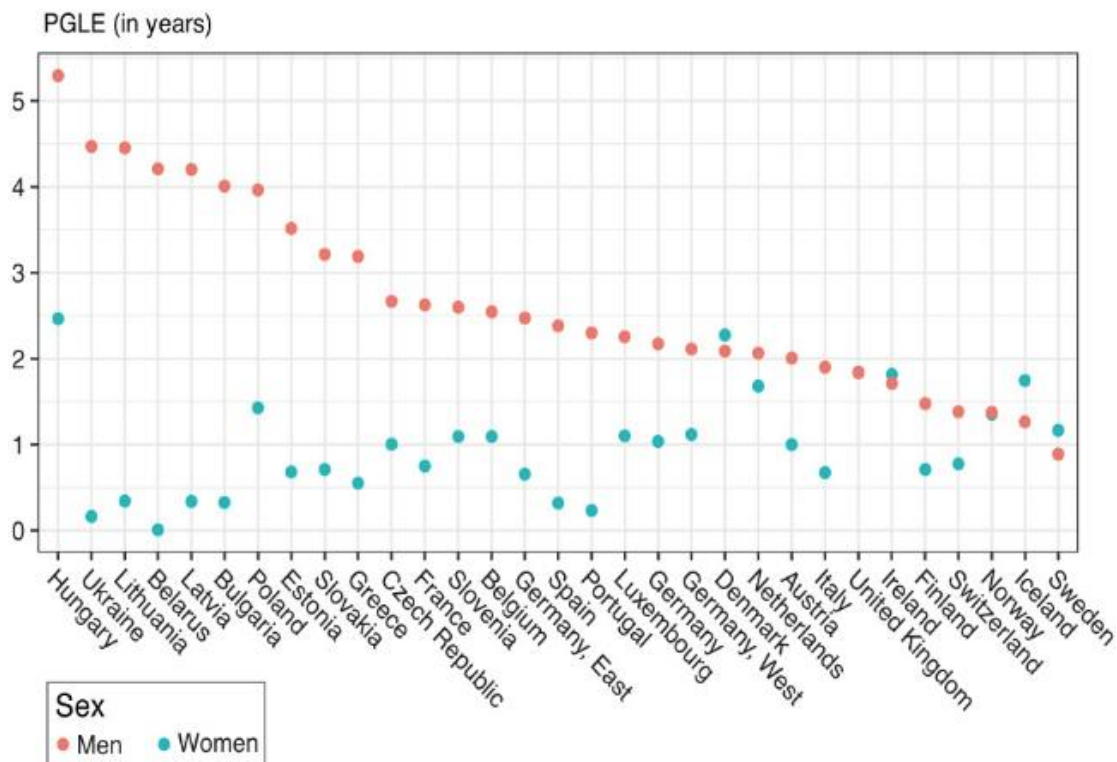
**Σχήμα 2. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Έτη**



Πηγή: ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ. Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες. Διαθέσιμο στο: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_gr\\_greek.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf)

Το προσδόκιμο ζωής, ως σύνθετο μέτρο που αντικατοπτρίζει τη σύνθετη αλληλεπίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών παραγόντων και παραγόντων του τρόπου ζωής, παρέχει έναν ιδανικό φακό μέσω του οποίου αξιολογούνται οι συνέπειες του καπνίσματος. Αυτά τα σημαντικά επίπεδα θνησιμότητας που αποδίδεται στο κάπνισμα έχουν σαφή αντίκτυπο στα επίπεδα του προσδόκιμου ζωής σε ολόκληρη την Ευρώπη και εξηγούν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών και μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το Σχήμα 4 δείχνει εκτιμήσεις ανά χώρα και φύλο για το δυνητικό κέρδος (τα προστιθέμενα έτη) στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση εάν εξαλειφόταν το κάπνισμα. Το 2014, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση κυμαίνονταν από 0,9 έτη (Σουηδία) έως 5,3 έτη (Ουγγαρία) μεταξύ των ανδρών, με μέσο όρο 2,7 έτη και από 0,01 έτη (Λευκορωσία) έως 2,5 έτη (Ουγγαρία) στις γυναίκες, με μέσο όρο 1,0 έτος. Για τη Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής ήταν 3,2 και 0,6 έτη μεταξύ ανδρών και γυναικών, αντίστοιχα.

**Σχήμα 3.** Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση εάν εξαλειφόταν το κάπνισμα, 2014



Πηγή: Janssen, F. (2019). Smoking’s impact on mortality in Europe. *Population & Societies*, (N° 571), p. 1-4. Διαθέσιμο στο: [https://www.cairn-int.info/article-E\\_POPSOC\\_571\\_0001--smoking-s-impact-on-mortality-in.htm](https://www.cairn-int.info/article-E_POPSOC_571_0001--smoking-s-impact-on-mortality-in.htm)

Στην Ελλάδα, ένας στους τέσσερις ενήλικους καπνίζει καθημερινά, ένα ποσοστό που ανήκει στα υψηλότερα στην ΕΕ (ΟΟΣΑ, 2019). Αν και το ποσοστό καπνίσματος στους 15χρονους είναι χαμηλότερο από αυτό στους ενήλικους, υπάρχει ανησυχία λόγω της αυξανόμενης δημοτικότητας των ηλεκτρονικών τσιγάρων. Λόγω των υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ιδίως μεταξύ των ανδρών, είναι δύσκολο να αναμένουμε βελτιώσεις στα παραπάνω στοιχεία θνησιμότητας, ποσοστού καπνίσματος και προσδόκιμου ζωής στο μέλλον, εκτός αν υπάρξουν αλλαγές στη συμπεριφορά.



## Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος στην υγεία του ατόμου, την επίδραση του καπνίσματος στην κοινωνία, οι λόγοι για τους οποίους ωθούνται τα άτομα στο κάπνισμα (χαρακτηριστικά καπνιστών, κοινωνικό περιβάλλον κ.λπ.) και τι πολιτικές (εθνικές-ευρωπαϊκές) έχουν εφαρμοστεί για την μείωση του καπνίσματος.

Το κάπνισμα, είτε ενεργητικό είτε παθητικό, αποτελεί ένα θέμα πρωταρχικής σημασίας όταν πρόκειται για την υγεία του ατόμου. Πέρα από την απλή συνήθεια, η επίδραση του καπνίσματος εκτείνεται βαθιά στα φυσικά συστήματα του οργανισμού, επηρεάζοντας το αναπνευστικό, τον καρδιαγγειακό, και το νευρικό σύστημα. Μελετώντας τόσο την ενεργητική όσο και την παθητική έκθεση στον καπνό, αποκαλύπτουμε τα πραγματικά όρια μιας συνήθειας που έχει ευρείες και σοβαρές συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία.

Το ενεργητικό κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία του ατόμου, με σοβαρές επιπτώσεις σε πολλούς τομείς του οργανισμού. Ο καπνός περιέχει πάνω από 7,000 χημικές ουσίες, εκ των οποίων περισσότερες από 250 είναι γνωστές για την επικινδυνότητά τους. Η νικοτίνη, η κύρια ενεργή ουσία του καπνού, προκαλεί εθισμό, ενώ οι καρκινογόνες ουσίες προωθούν την ανάπτυξη καρκίνων, ιδίως του πνεύμονα. Επιπλέον, το ενεργητικό κάπνισμα συνδέεται με σοβαρές παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ενώ επιδρά αρνητικά και στον καρδιαγγειακό σύστημα και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η συνεχής έκθεση σε αυτές τις επιβλαβείς ουσίες αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αποτελεί μια πρόκληση για την δημόσια υγεία.

Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σοβαρό απειλητικό παράγοντα για την υγεία των ατόμων που εκτίθενται σε αυτό, ακόμη και αν δεν καπνίζουν ενεργητικά. Ο καπνός που εκπέμπεται από τον καπνιστή περιλαμβάνει χημικές ουσίες όπως το μονοξείδιο του άνθρακα, το οξείδιο του αζώτου, βαρέων μετάλλων, και τα καρκινογόνα σωματίδια. Η συνεχής έκθεση σε αυτές τις ουσίες έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Ο παθητικός καπνός συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικών προβλημάτων, όπως βρογχίτιδα και πνευμονία, ειδικά σε παιδιά.



Αναλυτικότερα, τα παιδιά που εκτίθενται στον παθητικό καπνό έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων, όπως το άσθμα και επιδείνωση των αλλεργικών αντιδράσεων. Επιπλέον, η έκθεση στον παθητικό καπνό συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, εγκεφαλικών επεισοδίων και αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου, ενισχύοντας την ανάγκη για περαιτέρω προστασία και ενημέρωση. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερες ευάλωτες ομάδες είναι οι έγκυες, όπου η έκθεση στον παθητικό καπνό συνδέεται με ενδεχόμενες επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη, όπως πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης και επιπλοκές στην υγεία του νεογνού. Η ενίσχυση των προσπαθειών για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος είναι κρίσιμη για την προστασία της υγείας του ευρύτερου πληθυσμού.

Τα στατιστικά δεδομένα αναδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος του καπνίσματος τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, περίπου το 35% των ενηλίκων συνεχίζουν να καπνίζουν, παρά τις προσπάθειες για μείωση. Ειδικά οι νέοι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο, καθώς ένα ανησυχητικό ποσοστό εφήβων εμπλέκεται στο κάπνισμα.

Στο παγκόσμιο πλαίσιο, περίπου 1,1 δισ. άνθρωποι καπνίζουν, με περισσότερους από 8 εκ. θανάτους ετησίως λόγω ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την κρισιμότητα συνεχούς εκπαίδευσης, πρόληψης και υποστήριξης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καπνίσματος. Είναι επιβεβλημένο να ενισχύσουμε τις προσπάθειες προώθησης της υγείας και να αναπτύξουμε περαιτέρω προγράμματα πρόληψης προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά αυτή η παγκόσμια δημόσια υγεία.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει εφαρμόσει αρκετές πολιτικές για την καταπολέμηση του καπνίσματος και την προώθηση της δημόσιας υγείας. Οι προσπάθειες αυτές συμπληρώνουν τις εθνικές πρωτοβουλίες και εναρμονίζουν τις προσπάθειες των κρατών μελών για αποτελεσματική δράση κατά του καπνίσματος. Ένα σημαντικό εργαλείο αποτελεί η Οδηγία του 2014/40/ΕΕ, γνωστή και ως "Οδηγία Περί Καπνού". Η οδηγία αυτή καθορίζει κοινούς κανόνες για την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού και σχετικών προϊόντων στα κράτη μέλη. Επίσης, προβλέπει μέτρα για τη μείωση της κατανάλωσης καπνιστικών προϊόντων, περιλαμβανομένων των προειδοποιητικών ετικετών και της απαγόρευσης ορισμένων

αρωματικών ουσιών. Επιπλέον, η ΕΕ έχει προωθήσει εκστρατείες ευαισθητοποίησης κατά του καπνίσματος, ενθαρρύνοντας τη χρήση αντικαπνιστικών προγραμμάτων και παρέχοντας υποστήριξη σε ερευνητικά έργα που σχετίζονται με τον τομέα της καπνεργασίας. Εντός της ΕΕ, τα κράτη μέλη έχουν την ευκαιρία να υιοθετήσουν πιο αυστηρές προδιαγραφές, προκειμένου να ενισχύσουν την προστασία των πολιτών τους από τις επιπτώσεις του καπνίσματος. Η συνεχής ενημέρωση και αξιολόγηση των πολιτικών αυτών είναι ουσιώδης για τη διασφάλιση της αποτελεσματικής καταπολέμησης του καπνίσματος και της προστασίας της δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα, η καταπολέμηση του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό μέρος της υγειονομικής και δημόσιας πολιτικής. Η χώρα έχει υιοθετήσει μια σειρά πρωτοβουλιών και νομοθετικών μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις επιπτώσεις του καπνίσματος. Το 2002, η Ελλάδα ενέκρινε έναν νόμο που απαγόρευε το κάπνισμα σε κλειστούς και ανοικτούς δημόσιους χώρους, όπως εστιατόρια, καφετέριες και συγκοινωνιακά μέσα. Αργότερα, το 2010, επεκτάθηκε η απαγόρευση στους εσωτερικούς χώρους εργασίας, προστατεύοντας έτσι τους εργαζομένους από τον παθητικό κάπνισμα. Το 2019, η χώρα έλαβε περαιτέρω μέτρα, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των φόρων στα καπνικά προϊόντα και της επιβολής περιορισμών στη διαφήμιση καπνικών προϊόντων. Επιπλέον, η Ελλάδα επεκτείνει συνεχώς τις προσπάθειές της για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, με εκστρατείες εκπαίδευσης και προώθησης υγιεινών τρόπων ζωής. Παρόλα αυτά, παραμένει προκλητικό το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ενηλίκων στην Ελλάδα συνεχίζει να καπνίζει. Η διαρκής ενίσχυση των προσπαθειών για τη μείωση του καπνίσματος παραμένει ζωτικής σημασίας.

Πράγματι, ο αγώνας κατά του καπνίσματος αναδεικνύεται ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα. Οι προσπάθειες των κυβερνήσεων, της ΕΕ και της ελληνικής κυβέρνησης αντικατοπτρίζουν τη σταθερή πρόοδο προς τη μείωση του καπνίσματος και την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής. Η ολοκληρωμένη νομοθεσία, οι φορολογικές πολιτικές, και οι εκπαιδευτικές εκστρατείες αντιπροσωπεύουν σημαντικά εργαλεία που συμβάλλουν στην προστασία της κοινότητας από τις καταστροφικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Ωστόσο, είναι αναγκαίο να συνεχιστεί ο αγώνας με πάθος και δέσμευση, προκειμένου να διαμορφωθεί μια κοινωνία που προωθεί την υγεία και παρέχει ασφαλές περιβάλλον για όλους τους πολίτες.



## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

Αναστασοπούλου, Σ. (2022). Κάπνισμα και παράγοντες άγχους σε γυναίκες με περιγεννητική κατάθλιψη [Διπλωματική Εργασία]. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Κλινική Πνευμονολογική.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020). Σημαντικά δεδομένα για το κάπνισμα. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/kapnisma.pdf> [πρόσβαση 2023 Ιουλ 25]

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020). ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΟΔΥ. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/kapnisma.pdf>

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά [Internet]. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά; 2011[αναρτήθηκε 2011 Σεπτέμβριος]. Διαθέσιμο στο: <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOfiNaL.pdf>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2000). Πλήρη πρακτικά των συζητήσεων. Τρίτη 13 Ιουνίου 2000 – Στρασβούργο. Διαθέσιμο στο: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-5-2000-06-13-ITM-010\\_EL.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-5-2000-06-13-ITM-010_EL.html)

European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2012). Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος: Έγκυρος οδηγός για την κατανόηση των επιπτώσεων και την εφαρμογή των μέσων και στρατηγικών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. 1η έκδοση, Οκτώβριος 2012. Responsible Publisher: Panagiotis K. Behrakis, President ENSP. Brussels, Belgium.

Καρβούνης, Χ., Νίκας, Ν. & Πανίτη, Ε. (2012). Επιδημιολογική μελέτη ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Η μελέτη ΕΡΙΑΤΟΣΙ. Πνεύμων 2012; 25(4):377-385.

Κωνσταντινίδης, Θ., Σκανδαλάκη, Ν. & Κριτσωτάκης, Γ. (2014). Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 53.

Λιοζίδου, Α. (2016). Εξάρτηση & Εθισμός στο Κάπνισμα. Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα Νάνου, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 8(4), 17-28. 1η Έκδ. 06/2016: σελ. 32-49; Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος.

Μπεχράκης, Π., Βαρβαρήγος, Β., Βαρδαβάς, Κ., Ζηκίδου, Σ., Κλημόπουλος, Α., Λιοζίδου, Α. και Μπεχράκη, Β. (2013). Εκπαιδευτικό υλικό αγωγής υγείας. Εγχειρίδιο για τον εκπαιδευτικό της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ. Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες. Διαθέσιμο στο: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_gr\\_greek.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf)

Παπανάκου, Σ., Νικητάκης, Ν. & Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου, Α. (2013). Επιδημιολογία, αιτιολογία και πρόληψη του καρκίνου του στόματος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(5), 535, 545.

Ρούπα, Α., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι. (2015). Κάπνισμα: η σχέση με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*;20(1): 41-53.

Συμβούλιο της Ευρώπης. (1998). *Εγχειρίδιο Πρόληψη Ουνοπνευματωδών, Ναρκωτικά & Καπνός*. Στρασβούργο. Συμβούλιο της Ευρώπης.

Τσιάμη, Α. (2015). Άσκηση, κάπνισμα και συμπτώματα κατάθλιψης [Διδακτορική διατριβή]. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 – 2012. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%9A%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1/kapnisma.pdf>

Φιλιππίδης, Φ. (2014). Μελέτη των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό [Διπλωματική Εργασία]. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής - Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής.

#### Ξενόγλωσση

American Cancer Society. (2015). Why people start using tobacco, and why it is hard to stop. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/why-people-start-using-tobacco.html>

Aryal, UR, Petzold, M. and Krettek, A. (2013). Perceived risks and benefits of cigarette smoking among Nepalese adolescents: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 13(1):187.

Action on Smoking and Health. (2014). *Secondhand Smoke: the impact on children*. ASH Research Report. Available at: <https://ash.org.uk/uploads/ASH-Report-The-Impact-of-Secondhand-Smoke-and-Children.pdf> [accessed 2023 Jul 18].

Allen, AM., Scheuermann, TS., Nollen, N., Hatsukami, D. & Ahluwalia, JS. (2015). Gender Differences in Smoking Behavior and Dependence Motives Among Daily and Nondaily Smokers. *Nicotine Tob Res*. 18(6):1408-13.

Bauld, L., Judge, K., and Platt, S. (2007). Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob Control* 16: 400–4.

Brook, JS., Lee, JY., Finch, SJ., Koppel, J. and Brook, DW. (2011). Psychosocial factors related to cannabis use disorders. *Subst Abuse*. 32:242–251.

Blok, DJ, de Vlas, SJ, van Empelen, P. and van Lenthe, FJ. (2017). The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study. *Prev Med*. Jun;99:105-110. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.02.012. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28216381.

- Beydoun, M.A., Beydoun, H.A., Gamaldo, A.A., Teel, A., Zonderman, A.B. and Wang, Y. (2014). Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*.
- Best, D., Committee on Environmental Health., Committee on Native American Child Health and Committee on Adolescence. (2009). From the American Academy of Pediatrics: Technical report--Secondhand and prenatal tobacco smoke exposure. *Pediatrics*, 124(5):e1017-44.
- Botteri, E., Iodice, S., Bagnardi, V., Raimondi, S., Lowenfels, AB. and Maisonneuve, P. (2008). Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*.
- Cho, M.J., Nam, J.J. and Suh, G.H. (1998). Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Res*.
- Chaix, B., Duncan, D., Vallée, J., Vernez-Moudon, A., Benmarhnia, T., & Kestens, Y. (2017). The “Residential” Effect Fallacy in Neighborhood and Health Studies: Formal Definition, Empirical Identification, and Correction. *Epidemiology*, 28(6), 789–797.
- Chuang, YC, Cubbin, C, Ahn, D, and Winkleby, MA. (2005). Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *J Epidemiol Community Health*. Jul;59(7):568-73. doi: 10.1136/jech.2004.029041. PMID: 15965140; PMCID: PMC1757087.
- Cambron, C, Kosterman, R. and Hawkins, JD. (2019). Neighborhood Poverty Increases Risk for Cigarette Smoking From Age 30 to 39. *Ann Behav Med*. 2019 Aug 16;53(9):858-864. doi: 10.1093/abm/kay089. PMID: 30395158; PMCID: PMC6696901.
- Chang, P-H., Chiang, C-H., Ho, W-C., Wu, P-Z., Tsai, J-S. & Guo, F-R. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 15:689.
- Demi, M., Teloniatis, S., Vyzikidou, V-K., Bakelas, G., Evangelopoulou, V., Vardavas, C., Tzortzi, A. & Behrakis, P. (2018). Smoking Prevalence in Greece. *Tobacco Prevention & Cessation*. 4.
- Janssen, F. (2019). Smoking’s impact on mortality in Europe. *Population & Societies*, (N° 571), p. 1-4.
- Durazzo, T.C., Insel, P.S. and Weiner, M.W. (2012). Alzheimer Disease Neuroimaging Initiative. Greater regional brain atrophy rate in healthy elderly subjects with a history of cigarette smoking. *Alzheimers Dement*.
- de Leeuw, RNH, Scholte, RHJ, Sargent, JD, Vermulst, AA. and Engels, RCME. (2010). Do interactions between personality and social-environmental factors explain smoking development in adolescence? *J Fam Psychol*. 24(1):68–77.
- Digman, JM. (1990). Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*. 41:417–440.
- Dooren, J. C. (2012). Court strikes graphic cigarette labels. <http://online.wsj.com/article/SB10000872396390444358404577609242156512180.html> (accessed October 6, 2023).

- Dennis, B. (2013). Government quits legal battle over graphic cigarette warnings. [http://articles.washingtonpost.com/2013-03-19/national/37845669\\_1\\_cigarette-makers-tobacco-companies-confusion-or-deception](http://articles.washingtonpost.com/2013-03-19/national/37845669_1_cigarette-makers-tobacco-companies-confusion-or-deception) (accessed October 30, 2023).
- European Commission. (2021). Study on smoke-free environments and advertising of tobacco and related products – Final report, Publications Office. Διαθέσιμο στο: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/68ce81fc-5d55-11ec-9c6c-01aa75ed71a1/language-en>
- Europa. (2014). Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC Text with EEA relevance. Official Journal of the European Union, L 127/1.
- European Commission. (2009). Survey on Tobacco. Analytical report. Directorate General Health and Consumers, and coordinated by Directorate General Communication. Flash EB No 253 – Survey on Tobacco.
- Evoy KE, Ford KH, Nduaguba S, Taylor A. and Thomas L. (2019). A pilot study assessing the addition of a Quit and Win program to pharmacist-led intensive smoking cessation therapy in a predominantly underserved, minority population. *Tob Prev Cessat*. Nov 26;5:44. doi: 10.18332/tpc/113356. PMID: 32411906; PMCID: PMC7205166.
- Eysenck, HJ. (1980). *The causes and effects of smoking*. Beverly Hills, California: Sage.
- Ferreira, R. (2022). *Policy Design in the Age of Digital Adoption: Explore how PolicyOps can drive Policy as Code adoption in an organization's digital transformation*. 1st Edition, Kindle Edition, Packt Publishing.
- Flower, A., Shawe, J., Stephenson, J. and Doyle, P. (2013). Pregnancy planning, smoking behaviour during pregnancy, and neonatal outcome: UK millennium cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13:238.
- Flouris, A.D. and Koutedakis, Y. (2011). Immediate and short-term consequences of secondhand smoke exposure on the respiratory system. *Curr Opin Pulm Med*, 17(2):110-5.
- Flor, L.S., Reitsma, M.B., Gupta, V., Marie, NG. and Gakidou E. (2021). The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med* 27, 239–243.
- Holmes, LM. and Marcelli, EA. (2014). Neighborhood social cohesion and smoking among legal and unauthorized Brazilian migrants in metropolitan Boston. *J Urban Health*. Dec;91(6):1175-88. doi: 10.1007/s11524-014-9912-5. PMID: 25331821; PMCID: PMC4242854.
- Heffernan, T. (2016). Editorial: The Impact of Active and Passive Smoking upon Health and Neurocognitive Function. *Front Psychiatry*. 2016 Aug 29;7:148.
- Hosseinpoor, AR., Parker, LA., Tursan d'Espaignet, E., and Chatterji, S.(2012). Socioeconomic inequality in smoking in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *PLoS One*.7(8):e42843.
- Hu, L.W., Yang, M., Chen, S., Shah, K., Hailegiorgi, Y., Burgens, R., Vaughn, M., Huang, J., Xaverius, P., Paul, G., Morawska, L., Lu, T., Lin, S., Zhong, S.Q., Kong, M.L., Xie, Y.Q., Hao, Y.T.,

Zeng, X.W., Qian, Z. and Dong, G.H. (2017). Effects of in utero and Postnatal Exposure to Secondhand Smoke on Lung Function by Gender and Asthma Status: The Seven Northeastern Cities (SNEC) Study. *Respiration*, 93(3):189-197.

Jamal, A, Phillips, E, Gentzke, AS, Homa, DM, Babb, SD, King, BA. and Neff, LJ. (2018). Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* Jan 19;67(2):53-59. doi: 10.15585/mmwr.mm6702a1. PMID: 29346338; PMCID: PMC5772802.

Jatoi, NA, Jerrard-Dunne P., Feely, J., Mahmud A. Impact of smoking and smoking cessation on arterial stiffness and aortic wave reflection in hypertension. *Hypertension.* 2007 May;49(5):981-5

Jones, L.L., Hashim, A., McKeever, T., Cook, D.G., Britton, J. and Leonardi-Bee, J. (2011). Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research*, 12:5.

Karasek, D, Ahern, J. and Galea, S. (2011). Social norms, collective efficacy, and smoking cessation in urban neighborhoods. *Am J Public Health.* 2012 Feb;102(2):343-51. doi: 10.2105/AJPH.2011.300364. Epub, Dec 15. PMID: 22390449; PMCID: PMC3483989.

Karriker-Jaffe, KJ. (2011). Areas of disadvantage: a systematic review of effects of area-level socioeconomic status on substance use outcomes. *Drug Alcohol Rev.* Jan;30(1):84-95. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00191.x. PMID: 21219502; PMCID: PMC3057656.

Kabir, Z., Connolly, G.N. and Alpert, H.R. (2011). Secondhand Smoke Exposure and Neurobehavioral Disorders Among Children in the United States. *Pediatrics*, 128(2):263-70

Kondracki, A.J. (2020). Low birthweight in term singletons mediates the association between maternal smoking intensity exposure status and immediate neonatal intensive care unit admission: the E-value assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1):341.

Kutlu, M.G. and Gould, T.J. (2015). Nicotine modulation of fear memories and anxiety: Implications for learning and anxiety disorders. *Biochem Pharmacol.*

Kravitz-Wirtz, N. (2016). A discrete-time analysis of the effects of more prolonged exposure to neighborhood poverty on the risk of smoking initiation by age 25. *Soc Sci Med.* Jan;148:79-92. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.027. Epub 2015 Nov 25. PMID: 26685707; PMCID: PMC4720262.

Kingsbury, M, Clayborne, Z, Colman, I. and Kirkbride, JB. (2020) The protective effect of neighbourhood social cohesion on adolescent mental health following stressful life events. *Psychol Med.* Jun;50(8):1292-1299. doi: 10.1017/S0033291719001235. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31179962; PMCID: PMC7322549.

Koronaïou, K. & Delipalla, S. (2019). The Economic Costs of Smoking in Greece. *Tob Prev Cessat*, 5.

Lerman, C., Schnoll, RA., Hawk, LW., Cinciripini, P., George, TP., Wileyto, EP., Swan, GE., Benowitz, NL., Heitjan, DF. & Tyndale, RF. (2015). PGRN-PNAT Research Group. Use of the nicotine metabolite ratio as a genetically informed biomarker of response to nicotine patch or varenicline for smoking cessation: a randomised, double-blind placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med.* 3(2):131-138.



- Lange, S., Probst, C., Rehm, J. and Popova, S. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 6(7):e769–76.
- Larsen, S., Haavaldsen, C., Bjelland, E.K., Dypvik, J., Jukic, A.M. and Eskild, A. (2018). Placental weight and birthweight: the relations with number of daily cigarettes and smoking cessation in pregnancy. A population study. *Int J Epidemiol*, 47(4):1141–50.
- Lin, L.Z., Xu, S.L., Wu, Q.Z., Zhou, Y., Ma, H.M., Chen, D.H., Chen, G.B., Yu, H.Y., Yang, B.Y., Zeng, X.W., Hu, L.W. and Dong, G.H. (2021). Association of Prenatal, Early Postnatal, or Current Exposure to Secondhand Smoke With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children. *JAMA Netw Open*, 3;4(5).
- Lin, L.Z., Xu, S.L., Wu, Q.Z., Zhou, Y., Ma, H.M., Chen, D.H., Dong, P.X., Xiong, S.M., Shen, X.B., Zhou, P.E., Liu, R.Q., Chen, G., Yu, H.Y., Yang, B.Y., Zeng, X.W., Hu, L.W., Zhou, Y.Z. and Dong, G.H. (2021). Exposure to second-hand smoke during early life and subsequent sleep problems in children: a population-based cross-sectional study. *Environ Health*, 18;20(1):127.
- Mackenbach, JP., Stirbu, I., Roskam, AJ., Schaap, MM. and Menvielle, G. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 358: 2468–81.
- Mills, EJ., Wu, P., Lockhart, I., Thorlund, K., Puhan, M. & Ebbert, JO. (2012). Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med*. 44(6):588-597.
- Ma, H, Unger, JB, Chou, CP, Sun, P, Palmer, PH, Zhou, Y, Yao, J, Xie, B, Gallaher, PE, Guo, Q, Wei, Y, Chen, B, Wang, Z, Wang, X, Duan, H, Song, Y, Gong, J, Azen, SP, Lee, L. and Johnson, CA. (2008). Risk factors for adolescent smoking in urban and rural China: findings from the China seven cities study. *Addict Behav*. Aug;33(8):1081-5. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.04.004. Epub, Apr 8. PMID: 18495363.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Sutton, P.D., Ventura, S.J., Menacker, F. and Munson, M.L. (2005). Births: final data for 2003. *Natl Vital Stat Rep Cent Dis Control Prev Natl Cent Health Stat Natl Vital Stat Syst*.
- McEvoy, C.T. and Spindel, E.R. (2017). Pulmonary effects of maternal smoking on the fetus and child: effects on lung development, respiratory morbidities, and life long lung health. *Paediatr Respir Rev*, 21:27–33.
- Naeem, Z. (2015). Second-hand smoke - ignored implications. *Int J Health Sci (Qassim)*, Apr;9(2):V-VI.
- NHS. (2012). Sudden infant death syndrome. Available at: <http://www.nhs.uk/Conditions/Sudden-infant-deathsyndrome/Pages/Introduction.aspx> (Accessed 2023 Aug 1)
- Oberg, M., Jaakkola, M., Woodward, A., Peruga, A. and Pruss-Ustu, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 377(9760):139-46
- Our World in Data. Διαθέσιμο στο: <https://ourworldindata.org/smoking#what-can-we-do-to-reduce-smoking>

- Pascual, FP., Fontoba Ferrándiz, J., Gil Sanchez, MC., Ponce Lorenzo, F. & Botella Estrella C. (2016). Two-Year Therapeutic Effectiveness of Varenicline for Smoking Cessation in a Real World Setting. *Subst Use Misuse*. 51(2):131-140.
- Paunonen, SV. (2003). Big five factors of personality and replicated predictions of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84:411–424.
- Paunonen, SV., Zeidner, M. and Engvik, HA. (2000). Oosterveld P, Maliphant R. The nonverbal assessment of personality in five cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 31:220–239.
- Parkes, KR. (1984). Smoking and the Eysenck personality dimensions: An interactive model. *Psychological Medicine*. 14:825–834.
- Pampel, FC, Krueger, PM. and Denney, JT. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol*. Aug;36:349-370. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529. PMID: 21909182; PMCID: PMC3169799.
- Pessione, F., Ramond, M.J., Njapoum, C., Duchatelle, V., Degott, C., Erlinger, S., Rueff, B., Valla, D.C. and Degos, F. (2001). Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*.
- Pineles, B.L., Hsu, S., Park, E. and Samet, J.M. (2016). Systematic review and meta-analyses of perinatal death and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol*, 184(2):87–97.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (1989), pp. 241-256.
- Pickett ,KE. (2008). Wilkinson RG. People like us: ethnic group density effects on health. *Ethn Health*. Sep;13(4):321-34. doi: 10.1080/13557850701882928. PMID: 18701992.
- Reitzel, LR, Kendzor, DE, Castro, Y, Cao, Y, Businelle, MS, Mazas, CA, Cofta-Woerpel, L, Li, Y, Cinciripini, PM, Ahluwalia, JS. and Wetter, DW. (2013). The relation between social cohesion and smoking cessation among Black smokers, and the potential role of psychosocial mediators. *Ann Behav Med*. Apr;45(2):249-57. doi: 10.1007/s12160-012-9438-6. PMID: 23135831; PMCID: PMC3587036.
- Rachiotis, G., Barbouni, A., Katsioulis, A., Antoniadou, E., Kostikas, K., Merakou, K., Kourea, K., Khoury, RN., Tsouros, A., Kremastinou, J, & Hadjichristodoulou, C. (2017). Prevalence and determinants of current and secondhand smoking in Greece: results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) study. *BMJ Open*;7(1).
- Royal College of Physicians. (2010). Passive smoking and children. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians.
- Sargent, JD, Beach, ML, Adachi-Mejia, AM, Gibson, JJ, Titus-Ernstoff, LT, Carusi, CP, Swain, SD, Heatherton, TF. and Dalton, MA. (2005). Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics*. Nov;116(5):1183-91. doi: 10.1542/peds.2005-0714. PMID: 16264007.
- Smith, GM. (1970). Personality and smoking: A review of the empirical literature. In: Hunt WA, editor. *Learning mechanisms in smoking*. Chicago: Aldine Publishing Company; pp. 42–61.

- Smith, GM. (1967). Personality correlates of cigarette smoking in students of college age. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 142:308–321.
- Smith, BN, Bean, MK, Mitchell, KS, Speizer, IS. and Fries, EA. (2007). Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res*. 22(2):238–47.
- Sharp, G. and Kimbro, RT. (2021). Neighborhood social environments, healthy resources, and adult diabetes: Accounting for activity space exposures. *Health Place*. Jan;67:102473. doi: 10.1016/j.healthplace.2020.102473. Epub 2020 Nov 16. PMID: 33212395.
- Sharp, G. (2019). Changing in place? Neighbourhood change and place attachment among movers and stayers in Los Angeles. *Population, Space and Place*, 25 (2019), Article e2189.
- Stockdale, SE, Wells, KB, Tang, L, Belin, TR, Zhang, L. and Sherbourne, CD. (2007). The importance of social context: neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. *Soc Sci Med*. 2007 Nov;65(9):1867-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.045. Epub, Jul 5. PMID: 17614176; PMCID: PMC2151971.
- Safa, F., Chaiton, M., Mahmud, I., Ahmed, S. and Chu, A. (2020). The association between exposure to second-hand smoke and sleep disturbances: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Health*, 6(5):702–14.
- Sotiropoulos, A., Gikas, A., Spanou, E., Dimitrellos, D., Karakostas, F., Skliros, E., Apostolou, O., Politakis, P. & Pappas, S. (2007). Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public health*. 121. 333-40.
- Shiffman, S., Dunbar, MS., Li, X., Scholl, SM., Tindle, HA., Anderson, SJ., Ferguson, SG.(2014). Craving in intermittent and daily smokers during ad libitum smoking. *Nicotine Tob Res*. 16(8):1063-9.
- Tarasi, B., Cornuz, J., Clair, C. and Baud, D. (2022). Cigarette smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes: a cross-sectional study over 10 years. *BMC Public Health*.
- Terracciano, A. and Costa, PT Jr. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. Apr;99(4):472-81. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00687.x. PMID: 15049747; PMCID: PMC2376761.
- The Tobacco Atlas. (2022). Prevalence. Διαθέσιμο στο: <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. [accessed 2023 Aug 2].
- Vitória, PD, Salgueiro, MF, Silva, SA. and de Vries, H. (2011). Social influence, intention to smoke, and adolescent smoking behaviour longitudinal relations. *Br J Health Psychol*. 16(4):779–98.
- Vollrath, M. and Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*. 32:1185–1197.

World Health Organization. (2002). The World Health Report 2002 -- Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (27.05.2010). Tobacco. Available at: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tobacco> [accessed 2023 June 27].

World Health Organization. (2013). Guidelines for implementation of Article 13. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 1 January 2013, Meeting report

World Health Organization. (2014). Second-hand smoke impacts health. Available at: <https://www.emro.who.int/pdf/tfi/quit-now/secondhand-smoke-impacts-health.pdf?ua=1> [accessed 2023 Jul 22].

Zhu, B. and Parmley, W.W. (1995). Hemodynamic and vascular effects of active and passive smoking. *American Heart Journal*, Volume 130, Issue 6, pages 1270-1275, ISSN 0002-8703.