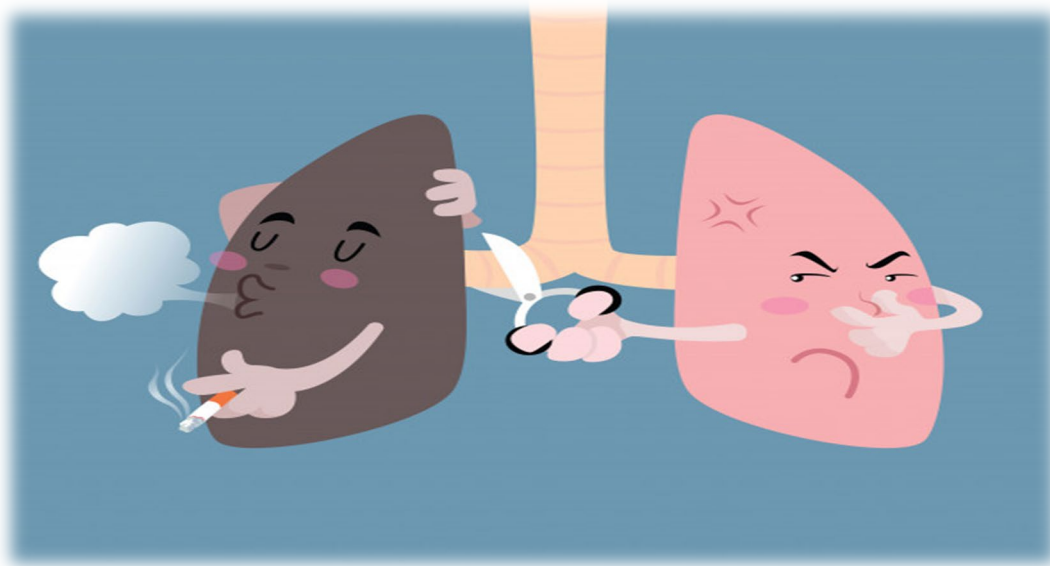


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

« Ο αντικαπνιστικός νόμος στην Ελλάδα, η επίδραση του στους πολίτες και στα προϊόντα καπνού»

Ευτυχία Παλλαντζά

Α.Μ.: 19013

Επιβλέπων καθηγητής:

Λεωνίδας Χατζηθωμάς

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2021

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ.....	8
2. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΙ ΝΟΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	12
2.1. ΒΑΣΙΛΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 36/1856.....	12
2.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΑΡΙΘ. ΥΙ/Γ.Π./ΟΙΚ. 76017/2002.....	12
2.3. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 3730/2008 και ΝΟΜΟΣ ΥΠ ΑΡΙΘ. 3868/2010	13
2.4. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ.4419/2016	15
2.5. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019	15
3. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	17
3.1. ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	19
3.2. ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	22
3.3. ΜΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	27
4. ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ	30
4.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	37
4.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	42
5. ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ	57
5.1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΠΝΟΥ	57
5.2. ΕΙΔΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ.....	59
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΈΡΕΥΝΑ	66
6.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	66
6.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	68
6.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	69
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
7.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	71
7.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	85
7.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	90
7.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ.....	90
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
9. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	107

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία διαπραγματευόμαστε την επίπτωση του ισχύοντος αντικαπνιστικού νόμου στην χώρα μας, τόσο στους ίδιους του πολίτες αλλά και στα προϊόντα καπνού που κυκλοφορούν σε αυτή. Καθώς η Ελλάδα τοποθετείται, σύμφωνα με τις έρευνες, στην πρώτη θέση ανάμεσα στην Ευρώπη των 28, όσο αφορά στον επιπολασμό του καπνίσματος και ενώ χρονικά επέβαλλε ταυτόχρονα, μαζί με τα υπόλοιπα κράτη μέλη, τις νομοθετικές τροπολογίες για την απαγόρευση του καπνίσματος, η χρόνια παραμέληση και μη εφαρμογή του νόμου, την κατατάσσει στις χώρες με την λιγότερη συμμόρφωση.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας, γίνεται εκτενής αναφορά στους αντικαπνιστικούς νόμους στην Ελλάδα αλλά και την εφαρμογή τους, από το 1856 μέχρι και το 2019, όπου έγινε η τελευταία προσπάθεια διαμόρφωσής του.

Στην συνέχεια, μέσω των εννοιών του κοινωνικού μάρκετινγκ προσπαθούμε να ανακαλύψουμε τις διαστάσεις της πολιτικής που χρησιμοποιούν οι εκάστοτε κυβερνήσεις της χώρας μας, με κύριο σκοπό την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και την έκταση με τον οποία αυτές οι έννοιες εφαρμόστηκαν κατά την προσπάθεια εφαρμογής τους. Επιπλέον γίνεται αναφορά και επεξηγείται η δυαδική πτυχή της αντικαπνιστικής πολιτικής, τιμολογιακή αλλά και μη τιμολογιακή, με διάφορες επισημάνσεις από την Ελλάδα, την Ευρώπη αλλά και όλο τον υπόλοιπο κόσμο.

Στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, γίνεται μια έρευνα που σκοπό έχει να ανακαλύψει κατά πόσο η προσπάθεια του ελληνικού κράτους να επιβάλλει ένα καθαρό άκαπνο περιβάλλον έχει υιοθετηθεί από τους πολίτες, κατά πόσο ο τρόπος με τον οποίο η διοίκηση και διαχείριση των πολιτικών που εφαρμόζονται κατά καιρούς μπορούν και επηρεάζουν τους καπνιστές και μη, και τέλος, εάν οι αλλαγές που έχουν προκύψει στις προτιμήσεις των καταναλωτών απορρέουν από την αντικαπνιστική πολιτική.

Τέλος, επεξηγούνται τα αποτελέσματα της έρευνας, με την χρήση περιγραφικής στατιστικής, γραφημάτων αλλά και συμπερασμάτων που βασίζονται στην παραγοντική στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ανακαλύπτουμε πως σύμφωνα και με την διεθνή βιβλιογραφία, οι Έλληνες παρουσιάζουν ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών. Οι γυναίκες αποτελούν

πλέον ένα μεγάλο ποσοστό καπνιζόντων στην χώρα μας αλλά και τα νέα προϊόντα καπνού κατακτούν όλο και μεγαλύτερο έδαφος στις προτιμήσεις τους.

Ο αντικαπνιστικός νόμος, παρόλη την αυξημένη απήχηση που έχει στους πολίτες, συνεχίζει να παραβιάζεται σε μεγάλο ποσοστό σε χώρους διασκέδασης αλλά και να παραμένει ατιμώρητη η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Η κυβέρνηση φαίνεται επίσης να έχει αποτύχει σε ότι έχει να κάνει με την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον τομέα του καπνίσματος αλλά και στην εφαρμογή κοινωνικού μάρκετινγκ με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς της κοινωνίας. Τα Ιατρεία διακοπής Καπνίσματος παραμένουν αναξιοποίητα από τους πολίτες και οποιαδήποτε προσπάθεια για διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος γίνεται αποκλειστικά από το ίδιο το άτομο. Αντικαπνιστικές εκστρατείες φαίνεται ότι δημιουργούνται έπειτα από συστάσεις, κυρίως μέσω επιβολής νομοθετικών ρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς την ύπαρξη πρωτοβουλίας εκ μέρους του κρατικού μηχανισμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδημία του καπνού αντιπροσωπεύει ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας στην ανθρώπινη κοινωνία. Παρόλο που ο καπνός των τσιγάρων περιέχει πολλές χημικές ουσίες που έχουν αποδειχθεί πως είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τον καρκίνο στον άνθρωπο, τα τσιγάρα εξακολουθούν να πωλούνται ως νόμιμο προϊόν. Αυτό είναι αξιοσημείωτο, αν φανταστεί κανείς ότι κανένα άλλο προϊόν με τόσο σοβαρές συνέπειες στην ανθρώπινη υγεία δεν κατασκευάζεται, διανέμεται και πωλείται νόμιμα στον ανεπτυγμένο κόσμο.

Εκτός από τον πρόωρο θάνατο, η χρήση καπνού σχετίζεται με μια ποικιλία ασθενειών και αναπηριών, που έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής και το υψηλό κοινωνικό κόστος, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών ιατρικής περίθαλψης, της απώλειας οικονομικής παραγωγικότητας και της ζημιάς στην ιδιοκτησία λόγω πυρκαγιών, που οφείλονται στο κάπνισμα. Πρέπει να αναφέρουμε πως σημαντικές επιπτώσεις δεν καταγράφονται μόνο στους ίδιους τους καπνιστές

αλλά το κάπνισμα αποτελεί και σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτούς που εκτίθενται στον καπνό, όπως για παράδειγμα τα παιδιά των καπνιστών.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η συνήθεια του καπνού παραμένει μια από τις μεγαλύτερες απειλές που αφορούν την υγεία, η οποία μπορεί να αποφευχθεί και είναι υπεύθυνη για 700.000 θανάτους κάθε χρόνο. Τα κράτη μέλη της εργάζονται για τη μείωση της χρήσης καπνού μέσω μιας σειράς μέτρων, όπως για παράδειγμα η επιβολή ρυθμίσεων επί της χρήσης των προϊόντων καπνού, ο περιορισμός της διαφήμισης των προϊόντων καπνού, η εφαρμογή περιβαλλόντων χωρίς καπνό και η διεξαγωγή εκστρατειών κατά του καπνίσματος. Ορισμένες από τις πιο πρόσφατες πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν την αναθεωρημένη οδηγία, η οποία τέθηκε σε ισχύ στα κράτη μέλη στις 20 Μαΐου 2016. Η οδηγία επιβάλλει μια σειρά μέτρων, συμπεριλαμβανομένων των ιδιαίτερα εμφανή και αξιοπρόσεκτων εικονογραφημένων προειδοποιήσεων για την υγεία σε πακέτα τσιγάρων και στον χύμα καπνό, καθώς και την απαγόρευση των τσιγάρων και του καπνού <https://www.who.int/fctc/en>.

Η ελληνική κυβέρνηση έχει αποδείξει πως ενδιαφέρεται έμπρακτα για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός στρατηγικού σχεδίου με μακροχρόνια αποτελέσματα, που αφορά κυρίως τον έλεγχο του καπνού. Η αρχή έγινε το 2002, όπου με υγειονομική διάταξη ξεκίνησε η απαγόρευση το τσιγάρου σε συγκεκριμένους χώρους. Συνεχίστηκε όμως, καθώς στις 26 Ιανουαρίου 2006, η Ελλάδα επικύρωσε τη Σύμβαση Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού (Π.Ο.Υ. FCTC), η οποία απαιτεί από τις συμμετέχουσες χώρες να εφαρμόσουν μέτρα για τη μείωση της χρήσης καπνού, τιμολογιακής φύσεως και μη. Αυτό είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο αν ληφθεί υπόψη η υψηλή συχνότητα καπνίσματος στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (European Commission, 2017) που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2017, η χώρα μας έχει τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος στην Ευρώπη των 28, όπου 37% των πολιτών καπνίζουν. Η προσπάθεια αυτή βλέπουμε πως συνεχίζεται αμείωτα, επιβάλλοντας μέχρι πρόσφατα, με νόμο του 2019, κυρώσεις αλλά και περισσότερα περιοριστικά μέτρα.

Παρ' όλη την επιβολή και το ψήφισμα των νομοθεσιών, υπήρξε μέχρι πρόσφατα, μεγάλη ανοχή από τους ιδιοκτήτες επιχειρήσεων σε όλη την Ελλάδα, που είχε ως αποτέλεσμα, να επιτρέπουν το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους. Ο φόβος που υπήρχε ότι θα χάσουν πελάτες εάν επιβάλουν την απαγόρευση του καπνίσματος εντός της επιχείρησής τους, σε συνδυασμό με την έλλειψη επιβολής κυρώσεων από

τη δημοτική αστυνομία, η οποία είχε υιοθετήσει μια ήπια πολιτική για την τιμωρία για όσους δεν συμμορφώνονται, ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά που συνέβαλλαν στην χαλαρή αντιμετώπιση και επιβολή των συγκεκριμένων οδηγιών.

Η οικονομική κρίση που άρχισε να επηρεάζει την χώρα μας από το 2009, συνέβαλλε ουσιαστικά σε μια κοινωνική υποβάθμιση. Το 2010, το 25% των καλούντων στην Εθνική Γραμμή Αυτοκτονίας, αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στις μολύνσεις από τον ιό HIV, ο αριθμός των νέων λοιμώξεων μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών ήταν 10 φορές υψηλότερος από την ίδια περίοδο του προηγούμενου έτους και η χρήση ηρωίνης αυξήθηκε κατά 20%. Οι εκτάσεις της κρίσης αυτής έφταναν και δημιουργούσαν μια κοινωνική κρίση, όπου η χρήση του κοινωνικού μάρκετινγκ, με ελάχιστους πόρους, θα απέδιδε θεαματικά αποτελέσματα (Polyzoidis, 2013).

Η μεγάλη μείωση του εισοδήματος των Ελλήνων καταναλωτών, σε συνδυασμό με την αύξηση των τιμών των τσιγάρων λόγω της αντικαπνιστικής πολιτικής, παρουσίασε μια τεράστια ευκαιρία για τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής να εφαρμόσουν ένα κοινωνικό μοντέλο καταπολέμησης της μάστιγας του καπνού, εφαρμόζοντας γνωστές έννοιες και τεχνικές του μάρκετινγκ. Μέσα από αυτές τις μεθόδους, οδηγείται η κοινωνία στην επίλυση σημαντικών προβλημάτων της, αρχικά διερευνώντας τα προβλήματα της, εφαρμόζοντας πρακτικές που έχουν, βάσει αποδείξεων, φέρει αποτελέσματα και χρησιμοποιώντας τους ίδιους τους πολίτες και μελετώντας τις συμπεριφορές τους. Μπορούμε να ισχυριστούμε λοιπόν, πως τα αποτελέσματα του κοινωνικού μάρκετινγκ συνδέονται με την αλλαγή μεταξύ όχι μόνο των ατόμων, αλλά και των οργανισμών, κοινωνικών δικτύων και κοινωνικών κανόνων, κοινοτήτων, επιχειρήσεων, αγορών και την εφαρμογή και παροχή δημόσιας πολιτικής (Polyzoidis, 2013).

Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας, είναι να δώσει στους αναγνώστες την δυνατότητα να ανακαλύψουν την επίδραση του αντικαπνιστικού νόμου στην συμπεριφορά των πολιτών στην χώρα μας αλλά και στα διάφορα καπνικά προϊόντα που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά. Η τιμολογιακή πτυχή της αντικαπνιστικής πολιτικής στην χώρα μας εξερευνάται καθώς αναπτύσσονται όλα εκείνα τα απαραίτητα στοιχεία για την κατανόηση επιβολής των διάφορων μέτρων που συστήνονται από τις οδηγίες της ευρωπαϊκής ένωσης. Μέσα από το ερωτηματολόγιο θα προσπαθήσουμε να αντλήσουμε στοιχεία σχετικά με την ομοφωνία των πολιτών των υπαρχόντων μέτρων.

Μέσα από την ανάλυση και την επεξήγηση των εννοιών του κοινωνικού μάρκετινγκ, αντλούμενες από τις πολυάριθμες αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία, προσπαθούμε να δώσουμε μια μεγαλύτερη βαρύτητα στην αναγκαιότητα ύπαρξης μιας ανάλογα σοβαρής, μη τιμολογιακής πολιτικής από τις εκάστοτε ελληνικές κυβερνήσεις.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ, δεν στερείται μόνο σε αναφορές στην εγχώρια βιβλιογραφία, αλλά στερείται και σε αρκετά μεγάλο ποσοστό στην επαρκή διοίκηση, την εφαρμογή πράξεων αλλά και τεχνικών, σε ότι έχει να κάνει με το αντικαπνιστική πολιτική στην Ελλάδα.

Μέσα από την βιβλιογραφία, θα προσπαθήσουμε να διαπιστώσουμε, κατά πόσο η αντικαπνιστική πολιτική συναντά τις εκφάνσεις του κοινωνικού μάρκετινγκ στην χώρα μας και κατά πόσο υποστηρίζονται αυτές οι αρχές που πρεσβεύει, προσδοκώντας την αλλαγή συμπεριφορών αλλά και την μεταβολή χρονιών συνηθειών, μέσω του τωρινού τρόπου εφαρμογής των διάφορων τεχνικών προώθησης και επιβολής του νόμου.

Κύρια ερωτήματα τα οποία θα απαντηθούν, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας, είναι τα εξής:

1^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιο είναι το ποσοστό των ατόμων που έχουν υπάρξει στην ζωή τους καπνιστές/καπνίστριες;

2^ο ερευνητικό ερώτημα: Τι είδος προϊόν καπνού χρησιμοποιείται περισσότερο;

3^ο ερευνητικό ερώτημα: Γνωρίζει ο κόσμος την βλάβη που δημιουργεί το κάπνισμα; Θεωρεί επιβλαβή τα καινούργια προϊόντα καπνού;

4^ο ερευνητικό ερώτημα: Τι γνώμη έχουν οι πολίτες για τον αντικαπνιστικό νόμο, την αναγκαιότητα εφαρμογής του αλλά και την υλοποίηση του στην χώρα μας;

5^ο ερευνητικό ερώτημα: Η αντικαπνιστική πολιτική έχει επιπτώσεις στους πολίτες αλλά και γενικότερα στην κοινωνία;

Υπάρχει δυστυχώς μεγάλη αναγκαιότητα στις μέρες μας, ειδικά με την τωρινή κατάσταση της πανδημίας, για την προσφορά χρήσιμων υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, όχι όμως μόνο για το στέλεχος του νέου ιού, καθώς λόγω των επαναλαμβανόμενων υποχρεωτικών εγκλεισμών, του άγχους αλλά και της μείωσης της κανονικότητας, παραμελούνται τα χρόνια προβλήματα και αυξάνεται η πιθανότητα κύλισης σε παλιότερες συνήθειες.

1. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ

Η χρήση καπνού είναι η μόνη πιο επικρατούσα αιτία ασθένειας και θανάτου παγκοσμίως. Προκαλεί περισσότερους από 8 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, πολλούς περισσότερους από ότι η ασθένεια του AIDS, η ελονοσία και η φυματίωση. Εκτός από την επιβάρυνση για την υγεία, η χρήση καπνού επιβάλλει τεράστιο οικονομικό κόστος από την υγειονομική περίθαλψη, σε σχέση με την απώλεια παραγωγικότητας, τις καταστροφές που προκαλούνται από φωτιά και τις περιβαλλοντικές βλάβες.

Η Ευρωπαϊκή περιφέρεια έχει από τα υψηλότερα ποσοστά σε ότι έχει να κάνει με την συνήθεια του καπνού στον κόσμο, με περίπου 209 εκατομμύρια ενήλικες (ή 29%) να καπνίζουν. Επιπλέον, η περιφέρεια έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος μεταξύ των γυναικών (21%), δηλαδή περίπου 74 εκατομμύρια γυναίκες εξακολουθούν να καπνίζουν στην Ευρώπη. Ο επιπολασμός της χρήσης καπνού ποικίλλει ευρέως στην περιοχή.

Σημαντικός δείκτης είναι ότι ο καπνός είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας στην περιφέρεια της Ευρώπης και η χρήση του αποτελεί επίσης σημαντική αιτία ανισότητας στην υγεία <https://www.who.int>.

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2019, το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν στην Ελλάδα φτάνει το 28,6% <https://www.statistics.gr/el/home>. Ένα ποσοστό αρκετά μεγάλο και ανησυχητικό στην εποχή μας, όπου ο κόσμος ενημερώνεται συνεχώς για την επιβλαβή χρήση που έχει το τσιγάρο στον άνθρωπο αλλά και τις όλο μεγαλύτερες προσπάθειες που γίνονται παγκοσμίως για την μείωση και την εξάλειψη αυτής της βλαβερής συνήθειας των πολιτών.

Παρατηρούμε πως στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος έγινε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, στο 1856 όπου με βασιλικό διάταγμα απαγορεύτηκε το κάπνισμα μέσα στα δημόσια κτίρια, με κύριο σκοπό όμως την αποφυγή πυρκαγιών και καταστροφών της δημόσιας περιουσίας και όχι της δημόσιας Υγείας.

Φαίνεται πως στα τέλη του ίδιου αιώνα, η αυθάδεια ενός παπά να καπνίζει σε κοινή θέα, εξαγρίωσε τον πρόεδρο κοινότητας στην Κρήτη, ο οποίος με την σύσταση συλλόγου, προσπαθούσε να επιβάλλει την σωστή συμπεριφορά στους ιερείς, κυνηγώντας τους να σταματήσουν το κάπνισμα σε κοινή θέα, διότι δεν άρμοζε τέτοια

συμπεριφορά σε «άνθρωπο του Θεού» <https://www.taathinaika.gr/antikapnistikes-ekstrateies-epi-vasileos-othonos-1855-kai-georgiou-a%CE%84-1898/>.

Έκτοτε είχαν γίνει ελάχιστα για τον περιορισμό του καπνίσματος μέχρι και το 1978, όπου ο τότε υπουργός υγείας κ. Δοξιάδης, προσπάθησε και έθεσε σε εφαρμογή την πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία στην Ελλάδα, η οποία είχε θετικά αποτελέσματα, αλλά εγκαταλείφτηκε όμως το 1982 με την αλλαγή κυβέρνησης και υπουργού.

Επόμενο βήμα κατά του καπνίσματος που ανέλαβε και υιοθέτησε η Ελληνική κυβέρνηση, σε συνέχεια της πολιτικής που ακολουθήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι η απαγόρευση της διαφήμισης των καπνικών προϊόντων στην τηλεόραση και τα ραδιόφωνα, όπου απαγορεύεται πλέον εκ του νόμου η διαφήμιση του τσιγάρου στην χώρα μας από όλα τα μέσα. Παρ' όλα αυτά, δημιουργήθηκαν ιδιαίτεροι παράγοντες και η κατανάλωση του καπνού δεν μειώθηκε ιδιαίτερα και σε κάποιες περιπτώσεις θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυξήθηκε (π.χ. στον γυναικείο πληθυσμό), όπως για παράδειγμα σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι δεν απαγορεύτηκε η χρήση τσιγάρων και η προώθηση τους σε εκπομπές, ταινίες και καθημερινά προγράμματα όπου οι πρωταγωνιστές προωθούσαν τα είδη καπνού. Οι καπνοβιομηχανίες διέκοψαν τις διαφημίσεις ενδιάμεσα στα τηλεοπτικά προγράμματα, ωστόσο στη διάρκεια τους διαφήμιζαν ανενόχλητα τα προϊόντα τους.

Ερχόμαστε στο 2002 όπου ψηφίζεται για πρώτη φορά η Υγειονομική Διάταξη ΑριθμΥΙ/Γ.Π./οικ.76017/2002 όπου απαγορεύει το κάπνισμα σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, αλλά αφήνει ένα μεγάλο παράθυρο ως προς τις περιπτώσεις ανοχής των καπνιζόντων.

Το 2008 ψηφίστηκε η διάταξη 3830/2008, όπου απαγορεύεται η διαφήμιση προϊόντων καπνού σε εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους και τα προϊόντα καπνού επιτρέπονται να διαφημιστούν μόνο σε σημεία πώλησης τους.

Ακολούθησαν ο αντικαπνιστικός νόμος του 2010 όπου αποφασίστηκε πλήρης διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, και θεωρείται συμπληρωματικός της διάταξης του 2008. Στην συγκεκριμένη περίοδο, είναι ιδιαίτερα εμφανής η δραστική δημοσιονομική προσαρμογή της ελληνικής οικονομίας, όπου η ειδική φορολόγηση εφαρμόστηκε κατά βάση για την περαιτέρω ενίσχυση των φορολογικών εσόδων, με αύξηση των φορολογικών συντελεστών στα προϊόντα που υπόκεινται σε ειδική φορολόγηση, με επιβολή νέων ειδικών φόρων σε προϊόντα με αλλά και χωρίς εμφανείς αρνητικές εξωτερικές επιδράσεις. Μέσα στην

πληθώρα των προϊόντων αυτών, βρίσκονται και τα προϊόντα καπνού Βέττας et al, 2020 <http://iobe.gr>.

Ο νόμος του 2016, άλλαξε δια παντός την εμφάνιση των προϊόντων καπνού στην Ελλάδα, ως ανάγκη και υποχρέωση της χώρας μας στην προσπάθεια καταπολέμησης της επιδημίας του καπνού.

Τελευταία ψηφίστηκε ο νόμος του 2019, που εκτός από την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Δημοσίας Υγείας, θέτει και άλλα περιοριστικά μέτρα ως προς το κάπνισμα.

Σημαντικό και ισχυρό εργαλείο που πρέπει να αναφερθεί στην προσπάθεια καταπολέμησης της μάστιγας του καπνού, με σκοπό την ανάπτυξη των στρατηγικών που ελέγχουν και καταπολεμούν της επιδημία του καπνίσματος σε παγκόσμιο επίπεδο, αποτελούν οι συντονισμένες κινήσεις που προσπαθεί να επιβάλλει ο Π.Ο.Υ., μέσω της FCTC ,δηλαδή, «**η Σύμβαση Πλαισίου Εργασίας για τον Έλεγχο του Καπνού**» (Framework Convention on Tobacco Control) <https://www.who.int/fctc/en>.

Η σύμβαση πλαισίου του 2003 τέθηκε σε ισχύ τον Φεβρουάριο του 2005, και ευθύνεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό για τις αντικαπνιστικές μεταρρυθμίσεις στην χώρα μας αλλά και σε πολλά κράτη ανά την υφήλιο, καθώς πολλές πολιτικές απορρέουν από αυτή την σύμβαση. Μέχρι το τέλος του 2019, είχε 181 μέρη, συμπεριλαμβανομένων 50 κρατών μελών του Π.Ο.Υ. αλλά και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επί του παρόντος, καλύπτει το 90% του παγκόσμιου πληθυσμού και παρέχει στις χώρες το νομικό και τεχνικό πλαίσιο που απαιτείται για την αντιμετώπιση της επιδημίας καπνού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) – με την Πρωτοβουλία Χωρίς Καπνό (Tobacco Free Initiative- TFI)- έχει ως στόχο να μειώσει το παγκόσμιο φορτίο από τις ασθένειες και τους θανάτους που προκαλούνται από τον καπνό, προστατεύοντας έτσι τις σημερινές και τις μελλοντικές γενιές από τις καταστροφικές συνέπειες της κατανάλωσης καπνού, τις κοινωνικές, περιβαλλοντικές και οικονομικές επιπτώσεις από την κατανάλωση του καπνού. Κάτι τέτοιο είναι δυνατό να επιτευχθεί με τον συνδυασμό της σύμβασης-πλαισίου του ΠΟΥ για τον έλεγχο του καπνού (FCTC) και το πακέτο MPOWER για τις πολιτικές καπνού, σαν βασικό σημείο εισόδου στο FCTC. Η σύμβαση πλαισίου (FCTC) ενθαρρύνει τις χώρες να τηρήσουν τις αρχές του και το πρόγραμμα TFI υποστηρίζει τις χώρες στις προσπάθειές τους να εφαρμόσουν τα μέτρα καταπολέμησης του καπνού μέσω του πακέτου MPOWER (Global Adult Tobacco Survey 2013, <https://www.who.int/fctc/en>).

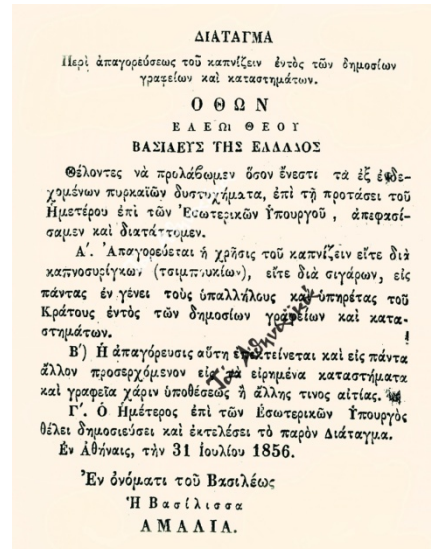
Σε συνδυασμό με την ανάληψη και την εφαρμογή της σύμβασης-πλαισίου, ο Π.Ο.Υ αναφέρει και την αναγκαιότητα της προώθησης της αειφόρου ανάπτυξης, μέσα από μια ατζέντα που περιλαμβάνει τους Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals- SDG), με σκοπό την ενίσχυση της εφαρμογής της σύμβασης πλαισίου σε όλες τις χώρες. Έτσι, θεωρείται αυτονόητο ότι απαιτείται ισχυρή υποστήριξη στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, για την επίτευξη των στόχων αειφόρου ανάπτυξης, στον έλεγχο του καπνού. Το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης του Π.Ο.Υ., παραθέτει ένα μενού με τις πιο συμφέρουσες και οικονομικά αποδοτικότερες επιλογές πολιτικής για τις χώρες, για την αντιμετώπιση του φόρτου των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Αυτές περιλαμβάνουν συστάσεις, όπως ότι οι χώρες πρέπει να «παρέχουν υπηρεσίες υποστήριξης με ολοκληρωτική κάλυψη κόστους, αποτελεσματικές και με καθολική κάλυψη του πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένων σύντομων συμβουλών, δωρεάν εθνικών υπηρεσιών μέσω γραμμών διακοπής του καπνού) σε όλους όσους θέλουν να εγκαταλείψουν». Οι Στόχοι Αειφόρου Ανάπτυξης (SDGs) ενισχύουν την ανάγκη για όλες τις χώρες να ενεργήσουν αποφασιστικά για τη μείωση της χρήσης καπνού. Το άρθρο 14 του Π.Ο.Υ. διευκρινίζει τόσο την ανάγκη όσο και τα μέσα για την επίτευξη, την εφαρμογή των πολιτικών διακοπής του καπνού και τις καλυπτόμενες από το κόστος υπηρεσίες (World Health Organization, 2019).

Τα μέτρα που περιγράφονται στον Π.Ο.Υ. FCTC περιλαμβάνουν την αύξηση των φόρων καπνού, απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού και πωλήσεων σε ανηλίκους, προειδοποίηση του κοινού για τους κινδύνους από τη χρήση καπνού, προώθηση εναλλακτικών μέσων διαβίωσης για τους καπνοκαλλιεργητές και τρόπους για να βοηθήσει τους χρήστες καπνού να σταματήσουν. Η εκπλήρωση αυτών των σκοπών απαιτεί τη συνεργασία πολλών τομέων πέρα από τον τομέα της υγείας, όπως χρηματοδότηση, εμπόριο, γεωργία, περιβάλλον, εργασία, ανάπτυξη, επικοινωνία, εκπαίδευση και επιβολή του νόμου <https://www.who.int/fctc/en>.

2. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΙ ΝΟΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. ΒΑΣΙΛΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 36/1856

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο πρώτος αντικαπνιστικός νόμος έγινε το 1856 επί βασιλείας Όθωνα και υπογράφηκε από την Βασίλισσα Αμαλία. Πιο συγκεκριμένα, στο συγκεκριμένο διάταγμα, το οποίο βρίσκεται δημοσιευμένο στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδας, παρατηρούμε πως ύστερα από συνεννόηση με τον Υπουργό Εσωτερικών, απαγορεύτηκε το κάπνισμα των δημοσίων υπαλλήλων στα γραφεία και στα καταστήματα, καθώς και σε όσους εισέρχονταν σε αυτά, ενώ



γίνεται ειδική αναφορά και στη σημασία της πρόληψης από πιθανά δυστυχήματα πυρκαγιάς. Αφορμή για την συγκεκριμένη πρωτοβουλία φαίνεται πως ήταν ένα άρθρο στην τότε εφημερίδα «Αθήνα», όπου στο στόχαστρο της βρέθηκαν όσοι κάπνιζαν μέσα σε δημόσια κτήρια, σε υπουργεία αλλά και στην Βουλή. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι το φαινόμενο είχε εξαπλωθεί και στα σχολεία όπου οι μαθητές είχαν μετατραπεί σε καπνιστές. Το διάταγμα δυστυχώς δεν φαίνεται να είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα καθώς δεν έγινε αποδεκτό από τους πολίτες.

2.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΑΡΙΘ. ΥΙ/Γ.Π./ΟΙΚ. 76017/2002

Η συγκεκριμένη Υγειονομική διάταξη απαγόρευε το κάπνισμα σε όλους του χώρους δημοσίων υπηρεσιών, σε χώρους νομικών προσώπων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, όπως Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ., σε ιδιωτικούς οργανισμούς καθώς και σε χώρους αναμονής του κοινού. Επιπλέον απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, φαρμακεία. Με βάση την συγκεκριμένη διάταξη απαγορεύτηκε και το κάπνισμα σε όλους τους χώρους που παρέχεται η εκπαίδευση όπως σχολεία, πανεπιστήμια. Τέλος

απαγορεύει και το κάπνισμα σε όλα τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, δηλαδή σε λεωφορεία, τρένα, αεροπλάνα και ταξί.

Παρατηρούμε πως ενώ η συγκεκριμένη διάταξη απαγορεύει το κάπνισμα, αφήνει ένα μεγάλο περιθώριο καπνίσματός σε όλους τους παραπάνω χώρους, μέσα από ένα ειδικό χώρο όπου με τα σωστά μηχανήματα εξαερισμού θα μπορεί κάποιος να καπνίσει. Όσο αφορά τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, αφήνει στον εκάστοτε καταστηματάρχη την δυνατότητα να χωρίσει τους χώρους σε καπνίζοντες η μη, με την ανάλογη σήμανση και εξαερισμό. Επίσης βλέπουμε πώς υπάρχει εξαίρεση στην εφαρμογή του νόμου σε μπαρ και παραδοσιακά καφενεία και σε μεγάλα κέντρα διασκέδασης άνω των 300 ατόμων και με επαρκή εξαερισμό. Αρμόδιοι για την εφαρμογή της διάταξη φαίνεται πως είναι οι ίδιοι οι πολίτες.

2.3. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 3730/2008 και ΝΟΜΟΣ ΥΠ ΑΡΙΘ. 3868/2010

Το 2008 βλέπουμε για πρώτη φορά στην ιστορία της Ελλάδας ένα νόμο που απαγορεύει την πώληση καπνών σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών και την πώληση ειδών καπνού από ανήλικα άτομα. Ένα γεγονός που ουσιαστικά απέτρεπε τους έφηβους να έρθουν σε επαφή εύκολα με το τσιγάρο και να εθιστούν σε αυτό, με σκοπό την μείωση των ποσοστών καπνιζόντων έφηβων στην Ελλάδα.

Επιπλέον μέτρο για την αποφυγή πώλησης προϊόντων καπνού σε ανήλικους ήταν η απαγόρευση πώλησης τέτοιου είδους προϊόντων από αυτόματους πωλητές και τα σημεία πώλησής τους ήταν αναγκασμένα να φέρουν ξεκάθαρα συγκεκριμένη ένδειξη, σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται η πώληση των διαφόρων προϊόντων καπνού σε ανηλικούς.

Ο συγκεκριμένος νόμος ήρθε να προστεθεί στην αντικαπνιστική διάταξη του 2002, που όπως φάνηκε δεν έφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η έναρξη ισχύος της νόμου άρχισε από το καλοκαίρι του 2009, αφού θεωρήθηκε πιο εύκολο από την συγκεκριμένη κυβέρνηση να διακοπεί το κάπνισμα, εφόσον δεν υπήρχε μεγάλη χρήση των εσωτερικών κλειστών χώρων.

Ένα κατάστημα, το οποίο έχει μικτό εμβαδόν έως 70τ.μ., είχε την δυνατότητα να διαλέξει εάν θα επιτρέπει το κάπνισμα ή όχι. Στο ενδεχόμενο της μη εφαρμογής

της απαγόρευσης εντός του χώρου του καταστήματος, αυτό έπρεπε να εφοδιαστεί με συγκεκριμένη άδεια και με κατάλληλο εξοπλισμό εξαερισμού, καθώς και να διαθέτει σήμανση ότι « Το κατάστημα είναι χώρος για καπνίζοντες.

Παράλληλα, ο συγκεκριμένος νόμος μεριμνούσε ώστε να περιορίζεται και η διαφήμιση των καπνικών προϊόντων, καθώς απαγόρευε όλες τις διαφημίσεις τους σε εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους, ενώ επιτρεπόταν να διαφημίζονται παρά μόνο στους χώρους πώλησης τους.

Παρατηρούμε πως η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση έγινε αποδεικτική αρχικά από μεγάλο ποσοστό καπνιστών. Μεγαλύτερες αντιφάσεις κατά αυτού, παρατηρήσαμε να προέρχονται κυρίως από τη πλευρά των επιχειρηματιών - καταστηματαρχών και τις πεποιθήσεις που είχαν, αναφορικά με μείωση της προσέλευσης του κοινού στις επιχειρήσεις τους. Επίσης, οι επιχειρήσεις αντιμετώπιζαν μεγάλο δίλλημα και με το πως θα διαχειριστούν τους πελάτες τους, καθώς δεν ήθελαν να έρθουν οι ίδιοι αντιμέτωποι μαζί τους και πίστευαν ότι θα ήταν πιο ευνοϊκό για τις ίδιες τις επιχειρήσεις τους, εάν οι πελάτες σε τυχόν μη συμμόρφωση τους, έρχονται οι ίδιοι αντιμέτωποι με το νόμο.

Στην συνέχεια του συγκεκριμένου νόμου βλέπουμε πως έρχεται το 2010 ο νόμος 3868 όπου σε συνδυασμό με μεγάλες τροποποιήσεις που γίνονται στο Ε.Σ.Υ., παρατηρούμε και αλλαγές στον νόμο 3730/2008.

Η νέα νομοθεσία απαγορεύει και τις διαφημίσεις καπνικών προϊόντων από τους κινηματογράφους, καθώς και κάθε είδους προώθηση και διαφήμιση καπνού σε όλους τους εσωτερικούς, εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους αυτών. Η μόνη εξαίρεση αποτελούν οι εσωτερικοί χώροι πώλησης καπνικών προϊόντων.

Επιπλέον αυστηρότερα γίνονται τα μέτρα κατά του καπνίσματος, με την εφαρμογή του νόμου αυτού από τον Σεπτέμβριο του 2010, όπου γίνεται καθολική η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους του κλειστούς δημόσιου χώρους σύμφωνα με τη σύσταση της ΕΕ 2009/C296/02 και με το άρθρο 8 του Π.Ο.Υ. και την Σύμβαση Πλαισίου Ελέγχου του Καπνού (FCTC). Μοναδικές εξαιρέσεις είναι τα μεγάλα κέντρα διασκέδασης και καζίνο, 300τ.μ. και άνω, όπου μπορούν να δημιουργηθούν χώροι καπνίζόντων, σε αναλογία με τα εκάστοτε τετραγωνικά, και θα καταβάλλεται ειδικό τέλος 200 ευρώ ανά τετραγωνικό. Τέλος υπήρχε περιθώριο σχεδόν ενός έτους προσαρμογής, από τον Ιούνιο του 2011, όπου μετέπειτα θα έπαυε να υπήρχε η συγκεκριμένη εξαίρεση.

2.4. ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜ.4419/2016

Τον Σεπτέμβριο του 2016 ψηφίζεται ο συγκεκριμένος νόμος ύστερα από την έκδοση οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την εμφάνιση των προϊόντων καπνού. Η συγκεκριμένη νομοθεσία μέσα στην πληθώρα των προϊόντων καπνού καθώς και τις προδιαγραφές που θα πρέπει να τηρούν για την κυκλοφορία τους στην χώρα μας, βάζει επιπλέον όρια στην εμφάνισή τους.

Κάθε εξωτερική συσκευασία προϊόντος καπνού που διατίθεται στην ελληνική αγορά, θα πρέπει να φέρει τις προειδοποιήσεις για την υγεία, οι οποίες θα πρέπει να καταλαμβάνουν ολόκληρη την επιφάνεια της συσκευασίας ή της εξωτερικής συσκευασίας και θα πρέπει να τυπώνονται με συγκεκριμένο τρόπο, ώστε να μην μπορούν να αφαιρεθούν εύκολα, να είναι ανεξίτηλες και πλήρως ορατές, καθώς επίσης και να μην κρύβονται εν μέρει ή εξ ολοκλήρου.

Επίσης στο φύλλο της κυβέρνησης μπορεί κανείς να δει τα παραρτήματα με τις εικόνες και τα μηνύματα που πρέπει να φέρουν οι συσκευασίες για τα προϊόντα καπνού. Γίνεται φανερή η όλο και μεγαλύτερη και επιτακτική ανάγκη χρήσης μέτρων για την διακοπή και τον περιορισμό του καπνίσματος.

2.5. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4633/2019

Ο συγκεκριμένος νόμος που δημοσιεύτηκε στις 16-10-2019 προχωράει στην σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.), όπου αποτελεί και βασικός πυλώνας για την ύπαρξη κέντρων αναφοράς για την Δημόσια Υγεία. Συμπληρώνονται ακόμα πιο αυστηρά οι προηγούμενοι αντικαπνιστικοί νόμοι.

Πιο συγκεκριμένα επεκτείνεται σε όλους του χώρους εργασίας η απαγόρευση του καπνίσματος και διευκρινίζεται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια η εφαρμογή του νόμου σε ότι έχει να κάνει με τα μαγαζιά εστίασης. Αυτή η λεπτομέρεια αφορά τους εσωτερικούς χώρους, όπου περιλαμβάνονται και κάθε μορφής αίθριο ή χώρος με συρόμενη ή αποσπώμενη οροφή ή πόρτα και ταυτόχρονα κλεισμένος με οποιανδήποτε χώρο περιμετρικά. Επιτρέπεται το κάπνισμα μόνο σε εξωτερικούς χώρους, μόνο σε περίπτωση που αυτοί είναι περιμετρικά ανοικτοί σε τουλάχιστον δύο πλευρές.

Σημαντική πρωτοβουλία της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης αποτελεί και η απαγόρευση του καπνίσματος και επιβολή προστίμων στα μεταφορικά μέσα, στα δημοσίας και ιδιωτικής χρήσης επιβατικά αυτοκίνητα (ταξί), όταν σε αυτά επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών. Για τους παραβάτες αυτών επιβάλλονται διοικητικά πρόστιμα και αφαίρεση της άδειας οδήγησης. Η απαγόρευση καπνίσματος σε αθλητικές δομές και παιδικές χαρές ακόμη και αν είναι ανοιχτοί χώροι, φανερώνει ακόμα μια προσπάθεια της κυβέρνησης για την προστασία των ανήλικων από το παθητικό κάπνισμα αλλά και την αποτροπή ξεκινήματος μιας τέτοιας βλαβερής συνήθειας.

Για τη διασφάλιση της εφαρμογής και της σωστής τήρησης του νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου, σε ότι έχει να κάνει με την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους αλλά και σε όλους τους χώρους παροχής εργασίας, μέσω του ελέγχου και της διαπίστωσης των παραβάσεων και της επιβολής κυρώσεων, υπεύθυνες κατά κύριο λόγο, είναι οι υγειονομικές υπηρεσίες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Α΄ και Β΄ βαθμού), η δημοτική αστυνομία, οι λιμενικές αρχές στην περιοχή της ευθύνης τους, καθώς και το ένστολο προσωπικό της ΕΛ.ΑΣ.

Παρατηρούμε πως για πάνω από 10 χρόνια, τόσο ο πληθυσμός όσο και τα ίδια τα μέσα επιβολής του νόμου στην Ελλάδα, αντιστέκονται στη συμμόρφωση με τη νομοθεσία. Παρόλο που η ίδια η νομοθεσία απαγορεύει το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους, υπάρχει μεγάλη ανοχή από τους ιδιοκτήτες επιχειρήσεων σε όλη την Ελλάδα οι οποίοι επιτρέπουν το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους. Αυτή η συμπεριφορά τροφοδοτείται από την πεποίθησή τους ότι θα χάσουν πελάτες εάν επιβάλουν την απαγόρευση του καπνίσματος εντός της επιχείρησής τους. Συναυτουργός σε αυτή την πεποίθηση αποτελεί και η έλλειψη επιβολής προστίμων από τη δημοτική αστυνομία, η οποία έχει υιοθετήσει μια ήπια πολιτική για την τιμωρία για όσους δεν συμμορφώνονται. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να παραβλέπεται σε μεγάλο βαθμό ο νόμος σε εθνικό επίπεδο.

Σημαντική εξαίρεση στον κανόνα της μη εφαρμογής του νόμου βλέπουμε πως είναι η πόλη αρχικά των Τρικάλων και στην συνέχεια της Κοζάνης. Στις δύο αυτές πόλεις αποφασίστηκε από τους Δημάρχους η εφαρμογή του τελευταίου αντικαπνιστικού νόμου (3868/2010). Σε συνδυασμό με τους πολίτες αποφασίστηκε η

διακοπή του καπνίσματος σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Σε αυτή τους την προσπάθεια συνέβαλλε και η Δημοτική Αστυνομία της εκάστοτε πόλης, ελέγχοντας για την αυστηρή τήρηση των μέτρων και επιβάλλοντας τα τσουχτερά πρόστιμα , τόσο σε καταστηματάρχες όσο και στους καπνιστές, σε περίπτωση μη συμμόρφωσης τους. Πρέπει να σημειωθεί όμως, πως αυτή η αλλαγή και στις δύο πόλεις, επήλθε αρκετά αργότερα (https://www.ethnos.gr/ellada/21240_pos-i-kozani-ekopse-kapnisma-o-dimarhos-milagia-tis-antidraseis-vid , Skerletopoulos, Makris and Khaliq, 2020).

Παράλληλες ενέργειες βοηθούν και συμπληρώνουν το έργο και την νομοθεσία του Υπουργείου Υγείας και της Κυβέρνησης, για την μείωση του καπνίσματος στην χώρα μας. Μια από αυτές αποτελεί η ύπαρξη Ιατρείων Διακοπής καπνίσματος τα οποία λειτουργούν σε αρκετά νοσοκομεία της Ελλάδας, δημόσια αλλά και ιδιωτικά. Ιδιωτικές προσπάθειες όπως αυτής της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας με τον οργανισμό «Δεν Καπνίζω, Ζω ελεύθερα» καθώς και με σεμινάρια προς τους επαγγελματίες υγείας, αποτελούν μια συλλογική προσπάθεια προς ένα κοινό στόχο.

Τέλος ο αριθμός 1142, αποτελεί μία τηλεφωνική πλατφόρμα καταγγελιών, όπου μπορεί ο κάθε πολίτης να καλέσει, καπνιστής ή μη, σε όλη τη διάρκεια της ημέρας, όπου ειδικοί επικοινωνούν μαζί τους και καταγράφουν καταγγελίες, αλλά παράλληλα προσφέρουν πληροφόρηση και υποστήριξη στους καπνιστές. Δίνεται επίσης η δυνατότητα να καταγγελθούν παραβάσεις της αντικαπνιστικής νομοθεσίας, επώνυμα, για να μπορέσουν να υπάρχουν οι ανάλογες κυρώσεις και η απαιτούμενη συμμόρφωση από την εκάστοτε επιχείρηση. Οι πολίτες επίσης μπορούν να ζητήσουν βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος αλλά και κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την επικρατούσα νομοθεσία. Διακρίνεται εδώ, μια προσπάθεια της Κυβέρνησης να έρθει σε πιο στενή επαφή με τους πολίτες της, και έχει ως γνώμονα την ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ τους (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/loipes-eksarthseis/antikapnistikh-politikh>).

3. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Παραδοσιακά, ο τομέας της υγείας είναι πρωτοπόρος στην ανάπτυξη πολιτικής ελέγχου του καπνού. Η Ευρωπαϊκή Ένωση καλεί τα κράτη μέλη, ωστόσο,

να επεκτείνουν τον έλεγχο του καπνού πέρα από τον τομέα της υγείας και να αναπτύξουν μια ολοκληρωμένη πολύ-τομεακή προσέγγιση. Στην πράξη αυτό σημαίνει, ότι άλλοι κυβερνητικοί τομείς και υπουργεία πρέπει να υποστηρίζουν την ανάπτυξη ολοκληρωμένων μέτρων ελέγχου του καπνού (π.χ. μέσω της φορολογίας, εκστρατείες ενημέρωσης, υποστήριξη των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος κ.α.). Τα περισσότερα κράτη μέλη ανέφεραν ότι διαθέτουν μια πολύ-τομεακή στρατηγική ελέγχου του καπνού και αναφέρθηκαν στις εθνικές στρατηγικές ελέγχου του καπνού και δημόσιας υγείας που είτε υιοθετούνται, κατά τη διαδικασία έγκρισης είτε αυτών που βρίσκονται υπό αναθεώρηση (World Health Organization, 2019).

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι κυβερνήσεις ανά την υφήλιο, προσπαθούν να ελέγξουν την κατανάλωση των τσιγάρων (κάπνισμα), λαμβάνοντας μια σειρά από διάφορα μέτρα. Οι προσπάθειες ελέγχου που γίνονται, προέρχονται κυρίως από τις ανησυχίες σχετικά με την υγεία των καπνιστών, ενώ η υγεία των μη καπνιστών (κίνδυνοι από παθητικό κάπνισμα) λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή.

Η σύμβαση-πλαίσιο της ΠΟΥ για τον έλεγχο του καπνού (FCTC) σε συνεργασία με το πακέτο MPOWER ορίζει τα ακόλουθα ως τα πιο αποτελεσματικά μέτρα κατά της επικράτησης του καπνίσματος: μέτρα για τις τιμές και τη φορολογία, προστασία του πληθυσμού από το παθητικό κάπνισμα, ολοκληρωμένες πληροφορίες προς τους καταναλωτές σχετικά με την επίδραση του καπνού στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των εκστρατειών ενημέρωσης και διδασκαλίας του κοινού, της συμμετοχής των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των επιστημονικών δημοσιεύσεων, την απόλυτη απαγόρευση διαφήμισης και προώθησης όλων των τύπων προϊόντων καπνού, χρησιμοποιώντας μάρκες και λογότυπα καπνού ως χορηγία, την εισαγωγή μεγάλων άμεσων και ξεκάθαρων προειδοποιήσεων για την υγεία σε κάθε συσκευασία τσιγάρων και τη συσκευασία άλλων προϊόντων καπνού και την οργάνωση της αποτελεσματικής ιατρικής βοήθειας στη διακοπή του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής θεραπείας για τον εθισμό στη νικοτίνη.

<https://www.who.int/fctc/en>

Σύμφωνα με τους Tarantilis and Athanasakis, 2013, η επιλογή ενός ατόμου να καπνίσει αντί να επιλέξει την κατανάλωση κάποιου άλλου προϊόντος, οφείλεται σε αποτυχία της αγοράς να ενημερώσει σχετικά με τον κίνδυνο για το κάπνισμα στην υγεία, την αποτυχία για την σωστή και αποτελεσματική διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τον εθισμό που προκαλείται από αυτό και τέλος, την μη πληροφόρηση σχετικά με την εξωτερική επιβάρυνση στους μη καπνιστές. Ως εκ τούτου, η

κυβερνητική παρέμβαση είναι επιτακτική όχι μόνο ως προς την προστασία των καπνιστών από την επικίνδυνη συνήθεια αλλά και των μη-καπνιζόντων, διορθώνοντας τις εξωτερικότητες που συσχετίζονται με το κάπνισμα. Επισημαίνεται ότι το τεράστιο κοινωνικό βάρος του καπνίσματος ξεπερνά την απώλεια χρησιμότητας του καταναλωτή και αυτής της οικονομικής αποτελεσματικότητας.

Στην προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, έχουν χρησιμοποιήσει τόσο τιμολογιακές όσο και μη- τιμολογιακές πρακτικές για την καταπολέμηση του καπνίσματος.

3.1.ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Τα μέτρα τιμών βασίζονται κυρίως στη μείωση του καπνίσματος, χρησιμοποιώντας υψηλότερες τιμές τσιγάρων που οφείλονται σε υψηλότερους φόρους. Οι κυβερνήσεις παντού επέβαλαν μεγαλύτερους φόρους στα τσιγάρα. Η σχέση μεταξύ του φόρου των τσιγάρων, των αυξήσεων των τιμών τους και της ζήτησης τους καθορίζεται από την ελαστικότητα ζήτησης των τιμών. Έχει παραχθεί μια σειρά εκτιμήσεων για την ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή των τσιγάρων, με τις περισσότερες από τις εκτιμήσεις από τις ΗΠΑ και άλλες χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα, οι οποίες κυμαίνονται στο εύρος από 0,25 έως 0,50. Οι προβλεπόμενες εκτιμήσεις για την κατανάλωση τσιγάρων και τις φορολογικές μεταβολές των φορολογικών εσόδων βασίζονται σε μια ελαστικότητα ζήτησης ως προς τις τιμές 0,44. Αυτό σημαίνει ότι, για κάθε 10% αύξηση των τιμών των τσιγάρων, η συνολική κατανάλωση τσιγάρων μειώνεται κατά 4% (Alpert *et al.*, 2014).

Στην Ευρώπη τα προϊόντα καπνού υπόκεινται και στους δύο έμμεσους φόρους, αυτόν που επιβάλλεται είτε ως ποσοστό κάποιας αξίας, «κατ' αξία φόρος», είτε ως συγκεκριμένο ποσό ανά τσιγάρο, «ειδικός φόρος», σε συνδυασμό με τον φόρο προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ). Η δομή των έμμεσων φόρων κατανάλωσης (κατ' αξία έναντι του ειδικού φόρου), έχει επιπτώσεις στα έσοδα που προέρχονται από τον φόρο των τσιγάρων, καθώς και στα κίνητρα της καπνοβιομηχανίας και στις τελικές τιμές τσιγάρων. Ο κατ' αξία φόρος, συμβαδίζει με τον πληθωρισμό των τιμών, καθώς οι τιμές και τα έσοδα των φόρων αναπροσαρμόζονται με βάση ως προς αυτόν. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι αυτού το είδος ο φόρος είναι ευάλωτος στις τιμολογιακές

στρατηγικές της βιομηχανίας, όπως για παράδειγμα η μείωση των τιμών των τσιγάρων μετακυλιέται άμεσα στα έσοδα του κράτους, μειώνοντάς τα. Ένα τέτοιο φαινόμενο είναι δύσκολο να παρατηρηθεί στον ειδικό φόρο κατανάλωσης. Η είσπραξη των φόρων, δηλαδή τα έσοδα του κράτους, είναι λιγότερο επιρρεπή στις στρατηγικές της βιομηχανίας. Η ειδική τιμή που εφαρμόζεται, τόσο σε χαμηλού όσο και σε υψηλού επιπέδου προϊόντα, οδηγεί τους καταναλωτές σε αναβάθμιση των προϊόντων που αγοράζουν, καθώς η σχετική τιμή των τσιγάρων υψηλής ποιότητας μειώνεται. Παρ' όλα αυτά, η τιμή του ειδικού φόρου δεν αλλάζει με την αλλαγή της τιμής, κάτι που επιβάλλει την περιοδική αναπροσαρμογή του. (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011)

Ο καπνός όταν καταναλώνεται, σε αντίθεση με τα περισσότερα άλλα αγαθά, επιβάλλει κοινωνικό κόστος, που ονομάζεται εξωτερικότητα. Η ύπαρξη αυτών των δαπανών δικαιολογεί τη συμμετοχή των κυβερνήσεων στη ρύθμιση της κατανάλωσης καπνού και αποτελεί οικονομική λογική, η επιβολή του ειδικού φόρου κατανάλωσης στα προϊόντα καπνού. Ένας οικονομικά αποδοτικός φόρος κατανάλωσης θα πρέπει τουλάχιστον να καλύπτει το εξωτερικό αυτό κοινωνικό κόστος που σχετίζεται με το κάπνισμα. Επιπλέον, παρατηρούμε στην βιβλιογραφία, πως υποδηλώνετε η ύπαρξη κάποιου εσωτερικού (ή ιδιωτικού) κόστους, ικανού να δικαιολογήσει την κυβερνητική παρέμβαση στην προσωπική απόφαση του ατόμου, σχετικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Η λογική, πάνω στην οποία στηρίζεται, θεωρεί ότι όλα τα άτομα, δεν σκέφτονται και δρουν ορθολογικά, σε σχέση με τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος, στη προσωπική τους υγεία και στον κίνδυνο και στο κόστος εξάρτησης από τη νικοτίνη. Σε αυτήν την περίπτωση, ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η επιβολή των ειδικών φόρων κατανάλωσης καπνού, θα ήταν να αποθαρρύνει τη τωρινή αλλά και την μελλοντική συμπεριφορά, σε ότι έχει να κάνει με το κάπνισμα (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011).

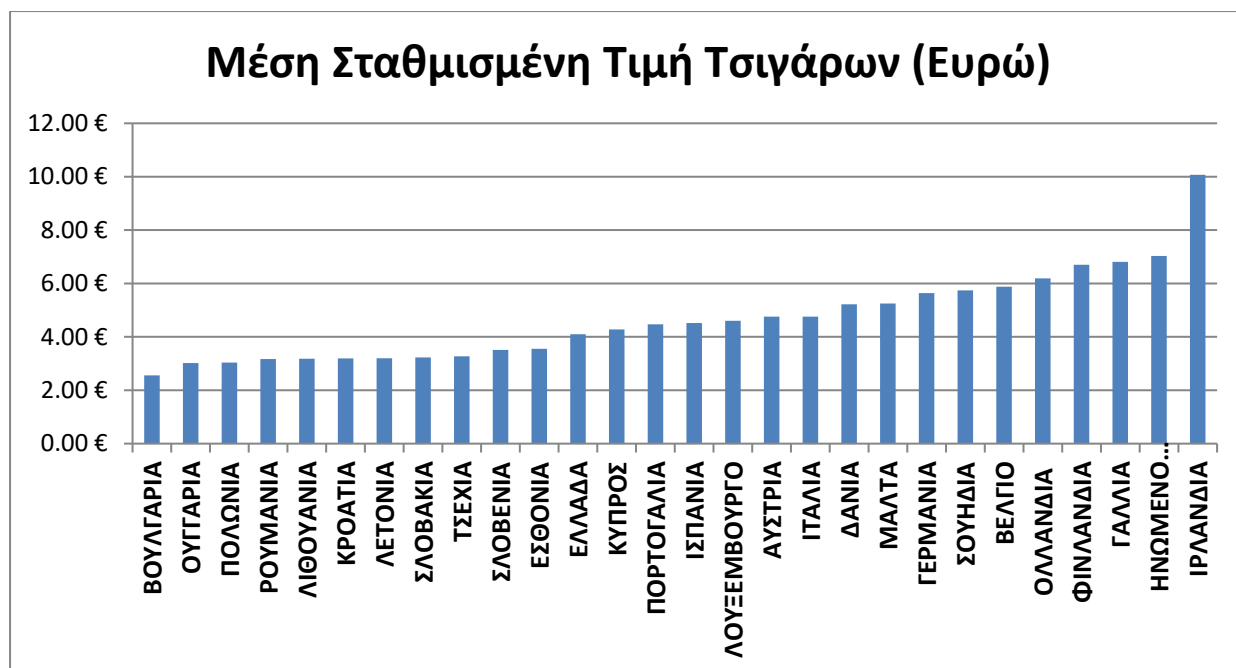
Η ιδέα της Πιο Δημοφιλής Κατηγορίας Τιμής (Most Popular Price Category – MPPC) παρουσιάστηκε πριν από 30 χρόνια. Βέβαια, εκείνη την εποχή που ξεκίνησε η ιδέα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στις εθνικές αγορές τσιγάρων κυριαρχούσε συνήθως μια γνωστή εμπορική μάρκα. Σήμερα παρατηρούμε πως το μερίδιο αγοράς στην Πιο Δημοφιλή Κατηγορία Τιμής, είναι περίπου στο 35%, καθώς περισσότερα από ένα εμπορικά σήματα κυριαρχούν στην αγορά διεθνώς.

Επίσης από το 2011, η Ευρωπαϊκή Ένωση αποφάσισε έναν υποχρεωτικό υπολογισμό της σταθμισμένης μέσης τιμής (Weighted Average Price-WAP). Η μέση

σταθμισμένη τιμή καθορίζεται ετησίως από το Υπουργείο Οικονομικών. Έτσι, ο ειδικός φόρος κατανάλωσης μπορεί να ταξινομηθεί σε: α) Σταθερό φόρο στη μέση σταθμευμένη τιμή, όπου ο συγκεκριμένος φόρος είναι ο ίδιος για όλες τις μάρκες τσιγάρων, χωρίς να εξαρτάται από την τιμή λιανικής τους, και β) στον αναλογικό φόρο, ο οποίος αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό της λιανικής τιμής των 1.000 τσιγάρων. (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011) Η συνολική φορολογική επιβάρυνση προκύπτει από το άθροισμα: α) του πάγιου ειδικού φόρου κατανάλωσης, και β) του αναλογικού ειδικού φόρου κατανάλωσης και του ΦΠΑ (Μανιάτης και Danchev, 2016, <http://iobe.gr>).

Η τιμή που χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν από την ΕΕ για τον υπολογισμό των φορολογικών συντελεστών ήταν η πιο δημοφιλής κατηγορία τιμών (MPPC), η οποία θεωρήθηκε ότι είναι παρόμοια με την κατηγορία τιμών μάρκας με τις περισσότερες πωλήσεις. Ωστόσο, από το 2011, η ΕΕ υπολογίζει και αναφέρει φορολογικούς συντελεστές βάσει της σταθμισμένης μέσης τιμής (WAP) και, επομένως, πληροφορίες σχετικά με το MPPC δεν είναι πλέον άμεσα διαθέσιμες για τις χώρες της ΕΕ <https://www.who.int>.

Σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες της ΕΕ, οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης που επιβάλλονται στα τσιγάρα αναγκαστικά περιλαμβάνουν έναν κατά αξία φόρο και ένα συγκεκριμένο συστατικό. Η έμφαση που δίνουν τα κράτη μέλη είτε στο κατά αξία φόρο είτε στο συγκεκριμένο στοιχείο, εξαρτάται κυρίως από τον επιδιωκόμενο στόχο πολιτικής.



Εικόνα 1: Μέση Σταθμισμένη Τιμή ανά πακέτο 20 τσιγάρων, στην Ευρώπη των 28. <https://www.who.int>

3.2. ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, τα ποσοστά χρήσης καπνού στους ενήλικες είναι πολύ υψηλά στην Ελλάδα και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στα κράτη μέλη της Ευρώπης. Το συνολικό ποσοστό επιπολασμού, συμπεριλαμβανομένων των περιστασιακών και τακτικών καπνιστών, βρέθηκε να είναι 42,5% τον Δεκέμβριο του 2010, και επίσης από το Ευρωβαρόμετρο το 2012, το ποσοστό φαίνεται να έπεσε στο 40%, αλλά παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΚΕΕΛΠΝΟ έδειξε χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ ενήλικων γυναικών και ανδρών στο 33,5%, τόσο για τους κανονικούς όσο και για τους περιστασιακούς καπνιστές για το 2011 και μείωση του ποσοστού επιπολασμού από 38,2% σε σχέση με το 2009. Η ειδική αναφορά του Ευρωβαρομέτρου του 2017, κατατάσσει πρώτη την χώρα μας στο κάπνισμα, στην Ευρώπη των 28 (European Commission, 2017).

Το 2007, η Ελλάδα διενήργησε την πρώτη της έρευνα Global Youth Tobacco Survey, όπου εξετάζεται η χρήση του καπνού στα άτομα ηλικίας 13-15 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ιδιαίτερα ανησυχητικά. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το ένα τρίτο των μαθητών που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο, 32,1%, είχαν

δοκιμάσει καπνό στο παρελθόν, ενώ το 16,2% ήταν τρέχοντες χρήστες προϊόντων καπνού. Το 89,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εκτέθηκαν σε καπνό στα σπίτια τους και το 94,1% σε δημόσιους χώρους. Τέλος, ένας εντυπωσιακά υψηλός αριθμός των μαθητών (95%) ανέφερε ότι μπόρεσαν να αγοράσουν τα δικά τους τσιγάρα χωρίς περιορισμούς (Global Adult Tobacco Survey 2013).

Στην Ελλάδα η ειδική ή η πρόσθετη φορολόγηση των προϊόντων ανέκαθεν αποτελούσε κύρια πηγή εσόδων. Αν και ο κύριος στόχος ήταν πάντα η συγκέντρωση δημοσίων εσόδων, η ειδική φορολόγηση συγκεκριμένων προϊόντων στην Ελλάδα, όπως ο καπνός και το αλκοόλ, σταδιακά αποσκοπούσε στην επίτευξη και άλλων στόχων της δημόσιας πολιτικής, όπως η προστασία της υγείας.

Ειδικοί φόροι στην Ελλάδα επιβάλλονται σε μια σειρά από προϊόντα και υπηρεσίες. Το 2018 τα έσοδα από ειδικού φόρους στην Ελλάδα ανήλθαν περίπου τα 9 € δισεκατομμύρια. Σχεδόν τα μισά από αυτά τα έσοδα (47%), πήγαζαν κυρίως από τη φορολόγηση των ενεργειακών προϊόντων, ενώ οι φόροι στα καπνικά προϊόντα απέδωσαν το ¼ των εσόδων (Βέττας et al, 2020, <http://iobe.gr>).

Σύμφωνα με άρθρο των Alpert *et al.*, 2014, παρ όλη την αύξηση του φόρου ανά πακέτο τσιγάρου, οι φόροι τσιγάρων στην Ελλάδα είναι κάτω από τον μέσο όρο των χωρών που παρακολουθούνται από την Ευρωπαϊκή επιτροπή. Μεταξύ των ετών 2007 και 2009, η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ήταν αρκετά σταθερή, περίπου 33 έως 34 δισεκατομμύρια ράβδους (τσιγάρου) ή 3000 ράβδους ανά άτομο ανά έτος. Ωστόσο, η κατανάλωση μειώθηκε απότομα το 2009, φτάνοντας στα χαμηλά επίπεδα το 2011, αυτά των 24,9 δισεκατομμυρίων ράβδων ή 2197 ράβδων ανά άτομο.

Η απότομη πτώση αυτή οφειλόταν κατά κύριο λόγο στην βαθιά οικονομική κρίση που έπληττε την Ελλάδα εκείνη την περίοδο, καθώς λειτούργησε συνδυαστικά η μείωση του ατομικού εισοδήματος και η όλο και μεγαλύτερη αύξηση της φορολογίας. Βασικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης κρίσης, ήταν το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος και η συνεχής υποβάθμιση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ελληνική κυβέρνηση, προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα στράφηκε στην Ε.Ε και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ζητώντας την ενεργοποίηση ενός πακέτου στήριξης και σε συνδυασμό με μια σειρά ενεργειών από την δική της πλευρά, όπως η αύξηση των έμμεσων και άμεσων φόρων, η μείωση δημοσίων δαπανών και η συγχώνευση ή κατάργηση δημοσίων μη παραγωγικών υπηρεσιών, προσπάθησε να ορθοποδήσει. Τα

ποσοστά ανεργίας τον Ιανουάριο 2013 άγγιξαν το 27,2% (Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, 2013) .

Απόρροια της βαθείας οικονομικής κρίσης και του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος φαίνεται να είναι, σύμφωνα με τον Filippidis *et al.*, 2017, η μείωση του αριθμού των ενήλικων καπνιστών, 540.000 λιγότεροι το 2015 σε σχέση με το 2008, και η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων μειώθηκε από 3.164 σε 1.979 ράβδους σε μόλις πέντε χρόνια. Επίσης επισημαίνεται και η απότομη μείωση της θνησιμότητας από αναπνευστικές ασθένειες που παρατηρήθηκε έως το 2013 καθώς θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως ένα πρώιμο θετικό σημάδι αυτής της μείωσης. Ωστόσο τα ποσοστά της τυποποιημένης αναπνευστική θνησιμότητας το 2014 ήταν υψηλότερα από την προηγούμενη χρονιά, υποδεικνύοντας ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αναπνευστική θνησιμότητα μπορεί να είναι πολύπλοκοι.

Οι συντελεστές Ειδικών Φόρων Κατανάλωσης στα καπνικά προϊόντα στην χώρα μας, παρουσίαζαν σχετική σταθερή τάση μέχρι το 2009, αλλά από τον Ιανουάριο του 2010 σημείωσαν μεγάλες αυξητικές μεταβολές. Η συνολική φορολογική επιβάρυνση ανά μονάδα προϊόντος, σχεδόν έγινε διπλάσια μεταξύ των ετών 2008 και του 2018. Αυτό, είναι αποτέλεσμα της αναδιάρθρωσης του φόρου καπνού του 2010, όπου ο συνολικός φόρος αντιπροσώπευε το 86% της λιανικής τιμής, καθώς αυξήθηκε σημαντικά σε σύγκριση με το επίπεδο του 2009 και του 2008, όταν αντιπροσώπευε το 83% και το 70% της λιανικής τιμής, αντίστοιχα. Το 2012, ρυθμίστηκε ειδικός φόρος κατανάλωσης στα 80 € ανά 1000 τσιγάρα και κατ 'αξία φόρος στο 20% της λιανικής τιμής. Το ελάχιστο ποσό, πρέπει να είναι τουλάχιστον 115 ευρώ ανά 1000 τσιγάρα. Εν τω μεταξύ, ο ειδικός φόρος κατανάλωσης ορίστηκε σε 153 ευρώ ανά κιλό καπνού για στριφτά τσιγάρα (Tarantilis *et al.*, 2015). Τα ποσοστά του ειδικού φόρου κατανάλωσης βλέπουμε ότι έχουν μεταβληθεί από τότε, πιο συγκεκριμένα έχουν αυξηθεί.

Συμφώνα με την οδηγία 2011/64/EE, στην Ελλάδα ο ειδικός φόρος κατανάλωσης επιβάλλεται στα βιομηχανοποιημένα καπνά ανά φορολογική μονάδα (ΦΜ), η οποία αντιστοιχεί σε 1000 τσιγάρα ή 1 κιλό λεπτοκομμένου καπνού. Πιο συγκεκριμένα:

1. Τσιγάρα. Επιβάλλεται ένας πάγιος φόρος ανά μονάδα προϊόντος, ο οποίος αντιστοιχεί σε 82,5 ευρώ ανά φορολογική μονάδα και είναι ο ίδιος για όλες τις κατηγορίες τσιγάρων. Εκτός από τον πάγιο φόρο, επιβάλλεται και ένας αναλογικός φόρος, ο συντελεστής του οποίου είναι 26% και υπολογίζεται με βάση τη μέση

σταθμισμένη τιμή πώλησης μιας φορολογικής μονάδας και είναι ίδια για όλα τα τσιγάρα. Το συνολικό ποσό του ειδικού φόρου κατανάλωσης που υπολογίζεται ως άθροισμα των ανωτέρω φόρων (πάγιου και αναλογικού), δεν πρέπει να είναι κατώτερος των 117,50€ ανά φορολογική μονάδα.

2. Λεπτοκομμένος καπνός. Ο συντελεστής του ειδικού φόρου κατανάλωσης είναι 170 ευρώ ανά ΦΜ.

3. Πούρα ή πουράκια. Ο συντελεστής του ειδικού φόρου κατανάλωσης ορίζεται ως 35% επί της τιμής λιανικής πώλησης τους ανά ΦΜ.

4. Υπόλοιπα καπνά. Ο συντελεστής του ειδικού φόρου είναι 156,70€ ανά ΦΜ <http://iobe.gr>.

Πρέπει να επισημάνουμε πως η φορολογική αντιμετώπιση των ανωτέρω επιμέρους κατηγοριών προϊόντων καπνού δεν εμφανίζει ιδιαίτερα στοιχεία διαφοροποίησης, καθώς δεν διαφοροποιούνται σημαντικά και οι βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν τόσο στην ανθρώπινη υγεία όσο και το κόστος για τα συστήματα υγείας. Από την άλλη πλευρά, η φορολόγηση των υγρών ηλεκτρονικών τσιγάρων, δηλαδή υποκατάστατων προϊόντων δυνητικά μειωμένου κινδύνου για την υγεία, είναι χαμηλότερη. Ο ειδικός φόρος κατανάλωσης για το υγρό των ηλεκτρονικών τσιγάρων επιβλήθηκε το 2016 και βρίσκεται στα 0,10 λεπτά του ευρώ/ χιλιοστόλιτρο. (Βέττας et al, 2020, <http://iobe.gr>)

Έτσι παρατηρούμε πως οι πωλήσεις νόμιμων προϊόντων καπνού εξακολουθούν τα τελευταία χρόνια να μειώνονται, με βασικό λόγο την μεγάλη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών, συνδυαστικά βέβαια με την αύξηση των τιμών των προϊόντων καπνού, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της φορολογίας τους. Παρ' όλα αυτά, η ύπαρξη λαθραίων προϊόντων, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, η μείωση του πληθυσμού που καπνίζει και η διαθεσιμότητα υποκατάστατων όπως το ηλεκτρονικό τσιγάρο και τα διάφορα προϊόντα ατμισμού, οδηγεί σε μείωση ζήτησης του τσιγάρου όπως το ξέρουμε (Μανιάτης και Danchev, 2016, <http://iobe.gr>).

Πρέπει να σημειώσουμε ότι οι αυξήσεις στους φόρους τσιγάρων ενδέχεται να αυξήσουν τα κίνητρα για φοροαποφυγή και φοροδιαφυγή, απαιτώντας αποτελεσματική φορολογική διοίκηση για μεγιστοποίηση των εσόδων και των ωφελειών για τη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τον Βέττας et al, 2020, η κατανάλωση παράνομων τσιγάρων σημείωσε εντυπωσιακή άνοδο, διεκδικώντας μεγάλο μερίδιο

από την συνολική κατανάλωση. Οι αυξήσεις των ΕΦΚ των προϊόντων καπνού στην Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια, με βασικό άξονα την αύξηση των εσόδων του κράτους, φαίνεται πως επηρέασαν και την οικονομία στην χώρα μας. Αν και μπορούμε να πούμε πως οδήγησαν σε περιορισμό της κατανάλωσης, δεν είχαν την επιθυμητή απόδοση εσόδων και οδήγησαν σε αύξηση του παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού.

Επιπρόσθετο μέτρο που θα περιόριζε την φοροδιαφυγή, ως αποτέλεσμα στην αύξηση του φόρου και επιβάλλεται στην σύγχρονη εποχή που ζούμε, είναι η υιοθέτηση σύγχρονων τεχνολογιών για τον εντοπισμό και την παρακολούθηση των καπνικών προϊόντων, μέσα από την αλυσίδα διανομής τους. Στην Ελλάδα τα προϊόντα καπνού, πρέπει να φέρουν σφραγίδα από το Υπουργείο Οικονομικών, που να δείχνει ότι έχει καταβληθεί φόρος. Αυτή η απαίτηση θεσπίστηκε το 1950 και ήταν αρχικά μια ετικέτα που δείχνει ότι είχε καταβληθεί φόρος για τις ένοπλες δυνάμεις. Μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας στις αρχές της δεκαετίας του 1970, το σύμβολο άλλαξε και δείχνει «καταβληθείς δασμός». Το βασικότερο πλεονέκτημα αυτού του σήματος, είναι ότι διευκολύνει στον διαχωρισμό ανάμεσα στα νόμιμα και παράνομα τσιγάρα (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011).

Το μεγάλο μειονέκτημα όμως που παρουσιάζεται στην συγκεκριμένη διαδικασία, αποτελεί η εύκολη αντιγραφή της συγκεκριμένης ετικέτας, καθώς υπάρχουν σύγχρονα μέσα όπου η πιστή αναπαράστασή του και ύπαρξη του στα καπνικά προϊόντα, τα κάνει δύσκολα να διακριθούν από τα νόμιμα.

Σύμφωνα με άρθρο των Lanoie and Leclair, 1998, σχετικά με το αν η μεμονωμένη επιβολή φόρων ή η μεμονωμένη επιβολή πολιτικής και νομοθεσίας, ή ακόμη ο συνδυασμός και των δύο, οδηγεί σε μείωση του καπνίσματος, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι φόροι για τα τσιγάρα έχουν αντίκτυπο στην ποσότητα των τσιγάρων και του είδους καπνού που καταναλώνονται, αλλά όχι στην απόφαση των ατόμων να καπνίζουν ή όχι, ενώ οι διάφορες πολιτικές κατά του καπνίσματος, έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Επισημαίνεται ότι ο κανονισμός κατά του καπνίσματος (ειδικά σε δημόσιους χώρους), φέρνει πραγματικά την ιδέα ότι το κάπνισμα είναι κοινωνικά απαράδεκτο, κάτι που δεν ισχύει απαραίτητα με τη φορολογία. Η αλλαγή στη φορολογία των τσιγάρων μπορεί απλώς να θεωρηθεί ως ένας τρόπος για τη μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων και, συνεπώς, μπορεί να έχει πολύ λιγότερο βάρος στην «ψυχή» ή την ιδεολογία των καπνιστών (ή των υποψήφιων καπνιστών) σε σχέση με την απαγόρευση του καπνίσματος.

Οι αυξήσεις στην φορολογία, και επομένως στις τιμές, δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως ο μόνος τρόπος για τη μείωση της κατανάλωσης του καπνίσματος. Οι επιπτώσεις της διαφήμισης και της εκπαίδευσης στην υγεία είναι εξίσου σημαντικές. Ο σωστός χειρισμός αυτών των μεταβλητών θα έχει αρχικά ως αποτέλεσμα τη μείωση της κατανάλωσης και τελικά τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας. Τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος αλλά και οι πολιτικές που το επιβάλλουν, φαίνεται ότι είναι περιορισμένα σε κόστος αλλά και οικονομικά πιο αποδοτικά, σε σχέση με άλλα προγράμματα παρεμβάσεων υγείας όπως για παράδειγμα προγράμματα για απεικόνιση του καρκίνου. Οι απαγορεύσεις του καπνίσματος υιοθετούνται με σκοπό τον περιορισμό της έκθεσης στον καπνό, αλλά προκαλούν επίσης και αξιοσημείωτη μείωση στην κατανάλωση τσιγάρων, καθώς οι ευκαιρίες καπνίσματος μειώνονται (Tarantilis *et al.*, 2015).

Στην Ελλάδα η προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους, βλέπουμε ότι είχε μεγάλα ποσοστά αποτυχίας, λόγω της χαμηλής συμμόρφωσης με τον νόμο. Σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (European Commission, 2017) που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2017, η Ελλάδα είναι πρώτη χώρα στην Ευρώπη των 28, με το ποσοστό των ατόμων που έχουν παρατηρήσει σε υγειονομικά καταστήματα, όπως μπαρ, την ύπαρξη καπνιζόντων, να φτάνει στο 87%. Παρόλα αυτά, την τελευταία διετία, παρατηρούμε όλο και μεγαλύτερη πρόθεση των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, εστιατόρια και μπαρ, να εμμένουν στον νόμο και την προσπάθεια της πολιτείας προς ένα άκαπνο περιβάλλον. Οι δημόσιες εκστρατείες εκπαίδευσης των πολιτών, σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος, εάν χαρακτηρίζονται ως «χωρίς συμβιβασμούς, άμεσες και ειλικρινείς, εξελιγμένες και συνεχείς», και αν συνδυάζονται με φορολογικά μέτρα, μπορούν να είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές (Tarantilis *et al.*, 2015).

3.3.ΜΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Διεθνής έρευνα δείχνει ότι η διαφήμιση αυξάνει την κατανάλωση καπνού, και οι έφηβοι καθώς και οι νέοι ενήλικες μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη διαφήμιση καπνού. Η διαφήμιση για τον καπνό μπορεί επίσης να δημιουργήσει ένα συγκρουόμενο περιβάλλον που δυσκολεύει τους καταναλωτές να αφομοιώσουν πλήρως μηνύματα σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από τη χρήση καπνού και

την έκθεση στον καπνό και να επωφεληθούν πλήρως από τις εκστρατείες ευαισθητοποίησης. Τα μέτρα για την εξάλειψη της διαφήμισης και της προώθησης του καπνού θα υποστηρίξουν έτσι τις εκστρατείες των κυβερνήσεων, που αφορούν την εκπαίδευση και προώθηση της υγείας και άλλες παρεμβάσεις για τον έλεγχο του καπνού, αφαιρώντας μηνύματα που γοητεύουν τη χρήση καπνού. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι τα μέσα που βασίζονται στη διαφήμιση του καπνού είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν σχετικά με θέματα που σχετίζονται με τον καπνό και την υγεία. Τέτοια μέτρα θα προωθήσουν επίσης τα δικαιώματα των καταναλωτών απαγορεύοντας την παραπλανητική και παραπλανητική διαφήμιση (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011).

Σύμφωνα με το άρθρο των Chaloupka and Warner, 2000, η διαφήμιση και η προώθηση καπνικών προϊόντων, μπορούν να επηρεάσουν την κατανάλωση τσιγάρων, προσδιορίζοντας τέσσερις άμεσους μηχανισμούς που επιδρούν στην συμπεριφορά του καταναλωτή: ότι η διαφήμιση μπορεί να προσελκύσει παιδιά και νεαρούς ενήλικες να πειραματιστούν με το κάπνισμα και ως εκ τούτου να ξεκινήσουν το κανονικό κάπνισμα, μπορεί να μειώσει την προθυμία των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα, μπορεί να χρησιμεύσει ως ένδειξη ή ερέθισμα που οδηγεί σε αυξημένη καθημερινή κατανάλωση τσιγάρων από τους καπνιστές και τέλος, μπορεί να ωθήσει τους πρώην καπνιστές να ξαναρχίσουν τη συνήθεια τους, ενισχύοντας τα οφέλη του καπνίσματος. Προσδιορίστηκαν επίσης δύο έμμεσοι μηχανισμοί επιρροής: η αποθάρρυνση μιας πλήρους συζήτησης για τις συνέπειες στην υγεία του καπνίσματος στα μέσα ενημέρωσης που εξαρτώνται από τη διαφήμιση του καπνού και η συμβολή σε ένα κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο το κάπνισμα θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό. Επίσης το Αμερικάνικο Υπουργείο Υγείας πρόσθεσε και έναν τρίτο έμμεσο μηχανισμό, αναφερόμενοι στα ιδρύματα που εξαρτώνται από την επιχορήγηση της καπνοβιομηχανίας, καθώς μπορούν να δημιουργήσουν πολιτική αντίθεση στις ισχυρές πολιτικές ελέγχου του καπνού.

Στην ευρωπαϊκή ένωση η ισχύουσα νομοθεσία στον έλεγχο του καπνού προέρχεται από δύο κύριους νόμους: την οδηγία για τα προϊόντα καπνού και την οδηγία για τη διαφήμιση του καπνού. Βασικός στόχος των συγκεκριμένων οδηγιών ήταν, αφενός, η ρύθμιση των προϊόντων καπνού για τη διασφάλιση εναρμονισμένων προτύπων και κατάλληλων πληροφοριών για τους καταναλωτές και, αφετέρου, η παροχή ορισμένων περιορισμών στην προώθηση προϊόντων καπνού για λόγους δημόσιας υγείας.

Η οδηγία για τη διαφήμιση καπνού (Directive on Tobacco Advertising-2003) απαγορεύει τη διασυννοριακή διαφήμιση προϊόντων καπνού σε έντυπα μέσα, ραδιόφωνο και διαδικτυακές υπηρεσίες. Απαγορεύει εξίσου τη χορηγία διαφόρων εκδηλώσεων, εάν αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη προώθηση προϊόντων καπνού. Η διαφήμιση και η χορηγία καπνού στην τηλεόραση είναι γνωστό ότι έχει απαγορευτεί από το 1989. Μετέπειτα η σχετική οδηγία για τις υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων διεύρυνε αυτήν την απαγόρευση σε όλες τις μορφές των οπτικοακουστικών εμπορικών επικοινωνιών, συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης προϊόντων. Αυτή η ολοκληρωμένη απαγόρευση διαφήμισης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεί τον κεντρικό πυλώνα μιας αποτελεσματικής πολιτικής ελέγχου του καπνού και βοηθά το κάπνισμα να είναι λιγότερο ορατό και ελκυστικό στην κοινωνία (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011).

Μια ολοκληρωμένη απαγόρευση του μάρκετινγκ και της προώθησης των προϊόντων καπνού αλλά και του καπνίσματος γενικότερα, είναι ένα ισχυρό όπλο κατά της επιδημίας καπνού. Για να είναι αποτελεσματικές, οι απαγορεύσεις αυτές, πρέπει να είναι πλήρεις και να ισχύουν για όλες τις κατηγορίες μάρκετινγκ και προώθησης, οι οποίες θα πρέπει να μειώσουν την κοινωνική επιθυμία του καπνίσματος, ιδίως μεταξύ των νέων.

Οι εικονογραφημένες προειδοποιήσεις για την υγεία, θεωρούνται εξαιρετικά αποτελεσματικές, στο γεγονός ότι μπορούν και μεταφέρουν τη πλήρη έκταση των επιπτώσεων του καπνού στην υγεία και την προσέγγιση του ευρύτερου κοινού (π.χ., νέοι, μετανάστες και άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης), με σκοπό την αύξηση της διακοπής και τη μείωση της έναρξης του καπνίσματος. Η εισαγωγή εικονογραφικών προειδοποιήσεων στα πακέτα των τσιγάρων, είναι οικονομικά συμφέρουσα για τις κυβερνήσεις, καθώς το κόστος εφαρμογής βαρύνει σχεδόν εξ ολοκλήρου τη βιομηχανία καπνού και τα μέτρα μειώνουν το βάρος των ασθενειών που προκύπτουν από τη χρήση καπνού. Παρ'όλα αυτά, σύμφωνα με την έρευνα (Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, 2013), προκύπτει ότι ενώ η πλειοψηφία παρατήρησε τις προειδοποιητικές εικόνες στα πακέτα (90,6%), μόνο ένα 15,3% σκέφτηκε να διακόψει το τσιγάρο λόγω αυτών των εικόνων.

Ένας ολοένα και αυξανόμενος αριθμός προγραμμάτων καταπολέμησης του καπνού σε όλο τον κόσμο, διεξήγαγε εκστρατείες αντι-marketing ως μέρος των συνολικών προσπαθειών για μείωση της χρήσης του καπνού, με κάποιες από αυτές να διαρκούν χρόνια. Οι απόπειρες αντι-marketing που γίνονται στον τομέα του καπνού,

χρησιμοποιούν όλα εκείνα τα στοιχεία του μάρκετινγκ, με σκοπό να επηρεάσουν και να αυξήσουν τα μηνύματα και την επιρροή αυτών, υπέρ της υγείας, σε μια περιοχή δικαιοδοσίας. Οι αξιολογήσεις αυτών των προσπαθειών, καθώς και οι αξιολογήσεις των συνολικών προγραμμάτων ελέγχου του καπνού, έδειξαν ότι τέτοιου είδους εκστρατείες, μπορούν πράγματι να οικοδομήσουν απαραίτητες γνώσεις για να αλλάξουν βασικές πεποιθήσεις και στάσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα, παθητικό ή μη, και να αυξήσουν τις προσπάθειες για την παραίτηση από τις συνήθειες και να συνεισφέρουν, σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία του προγράμματος ελέγχου καπνού, σε συνολική μείωση στην κατανάλωση του καπνού, μείωση έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα και τέλος, αυξήσεις στα ποσοστά διακοπής καπνιζόντων (Palmedo *et al.*, 2017).

Όπως αναφέρεται και από τους Hastings and Saren, 2003, οι ιδέες και οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η Phillip Morris για την πώληση τσιγάρων σε καπνιστές, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την μη-πώληση τους καθώς και την ενθάρρυνση πιο υγιεινών δραστηριοτήτων όπως η άσκηση ή το ασφαλές σεξ. Κάποιες από τις πληροφορίες που προκύπτουν, όπως για παράδειγμα το πώς λειτουργεί η διαφήμιση και η ανάγκη υιοθέτησης ενός προσανατολισμού προς τον καταναλωτή, έχουν υιοθετηθεί από διάφορους κλάδους, όπως αυτός της δημόσιας υγείας.

Ποιες όμως είναι εκείνες οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες και πως εφευρίσκουν αποτελεσματικές και αποδοτικές ιδέες, σε ότι έχει να κάνει με την πώληση των καπνικών προϊόντων; Πως μπορούν οι έννοιες του μάρκετινγκ να χρησιμοποιηθούν για να αποτρέψουν το κοινωνικό σύνολο από τέτοιου είδους βλαβερές συνήθειες και πως μπορεί να επιτευχθεί μια καθολική και μόνιμη αλλαγή στη συμπεριφορά του κοινού χρησιμοποιώντας τεχνικές του μάρκετινγκ;

4. ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

Ως μάρκετινγκ ορίζουμε εκείνη την δραστηριότητα, όπου το σύνολο θεσμών και διαδικασιών με σκοπό τη δημιουργία, επικοινωνία, παράδοση και ανταλλαγή προσφορών έχουν αξία για τους καταναλωτές, τους πελάτες, τους συνεργάτες αλλά

και την κοινωνία γενικότερα <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing> .

Είναι εύκολο να χρησιμοποιήσουμε την έννοια μάρκετινγκ ως βάση για τον προγραμματισμό του μάρκετινγκ. Αλλά είναι πολύ πιο δύσκολο, να επινοήσουμε ικανοποιητικούς τρόπους εφαρμογής της έννοιας του μάρκετινγκ. Πράγματι, παρατηρήθηκε πως η συμβατική εφαρμογή του σε πρακτικές επιχειρηματικές καταστάσεις ήταν λιγότερο ικανοποιητική, καθώς οι θεωρίες απλά δεν ταιριάζουν με την πραγματικότητα του επιχειρηματικού περιβάλλοντος. Έτσι, επιτακτική έγινε η ανάγκη να μεταφραστεί η θεωρητική έννοια μάρκετινγκ σε πρακτικό μάρκετινγκ. Για αυτό τον λόγο, έγινε γνωστό το μοντέλο του μείγματος μάρκετινγκ, συχνά γνωστά αναφερόμενο και ως 4Ps (Προϊόν- **Product**, Τιμή- **Price**, Προώθηση- **Promotion**, Τόπος- **Place**) (Grönroos, 1990).

Το μείγμα μάρκετινγκ έχει τις βάσεις του στη δεκαετία του '60: Ο Neil Borden (1964) αναγνώρισε δώδεκα βασικά στοιχεία του μάρκετινγκ που, με τη σωστή διαχείριση, θα οδηγούσαν σε μια «κερδοφόρα επιχειρηματική λειτουργία». Ο Jerome McCarthy (1964) μείωσε τους παράγοντες του Borden σε ένα απλό πλαίσιο τεσσάρων στοιχείων: Προϊόν, Τιμή, Προώθηση και Μέρος. Οι επαγγελματίες και οι ακαδημαϊκοί αγκάλιασαν αμέσως το πρωτότυπο μείγμα που σύντομα έγινε το κυρίαρχο και απαραίτητο στοιχείο της θεωρίας μάρκετινγκ και της επιχειρησιακής διαχείρισης μάρκετινγκ (Constantinides, 2006).

Προϊόν (Product)

Ένα προϊόν ορίζεται ως ένας συνδυασμός χαρακτηριστικών (χαρακτηριστικά, λειτουργίες, οφέλη και χρήσεις), τα οποία ορίζονται ως ικανά να υποστηρίξουν την διαδικασία ανταλλαγής ή να χρησιμοποιούν, κατά βάση ένα μείγμα απτών και άυλων μορφών. Έτσι, μπορούμε να πούμε πως ένα προϊόν είναι πιθανό να είναι μια ιδέα, μια φυσική οντότητα π.χ. ένα αγαθό ή μια υπηρεσία ή οποιοσδήποτε συνδυασμός των τριών αυτών στοιχείων. Υπάρχει με σκοπό την ανταλλαγή για ικανοποίηση ατομικών και κοινωνικών αναγκών. Ενώ ο όρος «προϊόντα και υπηρεσίες» χρησιμοποιείται περιστασιακά, το προϊόν είναι ένας όρος που περιλαμβάνει τόσο τα αγαθά όσο και τις υπηρεσίες.

Τιμή (Price)

Η τιμή είναι η υπάρχουσα αναλογία που υποδεικνύει την ποσότητα των χρημάτων, των αγαθών ή των υπηρεσιών που είναι αναγκαία για την απόκτηση

δεδομένης ποσότητας αγαθών ή υπηρεσιών. Ουσιαστικά είναι το ποσό που ένας πελάτης είναι αναγκασμένος να πληρώσει για να αποκτήσει ένα προϊόν.

Τόπος -Διανομή (Place)

Η διανομή αναφέρεται κατά κύριο λόγο, στην πράξη του μάρκετινγκ και στην διαδικασία μεταφοράς των προϊόντων στους καταναλωτές. Ουσιαστικά περιγράφει την έκταση της κάλυψης της αγοράς για ένα δεδομένο προϊόν. Στα 4 Ps, η διανομή αντιπροσωπεύεται από τον τόπο ή την τοποθέτηση.

Προώθηση (Promotion)

Σύμφωνα με την Ένωση Εθνικών Διαφημιζόμενων (ANA), το μάρκετινγκ προώθησης περιλαμβάνει εκείνες τις τακτικές που ενθαρρύνουν τις αγορές σε βάθος χρόνου, αλλά επηρεάζουν επίσης και τη δοκιμή αλλά και την ποσότητα της αγοράς, και είναι πολύ μετρήσιμες σε όγκο, μερίδιο και κέρδος <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing>.

Ήδη ο Grönroos, 1990 αναφέρει πως ο κύριος στόχος του μάρκετινγκ, λοιπόν, είναι η συνεχής διατήρηση σχέσεων με τους πελάτες. Φυσικά μερικές φορές, και για ορισμένες εταιρείες, οι βραχυπρόθεσμες πωλήσεις μπορεί να είναι ένα καλύτερο μέσο κέρδους. Αλλά σε γενικές γραμμές η μακροπρόθεσμη προσέγγιση, μέσω της διατήρησης σχέσεων με τους πελάτες, είναι ζωτικής σημασίας για το κερδοφόρο μάρκετινγκ. Αυτός ο νέος ορισμός δεν μειώνει την αξία των παραδοσιακών στοιχείων του συνδυασμού μάρκετινγκ, δηλαδή των 4 P's όπως διαφήμιση, προσωπική πώληση, τιμολόγηση και διανομή. Ωστόσο, αποδεικνύει ότι το μάρκετινγκ είναι μια ευρύτερη λειτουργία που περιλαμβάνει όλα αυτά τα στοιχεία των δραστηριοτήτων μιας εταιρείας η ενός οργανισμού, που δημιουργούν και αναπτύσσουν μακροπρόθεσμες σχέσεις με τους πελάτες τους.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, η χρήση των εμπορικών τεχνικών του μάρκετινγκ, με σκοπό την επίτευξη ενός κοινωνικού στόχου, αναφέρεται ως κοινωνικό μάρκετινγκ. Οι επαγγελματίες του κοινωνικού μάρκετινγκ συνδυάζουν το προϊόν, την τιμή, τον τόπο και την προώθηση για τη μεγιστοποίηση της χρήσης προϊόντων ή υπηρεσιών από συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Στον τομέα της υγείας, τα προγράμματα κοινωνικού μάρκετινγκ στον αναπτυσσόμενο κόσμο επικεντρώθηκαν παραδοσιακά στην αύξηση της διαθεσιμότητας και της χρήσης προϊόντων υγείας, όπως για παράδειγμα τα αντισυλληπτικά.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ «γεννήθηκε» τη δεκαετία του 1970, όταν οι Philip Kotler και Gerald Zaltman συνειδητοποίησαν ότι οι ίδιες αρχές μάρκετινγκ που

χρησιμοποιούνταν για την πώληση προϊόντων σε καταναλωτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να «πουλήσουν» ιδέες, στάσεις και συμπεριφορές.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και ο έλεγχος των προγραμμάτων που αναμένεται ότι θα επηρεάσουν την έγκριση των κοινωνικών ιδεών και περιλαμβάνουν εκτιμήσεις σχετικά με τον σχεδιασμό προϊόντων, την τιμολόγηση, την επικοινωνία, τη διανομή και την έρευνα του μάρκετινγκ (Kotler and Zaltman, 1971).

Οι Kotler and Zaltman, 1971 ορίζουν το κοινωνικό μάρκετινγκ, ως «διαφορετικό» από άλλους τομείς του μάρκετινγκ, μόνο σε σχέση με ότι έχει να κάνει με τους στόχους του έμπορου και του οργανισμού του. Το κοινωνικό μάρκετινγκ επιδιώκει να επηρεάσει τις κοινωνικές συμπεριφορές όχι για να ωφελήσει τον έμπορο, αλλά για να ωφελήσει το κοινό-στόχο και το γενικό καλό της κοινωνίας. Αυτή η τεχνική έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε διεθνή προγράμματα υγείας, όπως προγράμματα αντισύλληψης.

Στην πιο στοιχειώδη μορφή του, το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι η εφαρμογή αρχών και τεχνικών μάρκετινγκ για την προώθηση της κοινωνικής αλλαγής ή βελτίωσης - είτε αυτή η αλλαγή σχετίζεται με προκλήσεις στη δημόσια υγεία, πρόληψη τραυματισμών, περιβαλλοντικά ζητήματα ή άλλες κοινωνικές ανάγκες. Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικού Μάρκετινγκ χρησιμοποιεί παρόμοιες ορολογίες για τον ορισμό του κοινωνικού μάρκετινγκ, όπως για παράδειγμα αναφέρει ως «τη συστηματική εφαρμογή εννοιών και τεχνικών μάρκετινγκ, για την επίτευξη συγκεκριμένων συμπεριφορικών στόχων, σε ότι έχει να κάνει με ένα κοινωνικό ή δημόσιο αγαθό». Σε αυτόν τον ορισμό, συμπεριλαμβάνουν και ότι έχουμε ήδη δει να αναφέρουν και άλλοι συγγραφείς, με τελικό σκοπό την αναβάθμιση στην αλλαγή συμπεριφοράς όλων των προγραμμάτων κοινωνικού μάρκετινγκ, ένα χαρακτηριστικό, το οποίο μιλά περισσότερο στους επαγγελματίες του κοινωνικού μάρκετινγκ και της δημόσιας υγείας (Lefebvre, 2012).

Το κοινωνικό μάρκετινγκ εστιάζεται στους ανθρώπους, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους, τις φιλοδοξίες, τον τρόπο ζωής, την ελευθερία επιλογής. Όλες οι δραστηριότητες μάρκετινγκ ξεκινούν με έμφαση στην κατανόηση των ανθρώπων - τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους, τις φιλοδοξίες, τον τρόπο ζωής και τις επιλογές τους. Ωστόσο, πρέπει επίσης να αναγνωρίσουμε ότι η εστίαση στα άτομα δεν είναι η αποκλειστική κυριότητα του κοινωνικού μάρκετινγκ και μπορεί στην πραγματικότητα να μας παρέχει κοινό έδαφος για να υιοθετήσουμε τις ιδέες και τις

προσεγγίσεις άλλων επαγγελματιών που ξεκινούν από την κοινή μας υπόθεση, εστιάζοντας δηλαδή στο μοτίβο ότι οι άνθρωποι έρχονται πρώτα.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ στοχεύει στην ομαδική αλλαγή συμπεριφοράς, μερικών τμημάτων προτεραιότητας του πληθυσμού ή των αγορών, και όχι των ατόμων, τα οποία είναι και το επίκεντρο αυτού του είδους των προγραμμάτων. Το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι μία από τις λίγες στρατηγικές παρέμβασης που απορρίπτουν ρητά το «κλινικό μοντέλο» ή την εκπαιδευτική προσέγγιση για τη δημόσια υγεία ή την αλλαγή σε επίπεδο πληθυσμού. Πράγματι, ήταν η πρόκληση της δημιουργίας προγραμμάτων αλλαγής συμπεριφοράς μεγάλης κλίμακας σε χώρες, όπως η Ινδία, που οδήγησαν στην ανάπτυξη και την υιοθέτησή του σε ολόκληρο τον κόσμο. Όταν κάποιος εξετάζει την επιτυχία των διεθνών προγραμμάτων κοινωνικού μάρκετινγκ στην ικανότητά τους να επιτύχουν μεγάλης κλίμακας αποτελέσματα και αντίκτυπο σε εθνικό επίπεδο, μία υπόθεση για την επιτυχία τους μπορεί να είναι ότι οι αγορές, όχι τα άτομα, είναι το επίκεντρο της ανάλυσης, του σχεδιασμού και της εφαρμογής τους (Craig Lefebvre and Flora, 1988).

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις βασικές αρχές, ένα ολοκληρωμένο μοντέλο κοινωνικού μάρκετινγκ περιλαμβάνει τέσσερα αλληλένδετα καθήκοντα, που περιστρέφονται γύρω από ένα προσδιορισμένο όφελος για μια αγορά-στόχο ή ένα τμήμα προτεραιότητας του πληθυσμού. Βασικός πυρήνας αυτών των καθηκόντων, είναι το κοινωνικό όφελος. Ακολουθεί η επιθυμητή συμπεριφορά του κοινού, που περιλαμβάνει όλους τους καθοριστικούς παράγοντες, το περιεχόμενο και τις συνέπειες των συγκεκριμένων συμπεριφορών. Στην συνέχεια παρατηρούμε τα βασικά στοιχεία των συμπεριφορών σχετικά με την υπηρεσία ή το προϊόν, όπως για παράδειγμα η επωνυμία, η συνάφεια και η στρατηγική τοποθέτηση των υπηρεσιών ή των προϊόντων. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, αποτελεί το μίγμα μάρκετινγκ για τις συμπεριφορές, τις υπηρεσίες και τα προϊόντα. Η προσαρμογή αυτών των τεσσάρων καθηκόντων με στόχο το μοναδικό όφελος της αγοράς, είναι αυτό που διακρίνει τις προσπάθειες του κοινωνικού μάρκετινγκ σε σχέση με την επικοινωνία της υγείας, μέσω των κοινοτικών, εκπαιδευτικών, οικονομικών και υποστηρικτικών προσπαθειών, που στοχεύουν στην κοινωνική αλλαγή (Craig Lefebvre and Flora, 1988).

Πιο συγκεκριμένα, το κοινωνικό όφελος περιλαμβάνει όλα εκείνα τα οφέλη που υπάρχουν στο μυαλό του κοινού, του καταναλωτή ή του χρήστη. Πολλές φορές, δεν είναι απτά πράγματα, μπορεί να είναι και απτά αντικείμενα, ή η εμπειρία κάποιας

υπηρεσίας, αλλά και η συμπεριφορά που απαγορεύεται μερικές φορές, όπως για παράδειγμα η εξέγερση ενάντια της χειραγώγησης της καπνοβιομηχανίας, ως απόρροια ενημερωτικής εκστρατείας, μπορεί να αποτυπώσει την ουσία ενός οφέλους, εάν σχεδιαστεί προσεκτικά. Σε ένα παρόμοιο θέμα σχετικά με τη σημασία των προσωπικών παροχών, διαπιστώθηκε ότι για πολλά προγράμματα κοινωνικού μάρκετινγκ, η έλλειψη βραχυπρόθεσμων, συγκεκριμένων ωφελειών που προκύπτει από ένα άτομο ως συνέπεια των ενεργειών του, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο προς την επιτυχία του προγράμματος.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του κοινωνικού μάρκετινγκ ήταν η εστίασή του στην αλλαγή συμπεριφοράς με βάση τον πληθυσμό. Αυτό που αγκαλιάζει η προσέγγιση κοινωνικού μάρκετινγκ είναι η κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων, του πλαισίου και των συνεπειών των τρεχουσών συμπεριφορών και των επιθυμιών, από την άποψη του κοινού και όχι από απόψεις σχετικές από τις θεωρίες και τα μοντέλα. Οι άνθρωποι που ασχολούνται με το κοινωνικό μάρκετινγκ θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους, τις κοινωνικές και κοινοτικές μεταβλητές όπως φτώχεια, τις συνθήκες στέγασης, τον αναλφαβητισμό, την ποιότητα του δομημένου και φυσικού περιβάλλοντος, το κοινωνικό κεφάλαιο, τις συνθήκες εργασίας, τις δημόσιες πολιτικές και τα περιουσιακά στοιχεία της κοινότητας, καθώς μπορούν να αποτελούν ένα είδος για μελέτη αλλά και στόχος προς αλλαγή.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ εστιάζεται στις συμπεριφορές, τις υπηρεσίες και τα προϊόντα. Ενώ τα προγράμματα μπορεί να έχουν επιθυμητά αποτελέσματα συμπεριφοράς, βοηθώντας τους ανθρώπους να φτάσουν στο επιθυμητό σημείο συμπεριφοράς, αυτό μπορεί να σημαίνει την αναγκαιότητα για σχεδιασμό προγραμμάτων που εστιάζουν κατά κύριο λόγο στη διαμόρφωση ή στοχοθέτηση συμπεριφορών.

Οι επαγγελματίες του κοινωνικού μάρκετινγκ, ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες, πρέπει επίσης να αντιληφθούν ότι η εύκολη πρόσβαση σε προσιτά προϊόντα και υπηρεσίες, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ικανότητα των ανθρώπων να συμμετέχουν και να υιοθετούν συγκεκριμένους τύπους συμπεριφορών.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ έχει υιοθετήσει την ιδέα της τιμής πέραν της χρηματικής έννοιάς της. Αυτή περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές, γεωγραφικές και άλλες ανταμοιβές και τιμωρίες ως αντίκτυπο σε καθημερινές συμπεριφορές. Οι οικονομολόγοι και οι έμποροι βλέπουν την τιμή όχι μόνο ως κόστος, αλλά και ως ευκαιρίες για κίνητρα. Απτά παραδείγματα χρησιμοποίησης της τιμής ως κίνητρο

είναι τα προγράμματα που δοκιμάζουν την χρήση υπό όρους, μεταφοράς μετρητών (Conditional Cash Transfers) στη Λατινική Αμερική, τη Νοτιοανατολική Ασία, τη Νότια Αφρική, την Ουάσιγκτον, την Περιφέρεια της Κολούμπια και την πόλη της Νέας Υόρκης . Η προϋπόθεση των προγραμμάτων CCT είναι η μεταφορά μετρητών, γενικά σε φτωχά νοικοκυριά, υπό την προϋπόθεση ότι τα νοικοκυριά χρησιμοποιούν τα συγκεκριμένα κεφάλαια για να πραγματοποιούν συγκεκριμένες επενδύσεις στα παιδιά τους. Σε ίδια ακριβώς φιλοσοφία λειτουργούν και τα προγράμματα για την διακοπή του καπνίσματος (Craig Lefebvre and Flora, 1988).

Το αν οι άνθρωποι υιοθετούν επιτυχώς νέες συμπεριφορές και χρησιμοποιούν προϊόντα και υπηρεσίες προώθησης της υγείας, περιστρέφεται γύρω από τη δημιουργία ευκαιριών και προσβασιμότητας αυτών για να δοκιμάσουν, να εξασκήσουν καθώς και να τις διατηρήσουν. Το κοινωνικό μάρκετινγκ πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα συστήματα διανομής, σε όλες τις μορφές και εκφράσεις του, τόσο σοβαρά - αν όχι περισσότερο - όσο τα μηνύματα που θέλει να περάσει άλλα και την δημιουργικότητα των προϊόντων που παράγει. Οι άνθρωποι δεν σκέφτονται ή επιλέγουν μόνοι τους για να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές, προϊόντα ή υπηρεσίες - πρέπει να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που χρειάζονται για να κάνουν ενημερωμένες επιλογές. Είναι ο ρόλος του τόπου ή της διανομής που βρίσκεται στο επίκεντρο των ανησυχιών, για την πρόκληση των ανισοτήτων στην κατάσταση της υγείας και στην κοινωνική δικαιοσύνη.

Οι πολιτισμικές και τεχνολογικές επαναστάσεις που βιώνουμε στις επικοινωνίες και στην προώθηση προϊόντων πρέπει να οδηγήσουν στην υιοθέτηση σύγχρονων μοντέλων επικοινωνίας, εκείνων που περιλαμβάνουν τις ιδέες των κοινωνικών δικτύων καθώς και άλλα δυναμικά, αμοιβαία πρότυπα επικοινωνίας. Η προώθηση- επικοινωνίες πρέπει να συνεργάζεται με τα άλλα 3P με έναν ολοκληρωμένο τρόπο σε επίπεδο ατόμων, οργανισμού και πολιτικής για να αυξηθούν οι πιθανότητες ότι ένα υψηλό ποσοστό ατόμων, συμμετέχουν σε πιο υγιείς και κοινωνικά ευεργετικές συμπεριφορές (Lefebvre, 2011).

Όπως και στο εμπορικό μάρκετινγκ, έτσι και στο κοινωνικό μάρκετινγκ, η κύρια εστίαση είναι στον καταναλωτή, στην εκμάθηση δηλαδή, του τι θέλουν και χρειάζονται οι άνθρωποι, αντί να προσπαθούν να τους πείσουν να αγοράσουν αυτό που τυχαίνει να παράγουμε.

Το μάρκετινγκ μιλά κατά βάση στον καταναλωτή και όχι στο προϊόν. Στην διαδικασία σχεδιασμού, η εστίαση των καταναλωτών λαμβάνεται υπόψη,

εξετάζοντας τα απλά τέσσερα στοιχεία του συνδυασμού του μάρκετινγκ. Αυτά τα στοιχεία αναφέρονται, όπως προείπαμε, σχετικά με τη σύλληψη ενός Προϊόντος, την Τιμή, την διανομή αλλά και την Προώθηση. Αυτά αναφέρονται συχνά ως βασικά συστατικά του μάρκετινγκ.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ προσθέτει επίσης λίγα ακόμη από αυτά τα συστατικά. Ένα από αυτά, είναι η Πολιτική. Τα προγράμματα κοινωνικού μάρκετινγκ μπορούν να τα καταφέρουν αποτελεσματικά, σε ότι έχει να κάνει με την παρακίνηση αλλαγής της ατομικής συμπεριφοράς, αλλά αυτό είναι δύσκολο να διατηρηθεί εάν το περιβάλλον δεν υποστηρίζει αυτή την αλλαγή μακροπρόθεσμα. Συχνά, απαιτείται αλλαγή πολιτικής και τα προγράμματα υποστήριξης των μέσων ενημέρωσης μπορούν να αποτελέσουν αποτελεσματικό συμπλήρωμα σε ένα πρόγραμμα κοινωνικής προώθησης (Weinreich, 2016).

4.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υψιστης σημασίας αποτελεί η αναγνώριση από το κάθε άτομο ξεχωριστά για την αναγνώριση της σοβαρότητας συμβάντων της υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ατυχήματα και ο εθισμός στα ναρκωτικά και η αναγκαιότητα της ύπαρξης προληπτικής συμπεριφοράς. Εάν κάθε πολίτης ξεχωριστά, δεν συνειδητοποιήσει τα δικά του προβλήματα υγείας και τις συνέπειες των πράξεων του, τότε η χρήση οποιουδήποτε εθνικού προγράμματος υγείας θα θεωρηθεί ανεπιτυχής. Η απλή παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των προγραμμάτων, χωρίς την σωστή χρήση και εφαρμογή τους, υποδηλώνει την αποτυχία τους. Έτσι παρατηρούμε την όλο και μεγαλύτερη αναγκαιότητα χρήσης του κοινωνικού μάρκετινγκ, για να παρακινήσει τους ανθρώπους προς μια συμπεριφορά προώθησης της καλής υγείας και την μεγαλύτερη συμμετοχή τους σε εθνικά προγράμματα υγείας.

Η υγειονομική περίθαλψη ορίζεται ως: «το πλήθος των υπηρεσιών που παρέχονται σε άτομα, οικογένειες ή κοινότητες από τους φορείς των υπηρεσιών υγείας ή επαγγέλματα, με σκοπό την προώθηση, τη διατήρηση, την παρακολούθηση ή την αποκατάσταση της υγείας». Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να είναι στελεχωμένες, οργανωμένες, να τις διαχειρίζονται και να χρηματοδοτούνται με οποιοδήποτε τρόπο, αλλά όλες έχουν ένα κοινό πράγμα: οι άνθρωποι εξυπηρετούνται, δηλαδή διαγιγνώσκονται, βοηθούν, θεραπεύονται, εκπαιδεύονται από προσωπικό υγείας και υποστηρίζονται από το κράτος αλλά και από εθελοντές (Aras, 2011).

Ήδη από το τελευταίο μισό της δεκαετίας του 1980, η προκατάληψη που υπήρχε για την έμφαση που δινόταν στην μεγιστοποίηση του κέρδους μέσω της εμπορευματοποίησης των προϊόντων άρχισε να υποχωρεί. Οι εμπορικοί όροι και οι διαφημίσεις προϊόντων και υπηρεσιών άρχισαν να κερδίζουν έδαφος. Έτσι βλέπουμε πως οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας άρχισαν να αναφέρονται ως «προϊόντα», οι ασθενείς ως «πελάτες» και «καταναλωτές» και οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, με το προϊόν «υγεία» για διανομή έγιναν «προμηθευτές» (Ling *et al.*, 1992) (Walsh *et al.*, 1993).

Αυτό συνέβη σε μια εποχή όπου στην θεωρία του μάρκετινγκ κυριαρχούσε η αντίληψη της οικονομικής του βάσης, όπου οι ανταλλαγές πελατών είχαν μόνο την έννοια της συναλλαγής-αγοραπωλησίας, η δημιουργία του κέρδους ήταν αυτοσκοπός των επιχειρήσεων και το κοινωνικό αγαθό δεν υπήρχε σαν έννοια στην θεωρία του μάρκετινγκ (Russell-Bennett, Wood and Previte, 2013).

Η συγκεκριμένη δεκαετία σημείωσε σημαντική ανάπτυξη στην πρακτική του κοινωνικού μάρκετινγκ για την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και του εμπορικού μάρκετινγκ που σχετίζεται με την υγεία (Ling *et al.*, 1992).

Όπως αναφέρθηκε και στις βασικές έννοιες του μάρκετινγκ, το μίγμα μάρκετινγκ, τα 4P's (Place, Product, Price, Promotion), παρέχουν ένα χρήσιμο υπόβαθρο για την προβολή ενός ενιαίου εννοιολογικού πλαισίου, που χρησιμοποιείται από στρατηγικούς ανάπτυξης του μάρκετινγκ και μπορεί να εφαρμοστεί στον τομέα της υγείας.

Το προϊόν μπορεί να είναι μια επιθυμητή συμπεριφορά, όπως πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό, την χρήση τουαλέτας στην αγροτική περιοχή, τη χρήση προφυλακτικού κλπ, τα οφέλη από την ίδια τη συμπεριφορά, όπως η καλή ποιότητα ζωής, η πρόληψη ασθενειών. Μπορεί να είναι ένα αντικείμενο ή μια άυλη υπηρεσία, όπως η εγκατάσταση αποχωρητηρίου, μιας μηχανής πώλησης προφυλακτικών, η ίδρυση ενός γυμναστήριου κ.λπ.

Το Κόστος ή η τιμή, σχετίζεται με την αλλαγή της συμπεριφοράς και περιλαμβάνει τα χρήματα: χρήματα, για παράδειγμα, που δαπανώνται για τα ταξίδια για να μεταφερθεί ένα μωρό στην κλινική ή σε νοσοκομείο ανοσοποίησης, κ.λπ., τον χρόνο: ο χρόνος ταξιδιού, ο επιπλέον χρόνος για άσκηση κ.λπ., την προσπάθεια: στην κατανόηση αρχικά, της αλλαγής συμπεριφοράς σε ευνοϊκότερη στάση αλλά και την ψυχολογική δυσφορία όπως για παράδειγμα το να σταματήσουν οι χρήστες τσιγάρων

να καπνίζουν, η αλλαγή διατροφής σε άτομα με ταμπού σχετικά με το φαγητό, ή η χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια του σεξ.

Το μέρος πρέπει να είναι βολικό, διευθετώντας προσιτά μέρη, όπου επιτρέπουν την μετατροπή του κινήτρου σε δράσεις και δυνατότητα παρουσίας των ατόμων στο σημείο λήψης αποφάσεων.

Η προώθηση είναι η στρατηγική και η τακτική πειθούς επικοινωνίας που θα κάνουν το προϊόν ή την υπηρεσία οικείο, αποδεκτό, ακόμη και επιθυμητό για το κοινό. Τα συστατικά της προώθησης είναι σημαντικά, όπως το μήνυμα που μεταδίδεται, το στυλ που μπορεί να έχει (φαντασία, χιούμορ, μουσική, φόβος) αλλά και το μέσο μετάδοσης του (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης).

Το πρόβλημα έγκειται στην σωστή και ολοκληρωμένη μίξη αυτών των στοιχείων, με απώτερο σκοπό την εφαρμογή της αποδοτικότερης στρατηγικής. (Aras, 2011)

Στον τομέα των υπηρεσιών σύμφωνα με το άρθρο των Russell-Bennett, Wood and Prevlite, 2013, προεκτείνεται το μίγμα των 4P's, προσθέτοντας άλλα 3P's: τους ανθρώπους (People), όπου αναφερόμαστε στην διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών, τις διαδικασίες (Process) που αφορούν τον σχεδιασμό των υπηρεσιών ώστε να είναι οικονομικά αποτελεσματικές και να δημιουργούν αξία στο κοινό που στοχεύουν και τέλος τα φυσικά στοιχεία (Physical Evidence), όλα δηλαδή εκείνα τα στοιχεία που δίνουν μια απτή υπόσταση στις υπηρεσίες. Στο εκτεταμένο αυτό μίγμα Μάρκετινγκ, φαίνεται ότι προσφέρεται η απαραίτητη ποιότητα υπηρεσιών, επιτυγχάνονται οι προσδοκίες και υπερβαίνουν τα αναμένοντα, κάτι που οδηγεί με την σειρά του σε ικανοποίηση, επανάληψη της αγοράς και σύστασή τους σε τρίτους.

Περαιτέρω προτείνεται από τους ίδιους συγγραφείς τα προγράμματα κοινωνικού μάρκετινγκ που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ως κοινωνικό προϊόν να λαμβάνουν υπόψη τους σοβαρά, 4 γενικευμένες αρχές του μάρκετινγκ υπηρεσιών.

1. Η εμπειρία που αποκτάται από την χρήση συγκεκριμένης υπηρεσίας θα πρέπει να υπάρχει σαν βασική αρχή για να μπορέσει να ακολουθήσει η αλλαγή της συμπεριφοράς. Εδώ τονίζεται η σημασία της δέσμευσης σε μια εμπειρία, και πως αυτή η δέσμευση στην συνέχεια μπορεί να δημιουργήσει το συναίσθημα του «αξίζω». Επίσης τα θετικά συναισθήματα, ιδιαίτερα η δημιουργία αίσθησης νέας ελπίδας που δημιουργείται από μια συναισθηματική σύνδεση με άλλους ανθρώπους, παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη αλλαγών στη θεραπευτικές ρυθμίσεις. Οι άνθρωποι

είναι πιο πιθανό να αλλάξουν λόγω μιας συναισθηματικής σύνδεσης με έναν άλλο άνθρωπο ή κοινότητα, κάτι που τελικά τους βοηθάει, να κάνουν θετικές και βιώσιμες αλλαγές συμπεριφοράς.

2. Η μεγάλη σημασία που έχει η κατανόηση εκ μέρους του υπαλλήλου, ότι ο ίδιος αποτελεί τον συνδετικό κρίκο του οργανισμού και του πελάτη. Αυτός είναι που αντιπροσωπεύει την επιχείρηση- μάρκα- πρόγραμμα, αυτός είναι που θα επηρεάσει την συμπεριφορά του καταναλωτή, θα ενισχύσει ή θα αποδυναμώσει την παροχή υπηρεσιών και είναι αυτός που θα παρέχει υποστήριξη σε ευαίσθητους και σε πελάτες με κίνδυνο υγείας. Συχνά οι υπηρεσίες παρέχονται από έναν υπάλληλο που μπορεί να μην έχει εκπαιδευτεί στην εξυπηρέτηση πελατών ή μπορεί να μην θεωρήσει σημαντικό καν τον ρόλο του στην διαδικασία πώλησης της υπηρεσίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε θέματα υγείας όπου ο πάροχος υπηρεσιών πρώτης γραμμής, δεν είναι γνώστης του marketing αλλά ένας ιατρικός ή τεχνικός υπάλληλος. Η βιβλιογραφία κοινωνικού μάρκετινγκ έχει από καιρό αναγνωρίσει ότι το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι κάτι περισσότερο από διαφήμιση, και έτσι οι υγειονομικοί και κοινωνικοί οργανισμοί που εμπλέκονται στην ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικού μάρκετινγκ, θα πρέπει να υποστηρίζουν και να εκπαιδεύσουν το προσωπικό για να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες μάρκετινγκ κατά την παροχή υπηρεσιών.

3. Το πώς αντιλαμβάνονται οι πελάτες την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και η αξία της, είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους. Η ποιότητα των υπηρεσιών ως καθοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς των πελατών, είναι αναγνωρισμένη στην βιβλιογραφία της προώθησης και ακόμη και στη βιβλιογραφία για την υγεία, αλλά μέχρι στιγμής είναι η λιγότερη μελετημένη περιοχή στο κοινωνικό μάρκετινγκ. Σε μία από τις λίγες εμπειρικές μελέτες που συνδυάζουν το μάρκετινγκ υπηρεσιών με το κοινωνικό μάρκετινγκ, η διοικητική, τεχνική και διαπροσωπική ποιότητα που εκλάμβαναν οι πελάτες, φαίνεται να έχει ισχυρές και σημαντικές σχέσεις με τη λειτουργική και συναισθηματική αξία που προκύπτει από την εμπειρία των γυναικών σε μια υπηρεσία ελέγχου μαστού. Κάτι που με τη σειρά του επηρέασε την ικανοποίησή τους για την υπηρεσία αυτή καθώς και τις προθέσεις τους να συνεχίσουν την προληπτική συμπεριφορά για την υγεία τους.

4. Ο πελάτης πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία. Όταν εξετάζουμε τη συμβολή του κοινωνικού μάρκετινγκ στην ανάπτυξη και εφαρμογή μιας κοινωνικής πολιτικής, η έννοια της δημιουργίας επιπρόσθετης αξίας από το

μέρος του πελάτη, είναι εξαιρετικά σημαντική. Εάν τα κοινωνικά προγράμματα δεν υποστηρίζονται και εκτιμώνται από τους πολίτες, συχνά αποτυγχάνουν να επιτύχουν την επιθυμητή κοινωνική βελτίωση που έχουν ως στόχο. Οι άνθρωποι είναι συν-παραγωγοί ή αλλιώς συνεργάτες, που βοηθούν ο ένας τον άλλο στην υιοθέτηση νέων συμπεριφορών ή την παραίτηση από άλλες. Πρέπει να ανακαλύψουν μόνοι τους την πραγματική αξία στην αλλαγή αυτή που προσπαθούν να κάνουν. Επίσης παρατηρείται μια αυξανόμενη αναγνώριση, ότι στις υπηρεσίες υγείας με την εμπλοκή στην διατήρηση της ίδιας τους της υγείας, οι πελάτες μπορούν να δημιουργήσουν αξία εξυπηρέτησης, συνεργαζόμενοι βέβαια με το προσωπικό εξυπηρέτησης. Έρευνες υποδεικνύουν επίσης πώς οι πελάτες της υγειονομικής περίθαλψης συν-δημιουργούν αξία στην πράξη, προσδιορίζοντας διαφορετικά στυλ πρακτικής (Russell-Bennett, Wood and Previte, 2013) .

Παρατηρούμε ότι η ανάγκη εφαρμογής των πρακτικών του μάρκετινγκ υπηρεσιών, με σκοπό την αλλαγή των συμπεριφορών και την προώθηση της υγείας γίνεται όλο και πιο επιτακτική. Εάν θέλουμε οι άνθρωποι να χρησιμοποιούν πραγματικά τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από μη κερδοσκοπικούς και κυβερνητικούς οργανισμούς, τότε οι άνθρωποι που εφαρμόζουν το κοινωνικό marketing σε αυτές τις προσπάθειες, θα πρέπει να υπερβούν τους τεχνικούς, γνωστικούς και οργανωτικούς στόχους. Αν δεν γίνει αυτό, θα έχει ως αποτέλεσμα έναν προσανατολισμό στην παραγωγή υπηρεσιών που αποτυγχάνουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτών που υποτίθεται ότι θα ωφεληθούν.

Για να καταφέρει ένα πρόγραμμα υγείας να μεταφέρει αποτελεσματικά στους αποδέκτες τις υπηρεσίες, τα προϊόντα και τα μηνύματα θα πρέπει να διαλέξει τα κατάλληλα κανάλια διανομής. Ως κανάλια διανομής δεν εννοούμε μόνο τα ηλεκτρονικά και έντυπα μέσα ενημέρωσης αλλά και τους πολιτικούς ηγέτες της κοινότητας, τις ομάδες εθελοντισμού μιας πόλης, τα πιθανά μέρη όπου ένας απλός πολίτης συνηθίζει να επισκέπτεται στην καθημερινή του ζωή όπως εστιατόρια και στάσεις λεωφορείων, τα σχολεία, οι χώροι εργασίας, οι κοινωνικές οργανώσεις, οι εκκλησίες, τα γραφεία των ιατρών και διάφορες μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες. Κάθε άτομο, οργανισμός ή ίδρυμα που έχει πρόσβαση σε έναν καθορισμένο πληθυσμό είναι ένα πιθανό κανάλι για την επικοινωνία υπηρεσιών υγείας και κύριο καθήκον της διαδικασίας ανάλυσης των καναλιών είναι να προσδιοριστούν ποια από αυτά τα κανάλια, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, θα εξυπηρετήσουν καλύτερα τις υπηρεσίες του οργανισμού υγείας .

Η σωστή επιλογή των καναλιών και ο επιτυχής συνδυασμός τους δεν προϋποθέτει και την ύπαρξη της αντίληψης, ως τα πιο σημαντικά και αυτά που επηρεάζουν περισσότερο. Η φύση της υπηρεσίας- προϊόντος και του μηνύματος που μεταδίδεται καθώς και η γνώση του σημείου κατά την διαδικασία της αλλαγής συμπεριφοράς, πάνω στο οποίο στοχεύει η διαδικασία, αποτελούν εξίσου σημαντικά σημεία που πρέπει κάποιος να γνωρίζει. Ωστόσο, όταν ένα άτομο πρέπει να αποφασίσει εάν θα υιοθετήσει ή όχι την προτεινόμενη συμπεριφορά (π.χ., να σταματήσει το κάπνισμα), το δίκτυο που βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις, φαίνεται να είναι συχνά, το πιο σημαντικό. Ουσιαστικά, η επιθυμία που υπάρχει για στόχευση προς τα άτομα που μπορούν να επηρεάσουν το κοινό πιο εύκολα, και ειδικά στις αρχές της εφαρμογής ενός προγράμματος, μπορούν να επηρεάσουν και να ενισχύσουν την υιοθέτηση νέων στάσεων και συμπεριφορών (Hastings and Haywood, 1991).

Παρόλο που διαπιστώνουμε ότι όλο και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι όλο και πιο δεκτικοί και συχνά ενθουσιώδεις υποστηρικτές, της χρήσης των αρχών μάρκετινγκ στην προώθηση της υγείας, το γεγονός ότι στις υπηρεσίες υγείας, οι δραστηριότητες μάρκετινγκ συχνά δεν κατανοούνται και δεν εκτιμώνται επαρκώς από τους διαχειριστές δείχνει ότι ακόμα πρέπει αν γίνει όλο και μεγαλύτερη προσπάθεια για να υπάρξει μια διαδεδομένη εφαρμογή τους.

Η ύπαρξη πεποίθησης, τόσο σε επιχειρήσεις όσο και σε μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, ότι ένας οργανισμός που υιοθετεί την έννοια του μάρκετινγκ θα γίνει γρήγορα, κεντρικά καθοδηγούμενος από το μάρκετινγκ, είναι ισχυρή. Όμως, κατά τη δημιουργία ενός σχεδίου μάρκετινγκ και μιας δομής μέσα σε μια ήδη υπάρχουσα δομή μιας εταιρείας, θα πρέπει να δίνεται προσοχή ώστε να εκτιμώνται και να αναμειγνύονται στην διαδικασία, οι προσωπικές και οργανωτικές πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές. Η ισχυρή εξάρτηση, ανάμεσα στην σοβαρή ιατρική εκπαίδευση και στις μεθόδους αλλαγής συμπεριφοράς, θα πρέπει να διατηρηθεί (Craig Lefebvre and Flora, 1988).

4.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Εκτενείς και συνεχείς αναφορές γίνονται στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με εκστρατείες, που χρησιμοποιούν τις τεχνικές μάρκετινγκ για να προωθήσουν την δημόσια υγεία, και ειδικότερα την διακοπή του καπνίσματος.

Από αυτές, μια μεγάλη προσπάθεια, η οποία αποτελεί μια από τις πρώτες στο είδος της, είναι η εκστρατεία “Truth” (Αλήθεια), μια εθνική εκστρατεία στην Αμερική για την καταπολέμηση του καπνού, που ξεκίνησε στις αρχές Φεβρουαρίου το 1998, από το Ίδρυμα Αμερικάνικης Κληρονομιάς (American Legacy Foundation) και απευθυνόταν κυρίως σε νέους από 12-17 ετών.

Οι υπεύθυνοι του προγράμματος του Πιλοτικού Προγράμματος της Φλόριντα για τον Καπνό (Florida Tobacco Pilot Program), με σκοπό την εφαρμογή του εθνικού αυτού προγράμματος, σε τοπικό επίπεδο, συνεργάστηκαν στενά με μια ομάδα διαφήμισης και ένα γραφείο δημοσίων σχέσεων για να δημιουργήσουν το συστατικό στοιχείο του προγράμματος. Για να διαβεβαιώσουν την ευρεία αντίληψη της καμπάνιας, το σχέδιο μάρκετινγκ συμπεριλάμβανε την προώθηση του σε όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, διάφορα είδη διαφημίσεων, δράσεις για τους νέους, την παραγωγή προϊόντων, προγράμματα προσέγγισης μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, με σκοπό να κάνουν την Truth τόσο αξιόπιστη όσο οι άλλες αγαπημένες μάρκες των νέων (Nike, Sprite). Μέσω των διάφορων μορφών των διαφημιστικών μηνυμάτων, η εκστρατεία προσπαθεί να ενισχύσει το κύριο και βασικό μήνυμα του προγράμματος: να εκθέσει τα ψέματα και την παραπληροφόρηση που διαιωνίζονται από το μάρκετινγκ της βιομηχανίας καπνού (Zucker *et al.*, 2000).

Η εκστρατεία προσπάθησε να αντικρίσει την βιομηχανία κατάματα και να δημιουργήσει μια ταυτότητα για μια ζωή άκαπνη, μέσω σκληρών διαφημίσεων. Αυτή η επαναστατική απόρριψη του καπνού και της διαφήμισης του καπνού, διαμορφώνει την ανάγκη των νέων να διεκδικήσουν την ανεξαρτησία και την ατομικότητά τους, ενώ αντιμετωπίζουν τις προσπάθειες μάρκετινγκ του καπνού (Farrelly *et al.*, 2002).

Σε αυτό έρχονται να κουμπώσουν και να ταυτιστούν και τα αποτελέσματα έρευνας που συνέδεε το κάπνισμα με την επανάσταση και την προσπάθεια των εφήβων να γνωρίσουν ποιοι πραγματικά είναι καθώς και ότι το θέμα της μεταχείρισης της βιομηχανίας, είχε μεγάλη απήχηση στους νέους. Οι διάφορες προσπάθειες των δημοσίων υπηρεσιών μέχρι εκείνη την περίοδο, έπαιρναν μια μορφή που θεωρούνταν πολύ αυστηρή και κατηχητική, κάτι που δεν συμβάδιζε με τις αντιλήψεις των νέων πάνω στο πρόβλημα. Παράδειγμα αποτελεί η γνωστή διαφήμιση της εκστρατείας Body Bags, όπου νέοι συγκέντρωσαν τσάντες πτωμάτων έξω από τα γραφεία μιας εταιρείας καπνού και φώναζαν δυνατά μέσω μεγαφώνων πως αυτές οι τσάντες αντιπροσωπεύουν τους 1200 ανθρώπους που πεθαίνουν καθημερινά από τον καπνό (Zucker *et al.*, 2000; Farrelly *et al.*, 2002).

Βασικό στόχος του προγράμματος ήταν η αλλαγή στη στάση των νέων απέναντι στο κάπνισμα και ότι με τη σειρά του αυτό, θα αλλάξει τη συμπεριφορά τους ως προς το κάπνισμα, θα τους εμποδίσει να ξεκινήσουν το κάπνισμα ή ακόμα καλύτερα, και τα δύο. Οι αλλαγές στη στάση είναι ένα ενδιάμεσο αποτέλεσμα στην πορεία προς την αλλαγή της συμπεριφοράς του καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που ακολούθησαν την εκστρατεία στην Φλόριντα έδειξαν μείωση του καπνίσματος μεταξύ μαθητών γυμνασίου και λυκείου, 18% και 8% αντίστοιχα, μετά το πρώτο έτος και 40% και 18% μετά το δεύτερο. Το κέντρο ελέγχου και πρόσληψης ασθενειών δήλωσε ότι η μείωση στο κάπνισμα στους νέους, της περιόδου 1998 και 1999 είναι η μεγαλύτερη που έχει καταγραφεί στο έθνος από το 1980.

Παράλληλα με τις προσπάθειες των κρατικών μηχανισμών της Αμερικής, για την μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, παρατηρούμε πως από μια από τις μεγαλύτερες καπνοβιομηχανίες παγκοσμίως, την Phillip Morris, προσπαθεί να αλλάξει τις αντιλήψεις των νέων σχετικά με το κάπνισμα, με παρόμοια προσέγγιση. Η εθνική εκστρατεία, της εταιρίας, «Σκέψου. Μην καπνίζεις» («Think. Don't Smoke» - TDS), προβλήθηκε σε εθνικό επίπεδο μεταξύ του 1998 και του 2002, προσπαθώντας με διαφημίσεις και μηνύματα ύφους "απλώς πες όχι", να προβάλλει τους νέους-πρότυπο που δηλώνουν πως οι λόγοι για τους οποίους δεν καπνίζουν βασίζονται στην λογική ότι «το μυαλό μου» και «το σώμα μου» ελέγχονται από εμένα και οι οποίοι έχουν δεσμευτεί προσωπικά να μην καπνίζουν.

Μελέτες των Farrelly, Davis, *et al.*, 2009 και Farrelly *et al.*, 2002, 2009 υποστηρίζουν μέσα από ευρήματα ερευνών ότι οι διαφημίσεις κατά του καπνίσματος που χρηματοδοτούνται από τη βιομηχανία καπνού, προκαλούν αντίθετα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, προκαλούν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στις εταιρείες καπνού και όχι υψηλά ποσοστά εναντίωσης στην χρήση των προϊόντων καπνού. Ειδικότερα η εκστρατεία TDS της Phillip Morris, έχει σαφώς σχεδιαστεί για να μην εφιστά την προσοχή στις τακτικές ή τις συμπεριφορές μάρκετινγκ που εφαρμόζει η καπνοβιομηχανία και οι στάσεις που σχετίζονται με αυτήν και είναι απόρροια της, δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της επιτυχίας της εκστρατείας. Επίσης παρατηρήθηκε ότι, η έκθεση σε διαφημίσεις της εκστρατεία TDS προκάλεσε ευνοϊκότερα συναισθήματα στα άτομα προς την καπνοβιομηχανία, απ' ό,τι μεταξύ εκείνων που δεν είχαν εκτεθεί. Αυτή η ανακάλυψη υποστηρίζει τον ισχυρισμό των ακτιβιστών ελέγχου του καπνού ότι ο σκοπός της εκστρατείας Philip

Morris είναι να αγοράσει σεβασμό και όχι να αποτρέψει το κάπνισμα των νέων. Μια άλλη μελέτη, μεταξύ των νέων των ΗΠΑ, διαπίστωσε ότι η διαφήμιση για την πρόληψη του καπνίσματος των νέων που χρηματοδοτείται από τις καπνοβιομηχανίες, είχε μικρή επίδραση στα αποτελέσματα επικράτησης του καπνίσματος μεταξύ των νέων και ότι η έκθεση τους σε διαφημίσεις που απευθύνονται σε γονείς, της βιομηχανίας καπνού, συσχετίστηκε με χαμηλότερη αντιληπτή βλάβη του καπνίσματος, ισχυρότερη έγκριση του καπνίσματος και ισχυρότερες προθέσεις να καπνίσουν στο μέλλον. Τέτοια ευρήματα υποδηλώνουν ότι τέτοιο είδους προσπάθειες εκ μέρους της βιομηχανίας καπνού, κρίνονται αναποτελεσματικές και φέρνουν τα αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Μια από τις βασικές πολιτικές της ευρωπαϊκής ένωσης αποτελεί η πρόληψη. Στα πλαίσιά της, αναπτύχθηκε τον Μάρτιο του 2005 η εκστρατεία Help- for a life without Tobacco, μια από τις μεγαλύτερες δραστηριότητες ευαισθητοποίησης για την υγεία, και στα 27 κράτη μέλη με τηλεοπτικά σποτ, με μια ηλεκτρονική σελίδα διαθέσιμη σε 22 γλώσσες και μια σειρά ευρωπαϊκών και εθνικών προσπαθειών μέσω του τύπου.

Κατά την πρώτη του φάση (2005-2008), περισσότερα από 70.000 τηλεοπτικά σποτ έτρεξαν σε περισσότερα από 96 εθνικά κανάλια και η διαδικτυακή τοποθεσία του HELP σημειώσε πάνω από 7,6 εκατομμύρια επισκέψεις. Η εκστρατεία αποδείχθηκε επιτυχής στο να προσεγγίσει τους νέους και να τους ενημερώσει σχετικά με τα οφέλη του μη καπνίσματος. Αποδείχτηκε επίσης ότι παρά τις εθνικές διαφορές στην κουλτούρα, οι νέοι ανά την Ευρώπη έχουν τις ίδιες ιδέες, ανάγκες και αποκρίσεις στα διάφορα προβλήματα.

Η δημιουργία μιας επωνυμίας, ως επικοινωνιακή στρατηγική της εκστρατείας, προσέφερε στους επαγγελματίες υγείας ένα βιώσιμο μονοπάτι, για την ανάπτυξη μιας σχέσης μεταξύ μιας εκστρατείας δημόσιας υγείας και του κοινού-στόχου της. Η καθιέρωση επωνυμίας δημιούργησε μια μοναδική ταυτότητα για ένα προϊόν υγείας και βοήθησε στη διαμόρφωση του επιθυμητού υγιεινού τρόπου ζωής, βοηθώντας το κοινό να δεσμευτεί σε μια σχέση αλληλένδετη με το «προϊόν», αντιπαραβάλλοντας ένα μήνυμα υγείας με εκείνα που προωθούσε η καπνοβιομηχανία. 59% των Ευρωπαίων κάτω των 25 ετών ανέφεραν πως είδαν την εκστρατεία HELP και το 79% των νέων μη καπνιστών δήλωσαν ότι οι διαφημίσεις τους έκαναν να σκεφτούν τη σημασία του να μην καπνίζουν (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011; Hastings and Domegan, 2020).

Ακόμη μια προσπάθεια της Ευρώπης που στόχευε στην κοινή δέσμευση πολιτικής μεταξύ των χωρών, έγινε εμφανή με την εκστρατεία “Ex-Smokers are Unstoppable”. Η εκστρατεία ευαισθητοποίησης ξεκίνησε από τον Ιούνιο του 2011 έως το τέλος Οκτωβρίου 2013 και στόχευε σε καπνιστές ηλικίας 25 έως 34 ετών, που αντιπροσωπεύουν σχεδόν 28 εκατομμύρια άτομα που ζουν στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Όπως και στις άλλες περιπτώσεις, έτσι και εδώ, υιοθετήθηκε μια θετική προσέγγιση χρησιμοποιώντας πρώην καπνιστές ως πρότυπα, για να εμπνεύσουν όσους ήθελαν να σταματήσουν. Τα μηνύματα της καμπάνιας υπογράμμισαν τα σωματικά οφέλη της εγκατάλειψης του καπνίσματος, δηλαδή ότι οι πρώην καπνιστές, φαίνονται καλύτερα, κοιμούνται καλύτερα και ότι γενικότερα είναι πιο υγιείς, αλλά και τα ψυχικά, ότι δηλαδή έχουν περισσότερη ελευθερία.

Η συνεργασία με την ομάδα της FC Barcelona, ήταν ένα από τα σημαντικότερα σημεία της καμπάνιας. Αυξήθηκε σημαντικά η κάλυψη της εκστρατείας μέσω των μέσων ενημέρωσης και οι εγγραφές στο iCoach, μια εφαρμογή που αναπτύχθηκε από την ομάδα και σου έδινε την επιλογή να δημιουργήσεις δικό σου πρόγραμμα γυμναστικής, έγινε αρκετά δημοφιλής, κατά την έναρξη και υλοποίηση της πρωτοβουλίας.

Η εκστρατεία πέτυχε μια εντυπωσιακή προσέγγιση, του ύψους του 69% του κοινού-στόχου της (ηλικίας 25 - 34) το πρώτο έτος. Η εκστρατεία, ξεπέρασε τους προκαθορισμένους στόχους που είχαν τεθεί στην αρχή της καμπάνιας, σχετικά με τα ύψη του κοινού-στόχου, για μια πληρωμένη διαφήμιση. Παρόλο που δεν υπήρχε στόχος στο πρώτο χρόνο εφαρμογής, η πληρωμένη διαφημιστική προσέγγιση ανήλθε στο 69% του κοινού-στόχου, ενώ κατά το δεύτερο και τρίτο έτος, η προσέγγιση ξεπέρασε τους στόχους που έθεσαν τα 11,6 εκατομμύρια και τα 9,8 εκατομμύρια αντίστοιχα https://ec.europa.eu/health/home_en.

Αναγνωρίζοντας τον αυξανόμενο ρόλο της Ε.Ε. στην πρωτοπορία της κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας, η ομάδα εργασίας ανώτερου επιπέδου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του 2013 για τη «βελτιστοποίηση της ανταπόκρισης στις προκλήσεις των χρόνιων ασθενειών», ζήτησε ολοκληρωμένη δράση στα κράτη μέλη της Ε.Ε., συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής διακρατικών εκστρατειών επικοινωνίας για την πρωτοβάθμια πρόληψη χρόνιων ασθενειών (Rodrigues, Pinca and Schulmann, 2018).

Παρ' όλη την προσπάθεια της Ευρωπαϊκής ένωσης μέσω των προγραμμάτων προώθησης της υγείας, υπάρχει όλο και μεγαλύτερη αναγκαιότητα για την ανάπτυξη τέτοιων πρωτοβουλιών, μεμονωμένα από τα διάφορα κράτη μέλη της.

Οι επικοινωνιακές εκστρατείες είναι ένα σημαντικό και ακόμη ανεκμετάλλευτο στοιχείο στις ευρύτερες στρατηγικές εφαρμογής των πολιτικών, που θα βοηθήσουν και θα επιφέρουν διαρθρωτικές αλλαγές στη συμπεριφορά των ατόμων.

Η αδυναμία εφαρμογής προγραμμάτων που έχουν ως σκοπό την προώθηση της υγείας, εμφανίζουν την ανεπάρκεια αλλά και την έλλειψη της δημόσιας διοίκησης των επιμέρους κρατών μελών, με αποτέλεσμα την μη συνέχιση των υπαρχόντων προγραμμάτων και την μη περαιτέρω ανάληψη νέων. Η συλλογική προσπάθεια, η ανάληψη πρωτοβουλιών των εκάστοτε κυβερνήσεων και η συνεχής προσπάθεια μείωσης του επιπολασμού του καπνίσματος μέσω υπεύθυνης εφαρμογής της υπάρχουσας νομοθεσίας αλλά και ανάληψης νέων ευθυνών όπου είναι αναγκαίο, είναι κάποια από τα στοιχεία που θα φέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (Rodrigues, Pinca and Schulmann, 2018).

4.2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΉ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας είναι αυτό που διαμορφώνει το 90% των δραστηριοτήτων συσχετιζόμενες με την υγεία. Τα λοιπά υπουργεία, δημόσιες υπηρεσίες αλλά και οργανισμού σχετίζονται με αυτό, με άμεσο και με έμμεσο τρόπο, όπως για παράδειγμα το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για την ιατρική φροντίδα των ένοπλων δυνάμεων, του Υπουργείο Εργασίας για την διατήρηση της υγείας στο εργασιακό περιβάλλον κλπ. Επίσης στην Ελλάδα λειτουργεί και ο θεσμός των επιτροπών. Οι πιο πολλές επιτροπές δημιουργούνται όταν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα, υπάρχουν όμως και οι μόνιμες επιτροπές που ασχολούνται συστηματικά με ένα συγκεκριμένο σοβαρό θέμα υγείας όπως το AIDS και άλλες μεταδοτικές ασθένειες, φάρμακα και την προώθηση της υγείας.

Πολλές νομοθετικές πρωτοβουλίες στην Ελλάδα έχουν βαφτιστεί ως «εθνικό σχέδιο Υγείας» από τα εκάστοτε Υπουργεία και τις εκάστοτε κυβερνήσεις, αλλά δεν υπάρχει κάποιο εμπειριστατωμένο επιστημονικά παράδειγμα που να δικαιολογεί την

συγκεκριμένη ορολογία. Καμία προσπάθεια από τα συγκεκριμένα σχέδια δεν έχει ολοκληρωθεί. Ακόμα όμως και αν είχε ολοκληρωθεί, το γεγονός ότι δεν επηρέαζε ποτέ τις αποφάσεις των πολιτικών αρχηγών, δείχνει την προχειρότητα τους.

Όπως έχει αναφερθεί πολλές φορές, στην ΕΕ των 28 χωρών μελών, η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών, με τα υψηλότερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων (καρκίνος του πνεύμονα, πνευμονικές και καρδιαγγειακές παθήσεις) και πολύ υψηλά ποσοστά παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένου του υψηλότερου ποσοστού χρήσης καπνού. Η απουσία έκθεσης σε κινδύνους που προκαλούν μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα η σωματική αδράνεια, το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση και άλλοι παρόμοιοι κίνδυνοι είναι δυνατό να καταπολεμηθούν μέσω ενός συνδυασμού δοκιμασμένων και προσιτών πολιτικών παρεμβάσεων. Η «φυσική» ρύθμιση για τη χρήση μιας τέτοιας σύνθεσης και την εφαρμογή παρεμβάσεων βρίσκεται μέσω της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να συνεργαστεί με μια ισχυρή πολιτική δημόσιας υγείας και στρατηγικές που κυμαίνονται από την ισχυρή επιβολή πολιτικών σε δημόσιους χώρους χωρίς καπνό έως την αύξηση της φορολογίας των ανθυγιεινών προϊόντων (Lionis *et al.*, 2019).

Σύμφωνα με τις Γενικές Αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η Π.Φ.Υ. ορίζεται ως μια σύνθεση ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως βασικό σκοπό την παρακολούθηση, την διατήρηση και την βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν ως βασικά συσταικά την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, αλλά και την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος είναι υπεύθυνο για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με βασικό μέλημα τον σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. Κάποιες από τις βασικές υπηρεσίες που προσφέρονται από την Π.Φ.Υ. είναι οι υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων, δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα, η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, η καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή της υγείας, η τακτική παρακολούθηση και η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας και τέλος η

διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
<http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049> .

Η μορφή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην χώρα μας, που συγκεντρώνεται κατά βάση στην φροντίδα των ασθενών, αντιπροσωπεύει τα πολύ χαμηλά ποσοστά προληπτικού ελέγχου υγείας και εμβολιασμού σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ. Αυτό επίσης οδηγεί σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ασθένειες (Lionis *et al.*, 2019).

Το δημιουργημένο Εθνικό σύστημα υγείας, με βάση τα πρότυπα του Εθνικού Συστήματος της Αγγλίας, δεν βασίζεται στην πρόληψη της Υγείας αλλά κυριαρχείται βασικά από την φιλοσοφία της δημιουργίας καριέρας του προσωπικού του καθώς και την εύρεση του καλύτερου δυνατού τρόπου αποζημίωσης τους. Οι όποιες προσπάθειες για προληπτική ιατρική που θεμελιώνονται, γίνονται κυρίως έπειτα από δημόσια πίεση (Petridou *et al.*, 2018).

Η ύπαρξη ισχυρών σχέσεων μεταξύ της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την υποστήριξη των εξετάσεων υγείας και της προ-συμπτωματικής παροχής φροντίδας, είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση του βάρους των μη μεταδιδόμενων ασθενειών σε εθνικό επίπεδο. Η ενίσχυση των υποστηρικτικών συστημάτων τεχνολογίας παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαχείριση τέτοιων ασθενειών. Για παράδειγμα, η παρακολούθηση της απόδοσης της πρακτικής, οι επαφές μέσω τηλεφώνου και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η ανάπτυξη επικοινωνίας και πολιτιστικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αλληλεπίδραση με το κοινό, έχουν βρεθεί ότι βελτιώνουν τα ποσοστά διαλογής του καρκίνου του παχέος εντέρου, προσφέροντας ένα καλό παράδειγμα για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου μοντέλου φροντίδας. Λαμβάνοντας υπόψη τα χαμηλά επίπεδα ανάπτυξης συστημάτων απεικονιστικού ελέγχου στην Ελλάδα, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι υπηρεσίες φροντίδας έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα εντός των προτεραιοτήτων του εθνικού συστήματος υγείας, σε σύγκριση με τις προληπτικές υπηρεσίες (Lionis *et al.*, 2019).

Η Ελλάδα χρειάζεται να προσπαθήσει αρκετά ακόμη για την ενσωμάτωση της αυτοδιαχείρισης και της αυτοεξυπηρέτησης, σε ότι έχει να κάνει με την διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Η επένδυση στην ανάπτυξη διευρυμένων και ολοκληρωμένων δικτύων πληροφόρησης και συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών, καθώς και η ανάμειξη των κοινοτικών οργανισμών σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν σε καλύτερες μορφές της αυτοδιαχείρισης. Η βελτίωση της

κατανόησης του συστήματος υγείας και η ενίσχυση γνωστών στρατηγικών και παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης, είναι αναγκαίες για την ενίσχυση των δράσεων στο ευρύτερο εθνικό σύστημα υγείας.

Προγράμματα επιμόρφωσης για το AIDS αλλά και διάφορες άλλες δραστηριότητες προώθησης της υγείας, έχουν αναληφθεί από τοπικούς παράγοντες, αλλά και πάλι, πολύ λίγα από αυτά έχουν διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στα πλαίσια της έρευνας, σε θέματα που αφορούν την υγεία αλλά και προγράμματα δράσεων, μικρές περιοχές αλλά και τοπικές πρωτοβουλίες μπορούν να δημιουργήσουν σχέσεις συνεργασίας και να δώσουν το έναυσμα για ενασχόληση σε εθνικό επίπεδο.

Πρέπει να αναφερθεί πως τέτοιου είδους σημαντικές πρωτοβουλίες στην χώρα μας, δυστυχώς λαμβάνονται μέσα από ασυνήθιστες διαδικασίες ή για λάθος λόγους. Η εισήγηση για τον διαδεδομένο εμβολιασμό κατά της Ηπατίτιδας Β, ήρθε ως απάντηση στο γεγονός ότι συνειδητοποιήσαν πως η χρόνια ηπατίτιδα και ο καρκίνος του συκωτιού είναι σε αρκετά υψηλά ποσοστά στην χώρα μας.

Οι κύριες αλλαγές που πρέπει να γίνουν απαιτούν νομοθετικά μέτρα αλλά το υπουργείο Υγείας αποσκοπεί στην χρήση διοικητικών μέτρων. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη σωστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σχεδόν πάντα απαιτεί την ύπαρξη ικανοποιητικού επιπέδου διοίκησης και marketing αλλά και διασφάλιση της συμμετοχής των καταναλωτών (Petridou *et al.*, 2018).

Μέσα από την ανάπτυξη των επαναλαμβανόμενων αντικαπνιστικών νόμων, βλέπουμε μια όλο και μεγαλύτερη προσπάθεια των κυβερνήσεων να αντιμετωπίσουν ένα από τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει η χώρα μας. Η προσπάθεια αυτή όμως είναι ελλιπής. Η έλλειψη συντονισμένης και στοχευόμενης προσπάθειας από την διοίκηση των αρμόδιων υπουργείων για την καταπολέμηση και την πρόληψη φαινομένων που σχετίζονται με τον επιπολασμό του καπνού αλλά και η έλλειψη μιας συντονισμένης εκστρατείας ενημέρωσης και καταπολέμησης του προβλήματος, δυσκολεύει την προσπάθεια αυτή των κυβερνήσεων. Οι παράλληλες ενέργειες των διαφόρων μη κερδοσκοπικών οργανισμών αλλά και συλλόγων καθώς και οι πρωτοβουλίες τοπικών διοικήσεων, είναι αυτές που εν μέρει βοηθούν στην προώθηση μηνυμάτων υγείας και συμπεριλαμβάνουν στο έργο τους εκείνα τα συστατικά που οφείλονται στην περισσότερο αναγνωρισμένη προσπάθεια τους.

Το 2009, μέσα στην μεγάλη οικονομική κρίση που βίωσε η Ελλάδα, παρουσιάστηκε η ευκαιρία για την αντιμετώπιση τέτοιων σοβαρών προβλημάτων. Η

επέκταση των κοινωνικών προβλημάτων και την αποτυχία αντιμετώπισής τους λόγω των μεγάλων οικονομικών περιορισμών, οδήγησαν στην πρόληψη και τη μείωση προβληματικών καταστάσεων μέσω του κοινωνικού μάρκετινγκ και οι καμπάνιες-εκστρατείες είχαν γίνει πιο χρήσιμες από ποτέ. Η ικανότητα του κοινωνικού μάρκετινγκ να καταπολεμά αυτά τα προβλήματα είναι αδιαμφισβήτητη. Παρόλα αυτά η Ελλάδα δεν φάνηκε έτοιμη για ένα τέτοιο εγχείρημα και ήταν αδύνατη την συγκεκριμένη χρονική περίοδο η εφαρμογή μιας τέτοιας εκστρατείας, όπου με την εφαρμογή συγκεκριμένων δράσεων αλλά και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το εισόδημα των πολιτών μειώθηκε αρκετά, θα μπορούσαμε να είχαμε ένα ενδιαφέρον αποτέλεσμα (Polyzoidis, 2013).

Η ανάληψη πρωτοβουλιών με την φιλοσοφία του κοινωνικού μάρκετινγκ σε συνδυασμό με την καταπολέμηση της μαστίγας του καπνού στην χώρα μας είναι αρκετά περιορισμένη. Λογικό αν αναλογιστεί κανείς, πως ακόμα και στην βιβλιογραφία της χώρας μας, οι αναφορές στον όρο είναι πολύ περιορισμένες, και χρησιμοποιήθηκαν κυρίως για προσπάθειες σχετικές με την εθελοντική αιμοδοσία και τον θηλασμό.

Παρ' όλα αυτά, δείγματα κοινωνικού μάρκετινγκ παρατηρούμε από πολύ ωρίς στην χώρα μας. Η προσπάθεια του Ιωάννη Καποδίστρια, του πρώτου κυβερνήτη της απελευθερωμένης Ελλάδας, με την εισαγωγή μεγάλων ποσοτήτων πατάτας, ένα φτηνό και θρεπτικό φαγητό που ήταν άγνωστο στην Ελλάδα εκείνη την εποχή, ήταν μια από αυτές. Οι Έλληνες, αν και πεινασμένοι, ήταν πολύ δύσπιστοι και αρνήθηκαν να πάρουν το νέο φαγητό παρά το γεγονός ότι διανεμήθηκε δωρεάν. Για να μετριάσει την αντίστασή τους, ο Καποδίστριας διέταξε το προϊόν να φυλαχθεί υπό φρουρά, αλλά ζήτησε από τους φρουρούς να αφήσουν ανοιχτή την πίσω πόρτα. Αυτό έκανε τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι οι πατάτες ήταν πραγματικά πολύτιμες, και έτσι άρχισαν να τις κλέβουν. Η κατανάλωση επεκτάθηκε σταδιακά, καθιστώντας την πρώτη επιτυχημένη καμπάνια κοινωνικού μάρκετινγκ στην Ελλάδα (Polyzoidis, 2013).

Πιο πρόσφατες προσπάθειες όπως αυτές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, καθώς διεξάγουν την εθνική αντικαρκινική εκστρατεία «Life Beats Cancer» με προϋπολογισμό περίπου 10 εκατομμύρια ευρώ. Τα μεμονωμένα θέματα της καμπάνιας περιλαμβάνουν το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, την παχυσαρκία, το άγχος και την απρόσεκτη οδήγηση, καθώς και τις

σχέσεις τους με τον καρκίνο, τις καρδιολογικές διαταραχές, τις αναπηρίες και την ποιότητα ζωής. Η εκστρατεία δημοσιεύεται μέσω διαφόρων καναλιών επικοινωνίας, όπως τηλεόραση και ραδιόφωνο, φυλλάδια, το διαδίκτυο και τις πινακίδες σε αθλητικές εγκαταστάσεις και τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Η εκστρατεία βασιζόταν εν μέρει σε διαμορφωτικές έρευνες, δηλαδή διερευνήθηκε στην αρχή της διαδικασίας το θέμα και δόθηκε μια κατευθυντήρια γραμμή, σχετικά με τον τρόπο που θα λειτουργήσει. Διαπιστώνουμε πως παρά τον υψηλό προϋπολογισμό του (τουλάχιστον για την ελληνική αγορά), δεν υπάρχει πρόβλεψη για διαδικασία αξιολόγησης και ως εκ τούτου δεν υπάρχουν αποδείξεις επιτυχίας που να καταγράφονται.

Η Unilever είναι ο υποστηρικτής μιας αμερικανικής καμπάνιας με τίτλο «Uniquely ME!». Ένα πρόγραμμα αυτοεκτίμησης που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τα νεαρά κορίτσια να αναπτύξουν μια υγιή εικόνα του εαυτού τους και να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε από τους κορίτσια προσκόπους των Ηνωμένων Πολιτειών αλλά προσαρμόστηκε στο ελληνικό πλαίσιο και υλοποιήθηκε στην Ελλάδα από την τοπική θυγατρική της Unilever, την Dove.

Οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί αποτελούν σημαντικό παράγοντα άσκησης του κοινωνικού μάρκετινγκ στην Ελλάδα. Το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι η πιο κοινή παρέμβαση ελληνικών μη κυβερνητικών οργανώσεων στον τομέα της κοινωνικής προστασίας. Η ποιότητα της επικοινωνίας ποικίλλει σημαντικά. Ορισμένες δραστηριότητες οργανώνονται από ερασιτέχνες, ενώ άλλες ενσωματώνουν επαγγελματικές προσεγγίσεις στα υψηλότερα επίπεδα. Τα ελληνικά υποκαταστήματα των μεγάλων διεθνών μη κυβερνητικών οργανισμών εισάγουν εμπειρία και κατευθυντήριες γραμμές από τις μητρικές τους οργανώσεις και ενεργούν με καινοτόμες διαδικασίες. Ορισμένοι οργανισμοί παρέχουν ακόμη και σε αυτόνομα τμήματα εξειδικευμένο προσωπικό που επικοινωνεί με τους συναδέλφους του στο εξωτερικό για ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και εμπειριών. Ωστόσο, αυτή είναι η εξαίρεση και όχι ο κανόνας (Polyzoidis, 2013).

Παρατηρούμε πως στην χώρα μας, οι εκστρατείες κοινωνικού μάρκετινγκ έχουν ξεκινήσει από κρατικά ιδρύματα, ιδιωτικές εταιρείες και οργανισμούς τρίτων τομέων και οι συμμαχίες μεταξύ αυτών των ομάδων ήταν κοινές. Ελάχιστες όμως είναι οι αναφορές για τέτοιου είδους προσπάθειες, ειδικά εκ μέρους του υπουργείου Υγείας σε ότι έχει να κάνει με τον τομέα του καπνίσματος.

Η πρώτη εκστρατεία στην σύγχρονη Ελλάδα, που συμπεριλαμβάνει ένα μέρος των χαρακτηριστικών του κοινωνικού μάρκετινγκ και σχετίζεται με την διακοπή του καπνίσματος είναι αυτή του 1979 με αρμόδιο το Υπουργείο Υγείας και τον υπεύθυνο υπουργό και ιατρό κ. Δοξιάδη. Τότε σε συνεργασία με άλλους κοινωνικούς φορείς, ξεκίνησε η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις επικίνδυνες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.

Το ραδιόφωνο και η τηλεόραση χρησιμοποιήθηκαν εντατικά για το σκοπό αυτό, μαζί με τις επιτυχημένες αφίσες κατά του καπνίσματος που είχαν τοποθετηθεί σε πολλούς δημόσιους χώρους. Το κάπνισμα δεν επιτρέπεται σε δημόσια γραφεία και απαγορεύεται η διαφήμιση τσιγάρων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Μεταγενέστερη μελέτη του Stavrinou, 1987, δείχνει ότι το αρχικό αποτέλεσμα της εκστρατείας κατά του καπνίσματος ήταν η μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων κατά 7,3%, ενώ η μακροπρόθεσμη επίδραση ήταν η μείωση κατά 13,5%. Δεδομένου ότι κάποια από τα μέτρα κατά του καπνίσματος που ελήφθησαν κατά τα χρόνια της εκστρατείας παρέμειναν ακόμη και μετά το 1982, όταν η κατανάλωση τσιγάρων έφτασε στα ίδια επίπεδα με αυτά πριν της εκστρατείας, θεωρούμε ότι αυτό το γεγονός, αντικατοπτρίζει κυρίως τις επιπτώσεις της εκπαίδευσης στην υγεία και των προειδοποιήσεων για την υγεία που παρουσιάζονται στους καταναλωτές κατά τη διάρκεια των ετών εκστρατείας.

Η εγκατάλειψη της παροχής πληροφοριών το 1982, μαζί με τις παράλληλες διαφημίσεις εξισορρόπησης των παραγωγών βιομηχανιών (παρουσιάζοντας σκληρούς, υγιείς και ευτυχισμένους καπνιστές σε μια φυσιολογική ζωή), είναι οι βασικοί λόγοι που επανέφεραν την κατανάλωση τσιγάρων στα επίπεδα αυτά, πριν της εκστρατείας.

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν καθόλου πληροφορίες σχετικά με το κόστος αυτής της εκστρατείας και δεν είναι γνωστό εάν εγκαταλείφθηκε επειδή κρίθηκε κατά κύριο λόγο ότι δεν ήταν οικονομικά αποδοτική (ή υπερβολικά δαπανηρή) ή επειδή οι αυξήσεις τιμών θεωρήθηκαν περισσότερο οικονομικά αποδοτικότερες μορφές πολιτικής ελέγχου του καπνού (Stavrinou, 1987). Σημαντικό επίσης είναι να αναφέρουμε ότι το 1982, μετά από εκλογές, άλλαξε η κυβέρνηση και ο κ. Δοξιάδης έπαψε πλέον να είναι υπουργός Υγείας.

Η πιο πρόσφατη καταγεγραμμένη, αλλά και πιο αξιόλογη και ολοκληρωμένη προσπάθεια για την μείωση του καπνίσματος στα πλαίσια εφαρμογής του κοινωνικού μάρκετινγκ αλλά και της αποτελεσματικής διοίκησης εκ μέρους των πολιτικών

φορέων, έρχεται όχι από το Υπουργείο Υγείας, αλλά από τους τοπικούς φορείς της πόλης των Τρικάλων, μιας μικρής πόλης 83.000 κατοίκων, στο κέντρο της Ελλάδας. Τα Τρίκαλα έχουν μια μακρά ιστορία αστικής καινοτομίας, ξεκινώντας από το 2004 όταν το Ελληνικό Υπουργείο Οικονομίας, ονόμασε τα Τρίκαλα ως την «πρώτη ψηφιακή πόλη» στην Ελλάδα κάτι το οποίο συνεχίζεται, καθώς η πόλη κέρδισε τη θέση της στη λίστα των 21 έξυπνων πόλεων στον κόσμο από το Φόρουμ Ευφών Κοινοτήτων για τρία συνεχόμενα έτη (2009, 2010 και 2011).

Τον Ιανουάριο του 2017, ο Δήμαρχος των Τρικάλων, αποφάσισε να εφαρμόσει την απαγόρευση του καπνίσματος, τη στιγμή που ο Μύλος των Ξωτικών, ένα χριστουγεννιάτικο θεματικό πάρκο που αναμενόταν να προσελκύσει πλήθος κόσμου, ξεκινούσε τον Νοέμβριο του 2017. Μέσω του φυλλαδίου, που μοιράστηκε στα καταστήματα, για την



Εικόνα 2: Επίσημο Φυλλάδιο Δήμου Τρικαίων για τον Μύλο των Ξωτικών, <https://trikalacity.gr>

προώθηση του θεματικού πάρκου σε συνδυασμό με την αναφορά στην πόλη ως τον «μεγαλύτερο οικογενειακό προορισμό χωρίς τσιγάρο», κατάφερε η τοπική αυτοδιοίκηση να προσελκύσει κόσμο από όλη την χώρα.

Οι περισσότερες ελληνικές εκστρατείες επικοινωνίας για την υγεία, εφαρμόζουν μια προσέγγιση «ψεκασμού και προσευχής» (“pray and spray”), για την μετάδοση μηνυμάτων υγείας σε μεγάλους τομείς του πληθυσμού, αντί να εμπλέκουν τον πληθυσμό να συμμετέχει ενεργά σε μια διαδικασία σχεδιασμού που εστιάζει στη λύση. Η συμμετοχή στον προγραμματισμό του σχεδιασμού προγραμμάτων, σε τοπικό επίπεδο, είναι μια ασυνήθιστη πρακτική στην Ελλάδα και στην συγκεκριμένη περίπτωση της πόλης των Τρικάλων, ο προγραμματισμός της πρωτοβουλίας ήταν μια περίπλοκη διαδικασία (Skerletopoulos, Makris and Khaliq, 2020).

Δημιουργήθηκε έτσι μια ομάδα σχεδιασμού παρέμβασης, που αποτελούταν από τρία μέλη του προσωπικού του δημοτικού συμβουλίου των Τρικάλων, συμπεριλαμβανομένου ενός μέλους που εμπνεύστηκε να χρησιμοποιήσει το πλαίσιο του κοινωνικού μάρκετινγκ, ορμώμενος από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικού Μάρκετινγκ, το οποίο γνώρισε ενώ σπούδαζε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στη συνέχεια, προστέθηκαν ενδιαφερόμενα μέρη της εξωτερικής κοινότητας, ενώ είχαν αρχίσει οι προσπάθειες αρχικού προγραμματισμού.

Μεγαλύτερη πρόκληση του εγχειρήματος ήταν η εύρεση ενός σχεδίου που θα επέτρεπε στα ενδιαφερόμενα μέρη να αισθάνονται ότι εισακούονται οι προτάσεις και οι απόψεις τους μέσα στην ομάδα σχεδιασμού της παρέμβασης. Η ομάδα συμφώνησε να χρησιμοποιήσει το Κοινωνικό-Οικολογικό Μοντέλο (Social-Ecological Model) για να καθοδηγήσει το έργο, καθώς είναι ένα πλαίσιο βασισμένο στη θεωρία που επιτρέπει την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, λαμβάνει υπόψη τους πολύ-επίπεδους παράγοντες που υπάρχουν από την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική κοινότητα και το επίπεδο πολιτικής και ταιριάζει με την πολύ-επίπεδη φύση του προβλήματος, επειδή η αλληλεπίδραση μεταξύ των κοινωνικών, εμπορικών και κυβερνητικών τομέων θα πρέπει να είναι διαφανής και συντονισμένη.

Για την εφαρμογή του προγράμματος χρησιμοποιήθηκε το πλαίσιο deCIDES, το οποίο περιλαμβάνει πέντε τομείς. Ο κάθε τομέας, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει συμπεριφορές, ωστόσο, όταν χρησιμοποιούνται από κοινού με συντονισμένο τρόπο, έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να επηρεάσουν τη συμπεριφορά αλλά και να βοηθήσουν στην διατήρηση των αλλαγών, με την πάροδο του χρόνου. Οι πέντε αυτοί τομείς ουσιαστικά περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό και την δημιουργία περιβαλλόντων που υποστηρίζουν την ατομική και κοινοτική υγεία, τον έλεγχο και την αποτελεσματική χρήση της νομοθεσίας, των κινήτρων και την επιβεβλημένη προώθηση της υγείας, την ενημέρωση μέσω της ευαισθητοποίησης, της επικοινωνίας, της υπενθύμισης και της ενθάρρυνσης με γεγονότα, την ενδυνάμωση της εκπαίδευσης, την συμμετοχή και προώθηση της παιδείας σχετική με υγεία και τέλος την υποστήριξη στην παροχή υπηρεσιών και συστημάτων για την προώθηση της συμπεριφοράς της υγείας.

Ένας από τους λόγους για την επιτυχία του προγράμματος ήταν η έντονη εστίαση στη συμμετοχή των πολιτών. Το δημοτικό συμβούλιο των Τρικάλων συνεργάστηκε με την κοινότητα για να βρει μια λύση σε ένα πολύ ελληνικό πρόβλημα, την μη συμμόρφωση της απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους, ωθώντας τον πληθυσμό να κάνει το σωστό. Η προσέγγιση όλων των πλευρών για την επιβολή του νόμου εξασφάλισε ότι η κοινότητα είχε στη διάθεσή της αρκετές πληροφορίες. Αυτό οδήγησε σε καλύτερη επίγνωση των αρνητικών επιπτώσεων του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, βοηθώντας να διασφαλιστεί, στο μυαλό της κοινότητας, ότι η επιβολή του νόμου δεν αποσκοπούσε σε κίνδυνο της προσωπικής ελευθερίας ή των επιχειρηματικών εσόδων.

Η εστίαση σε ανοιχτές συναντήσεις και στενή συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους φορείς, όπως εστιατόρια και καφέ/μπαρ, καθιέρωσαν έναν διάλογο όπου όλοι οι ενδιαφερόμενοι είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν τα οφέλη και τα εμπόδια που αντιμετώπισαν κατά την επιβολή του νόμου. Οι συναντήσεις ήταν απαραίτητες για τις τοπικές αρχές, καθώς παρείχαν πολύτιμες πληροφορίες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν για να σχεδιάσουν την εφαρμογή της απαγόρευσης για την επίτευξη συμμόρφωσης από τα ενδιαφερόμενα μέρη. Επίσης, η συμμετοχή των ενδιαφερομένων ήταν ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της μη συμμόρφωσης του νόμου περί μη καπνιστών στα Τρίκαλα. Ενώ η συμμετοχή των πολιτών δεν είναι απαραίτητη συνιστώσα της αλλαγής των κοινωνικών κανόνων, προσθέτει ένα στοιχείο ευθύνης στην εφαρμογή των νόμων και εφόσον οι ίδιοι συμμετείχαν στην διαμόρφωση της νέας συμπεριφοράς στην κοινότητα, μείωσαν το εμπόδιο στην αλλαγή για την υπόλοιπη κοινότητα. (Skerletopoulos, Makris and Khaliq, 2020)

Η υποστήριξη των επιστημονικών ιδρυμάτων, όπως η τοπική ιατρική ένωση και οι μονάδες υγείας του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης της μονάδας καπνίσματος του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, ήταν σημαντική για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος. Η εμπειρογνωμοσύνη τους σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, βοήθησαν στη διαμόρφωση των μηνυμάτων που παράγονται, προσθέτοντας παράλληλα την εγκυρότητα στην πρωτοβουλία. Αυτά τα ιδρύματα και το προσωπικό τους έγιναν πρεσβευτές και πρότυπα στη κοινότητα, υποστηρίζοντας την επιβολή του νόμου. Ιδιαίτερα πρόσθετο βάρος δόθηκε στο πρόγραμμα μέσω της επίσημης γραπτής υποστήριξης τεσσάρων επιστημονικών ιδρυμάτων, όπως η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος και το Ελληνικό Ινστιτούτο Καρδιολογίας.

Τον Ιούνιο του 2019, ο Πρωθυπουργός της Ελλάδας ανακοίνωσε την άμεση επιβολή του νόμου για την καταπολέμηση του καπνίσματος, σε εθνικό επίπεδο. Αυτό έγινε δεκτό και υποστηρίχθηκε από μεγάλες πόλεις της Ελλάδας. Η απαγόρευση επιβλήθηκε με πρωτοβουλίες όπως αυτές που δημιουργήθηκαν στα Τρίκαλα.

Η Ελλάδα, από την αρχή εφαρμογής των αντικαπνιστικών νομοθεσιών, ήταν χαλαρή στην αποδοχή ή την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους. Έτσι, μια πρόχειρη κουλτούρα μη συμμόρφωσης, χωρίς καθόλου επιπτώσεις, ήταν ο κοινωνικός κανόνας σε ολόκληρη τη χώρα. Ο τύπος της

κουλτούρας μας, όπου η επικοινωνία είναι συχνά σιωπηρή, δεν έχει μια ξεκάθαρη μορφή και η έμφαση δίνεται κατά βάση σε μη λεκτικά στοιχεία, έχει ως αποτέλεσμα η αλλαγή, να είναι συχνά αργή, καθώς η μάθηση πραγματοποιείται παρατηρώντας άλλους και στη συνέχεια ασκείται. Αυτό ως εκ τούτου, οδηγεί σε ύπαρξη μια σειράς από άγραφους κανόνες, οι οποίοι διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στην εφαρμογή των υπάρχοντων κανόνων. Η μη ανάληψη ευθυνών από τις τοπικές και εθνικές κυβερνήσεις, σχετικά με την εφαρμογή νόμων και η νομική και οικονομική ατιμωρησία της παράνομης ενέργειας, διαιωνίζει την αδράνεια ενός ατόμου και ακολούθως της κοινωνίας, σε ότι έχει να κάνει με τους ακόλουθους νόμους και κανονισμούς.

5. ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ

5.1.ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΠΝΟΥ

Ο καπνός και η ανθρωπότητα σχετίζονται με τον ίδιο τρόπο, όπως το φαγητό και το τσάι, πολύ πριν ξεκινήσει η ανθρώπινη ιστορία. Το *Nicotiana Tabacum* και το *Nicotiana Rustica* είναι εγγενή φυτά της Αμερικής, που έχουν εξελιχθεί και μεγαλώσει στις γύρω περιοχές των Άνδεων, κοντά στο Περού και το Εκουαδόρ, και ανακαλύφθηκαν από τους πρώτους κατοίκους της, μαζί με πιο χρήσιμα φυτά, όπως η ντομάτα, το καλαμπόκι, το κακάο κ.α.. Ο καπνός θεωρείται ότι καλλιεργείται περίπου, από το 5000 με 3000 π.Χ.. Η χρήση του καπνού ήταν καθολική σε όλες τις αμερικανικές ηπείρους, συμπεριλαμβανομένου και της Κούβας, τη στιγμή που ο Χριστόφορος Κολόμβος έφτασε στη Βόρεια Αμερική το 1492.

Οι πρώτοι Ευρωπαίοι που φαίνεται να καπνίζουν ήταν τα μέλη του πληρώματος του Χριστόφορου Κολόμβου. Σχεδόν από την αρχή, το κάπνισμα χαρακτηρίστηκε ως μια κακή και επιβλαβής πρακτική από τους Ευρωπαίους, αλλά φαίνεται ότι η πνευματική αποστροφή και ο κίνδυνος για την υγεία, δεν ήταν ποτέ αποτελεσματικοί και μακροχρόνιοι αποτρεπτικοί παράγοντες, για τη συμμετοχή των ατόμων στην χρήση του καπνού.

Ωστόσο, οι υποτιθέμενες φαρμακευτικές ιδιότητες του καπνού είχαν ως αποτέλεσμα να γίνουν δημοφιλείς οι σπόροι του στην Ισπανία και την Πορτογαλία, όπου αρχικά καλλιεργήθηκαν εκεί, σε κήπους παλατιών, ξεκινώντας και εγκαθιστώντας έτσι τη μακρά σχέση του καπνού, με την βασιλική έγκριση και υποστήριξη του συγκεκριμένου προϊόντος. Μια από τις πολλές ειρωνείες που επικρατούσαν σχετικά με τον καπνό, ότι δύο από τις πρώτες ισχυρισμένες ιατρικές του ιδιότητες ήταν η δυνατότητά του να θεραπεύσει και επίσης να αποτρέπει τον καρκίνο. Αυτός ο τελευταίος ισχυρισμός είχε ως αποτέλεσμα τη χρήση καπνού από υγιείς ανθρώπους, αρχικά στη Γαλλία ως εισπνεόμενος από την μύτη, οι οποίοι, όπως πολλοί που τους διαδέχτηκαν, εθίστηκαν. Ο καπνός ήταν σίγουρα σε χρήση στην Αγγλία από το 1571, κυρίως από πλοιοκτήτες και άλλους που επέστρεφαν από την Αμερική. Το κάπνισμα άρχισε να χρησιμοποιείται στο δικαστήριο, ακόμη και από την ίδια τη Βασίλισσα, και φυσικά από την εύπορη αγγλική κοινωνία και όποιον μπορούσε να το αντέξει οικονομικά. Ο καπνός ήταν ακριβός και έτσι οι Άγγλοι άρχισαν να τον καλλιεργούν οι ίδιοι. Από τότε η χρήση του καπνού εξαπλώθηκε παγκοσμίως, καθώς ο ευρωπαϊκός αποικισμός προχώρησε τους επόμενους αιώνες.

Η πρακτική του καπνίσματος φαίνεται να έχει προκύψει από την εισπνοή μέσω της μύτης, καθώς τα όργανα για το κάπνισμα συγκαταλέγονται μεταξύ των αρχαιότερων αντικειμένων που βρέθηκαν και σχετίζονται με τον καπνό. Ωστόσο, ο καπνός όχι μόνο μυριζόταν και καπνιζόταν, αλλά μασήθηκε, φαγώθηκε, καταπόθηκε όπως το τσάι, αλείφθηκε πάνω από τα σώματα για να σκοτώσει ψείρες και άλλα παράσιτα και χρησιμοποιήθηκε σε οφθαλμικές σταγόνες και κλύσματα. Πολλά ήταν τα είδη των εργαλείων που εφευρέθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για τη χορήγησή του, αλλά η πιο επικρατέστερη μέθοδος από τότε, ήταν το κάπνισμα. Ο καπνός καπνίστηκε τυλιγμένος σε πούρα, αλλά η πιο δημοφιλής μέθοδος στην αρχαιότητα, ήταν η χρήση του σε διαφορετικά είδη αυλού, που εξυπηρετούσαν κοινωνικές αλλά και τελετουργικές λειτουργίες. Το κάπνισμα έχει αναπτυχθεί παγκοσμίως από τότε και έχει χαρακτηριστεί ως «ένα τραγικό ατύχημα της ιστορίας» (Musk and De Klerk, 2003).

5.2.ΕΪΔΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ

Τα κατασκευασμένα βιομηχανικά τσιγάρα, λόγω της μεγάλης διευκόλυνσης που προσφέρουν στους καταναλωτές αλλά και λόγω της ευκολίας κατασκευής τους, αποτελούν τα πιο δημοφιλή προϊόντα εισπνοής νικοτίνης. Δυστυχώς, ο καπνός από αυτά τα τσιγάρα είναι πιο όξινος από ότι άλλες μορφές καπνίσματος, όπως οι πίπες και τα πούρα, και απαιτείται η εισπνοή στους πνεύμονες για αποτελεσματική πρόσληψη νικοτίνης. Η πρόσληψη μέσω του πνεύμονα παρέχει όχι μόνο μια πιο άμεση αίσθηση ικανοποίησης στον καπνιστή καθώς η νικοτίνη βραχυκυκλώνεται στον εγκέφαλο, αλλά εκθέτει επίσης πολύ μεγαλύτερη επιφάνεια του αναπνευστικού επιθηλίου στον καπνό, γεγονός που ενισχύει την ταχεία απορρόφηση και ενισχύει και την εθιστική φύση του προϊόντος (Musk and De Klerk, 2003).

Παρατηρούμε βέβαια, πως καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται, πληθαίνουν οι τρόποι όπου μπορεί ο καθένας μας, να λαμβάνει την νικοτίνη. Εκτός από τα συμβατικά βιομηχανικά τσιγάρα, έχουν κάνει την εμφάνισή τους, εδώ και κάποιες δεκαετίες, εναλλακτικές μορφές εισπνοής νικοτίνης όπως είναι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και οι συσκευές θέρμανσης καπνού. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και τα προϊόντα θέρμανσης καπνού έχουν γίνει όλο και περισσότερο διαθέσιμα τα τελευταία χρόνια και διατίθενται στην αγορά ως εναλλακτική λύση για το κάπνισμα. Τι ακριβώς όμως είναι αυτές οι μορφές καπνού και πόσο επιβλαβή είναι για την υγεία μας;

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα θερμαίνουν ένα υγρό, μετατρέποντάς το σε αερόλυμα για εισπνοή, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει προπυλενογλυκόλη και γλυκερόλη, με ή χωρίς γεύσεις. Διατίθενται διάφορα μοντέλα ηλεκτρονικού τσιγάρου, που συνήθως αναφέρονται ως συσκευές πρώτης, δεύτερης, τρίτης ή τέταρτης γενιάς. Το «ηλεκτρονικό υγρό» ή "χυμός" αποθηκεύεται σε φυσίγγια μίας χρήσης ή ξαναγεμίσματος, ανάλογα με τον τύπο της συσκευής. Το ηλεκτρονικό-υγρό ποικίλλει στην περιεκτικότητα σε νικοτίνη, από υγρό που δεν περιέχει νικοτίνη σε υγρό που περιέχει δόσεις μεγαλύτερες των 20 mg / mL. Οι χρήστες ηλεκτρονικών τσιγάρων μερικές φορές περιγράφονται ως "ατμιστές" και η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου ως "ατμισμός" (Breland *et al.*, 2017).

Τα θερμαινόμενα προϊόντα καπνού λειτουργούν με θέρμανση αντί για καύση καπνού, χρησιμοποιώντας μια συσκευή μπαταρίας και ελεγχόμενη παροχή θερμότητας στον καπνό. Αν και τεχνικά θα μπορούσαν να ονομαστούν και αυτά «ηλεκτρονικά τσιγάρα», αυτός ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί από καιρό και έχει

εδραιωθεί για τις προσωπικές συσκευές που παράγουν αερόλυμα με την θέρμανση του υγρού, που περιέχει την νικοτίνη.

Επιτακτική διαφαίνεται η ανάγκη να εξεταστεί το προφίλ ασφαλείας των συγκεκριμένων προϊόντων, σε σύγκριση με τα συμβατικά τσιγάρα καπνού, καθώς προωθούνται στην αγορά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτικές λύσεις για το κάπνισμα.

Περίπου το ήμισυ των καπνιστών, που θεωρούνται καπνιστές σε όλη τους την ζωή, θα πεθάνουν τελικά από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με τις βλάβες του εθισμού στα ηλεκτρονικά τσιγάρα, δείχνουν ότι είναι πολύ λιγότερο επικίνδυνα. Παρόλο που υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για την συστηματική χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων μετά τη διακοπή του καπνίσματος, μια γαλλική μελέτη, διαπίστωσε ότι πάνω από τους μισούς ανθρώπους που σταμάτησαν το κάπνισμα με τη βοήθεια ηλεκτρονικών τσιγάρων, δεν χρησιμοποιούν πλέον ηλεκτρονικά τσιγάρα έξι μήνες αργότερα.

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε άτομα που χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα με σκοπό να σταματήσουν το κάπνισμα δεν έχουν εντοπίσει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, καθώς τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν χρησιμοποιηθεί για λίγα μόνο χρόνια, υπάρχουν ελάχιστα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια τους, σε σχέση με την μακροχρόνια ή μόνιμη αντικατάσταση του καπνίσματος. Με βάση τις συγκρίσεις της σύνθεσης των καρκινογόνων και τοξικών ουσιών στον καπνό και τους ατμούς καπνού, μια έκθεση του Royal College of Physicians του 2016 υπολόγισε ότι η βλάβη που προκύπτει από τη μακροχρόνια εισπνοή ατμών από τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, είναι απίθανο να υπερβεί το 5% της βλάβης από το κάπνισμα συμβατικού τσιγάρου (Hartmann-Boyce *et al.*, 2016).

Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει τα χημικά συστατικά και την τοξικολογία συσκευών θερμαινόμενου καπνού και άλλων παρόμοιων προϊόντων. Ωστόσο, με λίγες εξαιρέσεις, όλες οι μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί από τους κατασκευαστές των προϊόντων. Λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη ιστορία της καπνοβιομηχανίας, είναι λογικό να είμαστε προσεκτικοί και είναι απαραίτητο, ανεξάρτητες μελέτες να εκτιμήσουν την ακρίβεια των αναφερόμενων ευρημάτων και τη δυνατότητα αυτών των προϊόντων να βοηθήσουν στην μείωση του κινδύνου για τους καπνιστές.

Σύμφωνα με έρευνα των Farsalinos *et al.*, 2018, στην οποία μελετώνται τα προϊόντα θερμαινόμενου καπνού IQOS, αναφέρουν πως εκπέμπουν πολύ λιγότερες βλαβερές ουσίες, περίπου 10 φορές λιγότερη φορμαλδεΐδη, 7 φορές λιγότερη ακεταλδεΐδη, 10 φορές λιγότερη ακρολεΐνη, 9 φορές λιγότερη προπιοναλδεΐδη και 20 φορές λιγότερη κροτοναλδεΐδη, σε σύγκριση με το κανονικό τσιγάρο καπνού. Τα ποσοστά αυτά πέφτουν ακόμη περισσότερο όσο αφορά την χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου σε σχέση με τα συμβατικά προϊόντα καπνού καθώς και την απουσία κάποιων από αυτών των βλαβερών ουσιών, με περίπου 65 έως 130 φορές λιγότερη φορμαλδεΐδη, 1000 φορές λιγότερη ακεταλδεΐδη και 300 φορές λιγότερη ακρολεΐνη, με τις προπιοναλδεΐδη και κροτοναλδεΐδη να μην ανιχνεύονται στο αερόλυμά τους. Οι συσκευές των τσιγάρων στο συγκεκριμένο προϊόν περιέχουν νικοτίνη σε ποσοστό 70-80% σε σχέση με τα παραδοσιακά είδη τσιγάρων και μεγαλύτερη εκπομπή ποσοστού νικοτίνης στο αερόλυμα τους, σε σχέση με τα ηλεκτρονικά τσιγάρα. Επίσης αναφέρεται πως η χρήση IQOS εκπέμπει σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καρβονυλίων από ένα τσιγάρο του εμπορίου, αλλά υψηλότερα επίπεδα από ένα ηλεκτρονικό τσιγάρο.

5.3. ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με υψηλό ποσοστό καπνίσματος και αυτό υποδεικνύεται από την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου του 2017, που αναφέρει ότι η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) μεταξύ ατόμων ηλικίας ≥ 15 ετών, σε ποσοστό 37%. Στην ίδια ακριβώς έρευνα ανακαλύπτουμε πως παράλληλα με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι και στη χώρας μας, το πιο δημοφιλές προϊόν καπνού αποτελούν τα συσκευασμένα τσιγάρα σε κουτί, με δεύτερο να έρχεται ο χύμα καπνός για τύλιγμα των τσιγάρων στο χέρι (European Commission, 2017).

Η Ευρωπαϊκή Οδηγία για Προϊόντα Καπνού του 2014, εφαρμόστηκε στην εθνική νομοθεσία το 2016, μαζί με ένα επιπλέον μέτρο απαγόρευσης της χρήσης σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Η αρχική Οδηγία που επικυρώθηκε το 2001, πριν την επικύρωση της Σύμβασης Πλαισίου για τον καπνό από τον Π.Ο.Υ., απαιτούσε αναθεώρηση, για να ευθυγραμμιστεί με τις επιστημονικές και διεθνείς εξελίξεις που είχαν υλοποιηθεί σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία. Έτσι σε μια σειρά μέτρων ορίζεται και η νομοθεσία για τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, καθώς απαγορεύεται και η

κατανάλωση αυτών σε κλειστό χώρο αλλά και η πώλησή τους σε ανήλικους κάτω των 18 ετών (Berteletti *et al.*, 2017).

Στην έρευνα του Ευρωβαρόμετρου του 2017, η Ελλάδα κατατάσσεται στις τέσσερις τελευταίες χώρες στην Ευρώπη των 28, όπου παρατηρούμε πως οι μισοί των ερωτηθέντων είναι υπέρ της νομοθεσίας για απαγόρευση του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε μέρη που απαγορεύεται ήδη ο καπνός (53%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 41%, είναι κατά (European Commission, 2017).

Σύμφωνα με την έρευνα των Farsalinos *et al.*, 2019 , που διενεργήθηκε στην περιφέρεια της Αττικής, παρατηρήθηκε πως ενώ τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ήταν διαθέσιμα, σε καταστήματα λιανικής και σε καταστήματα on line, πολύ πριν την οικονομική κρίση του 2009, άρχισαν να γίνονται όλο και πιο διάσημα την περίοδο 2010-2011. Στοιχεία της έρευνας φαίνεται να δείχνουν πως υπάρχει σημαντική πρόοδος στην διακοπή του καπνίσματος στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, από τότε που τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έγιναν δημοφιλή. Παρόλο που δεν μπορούν να αποδείξουν ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι ο λόγος για τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος τα τελευταία χρόνια, παρατηρήθηκε μια ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της τρέχουσας χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου και του πρόσφατου πρώην καπνιστή. Γίνεται όλο και πιο αξιοπρόσεκτο, ότι η χρήση τέτοιων εναλλακτικών μορφών καπνικής, οδήγησε εν μέρει στην πρόοδο της διακοπής του καπνίσματος.

Αναφέρεται επίσης ότι σε μια πρόσφατη αντιπροσωπευτική μελέτη του πληθυσμού, το 5,0% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού είναι τρέχοντες χρήστες ηλεκτρονικών τσιγάρων, με τη συντριπτική πλειονότητα αυτών (98,5%) να είναι τρέχοντες και πρώην καπνιστές. Επίσης σημαντικό να αναφέρουμε πως η οικονομική κρίση που έπληττε την χώρα μας για συναπτά έτη και η μείωση των εισοδημάτων των πολιτών, σε συνδυασμό με την τιμολογιακή πολιτική και αύξηση της φορολογίας που επιβλήθηκε λόγω της αντικαπνιστικής πολιτικής, φαίνεται ότι είναι βασικοί λόγοι που βοήθησαν στο άνοιγμα της αγοράς σε διάφορα είδη προϊόντων καπνού.

Μια δήλωση του 2016 σχετικά με τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, από οργανισμούς δημόσιας υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, αναφέρει ότι δεν υπάρχει καμία περίπτωση στην οποία είναι καλύτερο για έναν καπνιστή να συνεχίσει το κάπνισμα και ότι η χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου μεταξύ των νέων θα συνεχίσει να παρακολουθείται στενά. Το 2017 όμως, το γραφείο Δημόσιας Υγείας της Αγγλίας, που λειτουργεί καθοδηγούμενο από το Υπουργείο Υγείας, προώθησε τη χρήση των

ηλεκτρονικών τσιγάρων ως βοήθημα για την διακοπή του καπνίσματος (Hartmann-Boyce, Begh and Aveyard, 2018).

Τα προϊόντα θερμαινόμενου καπνού, τα οποία αναφέρονται επίσης ως προϊόντα θερμότητας χωρίς καύση, αναπτύχθηκαν πρόσφατα και κυκλοφόρησαν στην αγορά, μετά από ανεπιτυχείς προσπάθειες στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Επί του παρόντος, το πιο ευρέως διαθέσιμο προϊόν είναι το IQOS από την Philip Morris International, το οποίο κυκλοφόρησε το 2014 στην Ιταλία και την Ιαπωνία.. Προς το παρόν είναι διαθέσιμο σε περίπου 33 χώρες, κυρίως στην Ευρώπη. Άλλες εταιρείες καπνού εισήγαγαν τα δικά τους προϊόντα θερμαινόμενου καπνού το 2016. Η British American Tobacco (BAT) δημιούργησε ένα προϊόν που το ονομάζεται «glo», ενώ ένα θερμαινόμενο υβρίδιο καπνού και ηλεκτρονικού τσιγάρου αναπτύχθηκε από την Japan Tobacco (JT) και κυκλοφόρησε ως "Ploom TECH".

Σε πολλές χώρες, τα θερμαινόμενα προϊόντα καπνού υπόκεινται σε διαφορετικούς νόμους και τομείς δικαιοδοσίας σε σχέση με τα συμβατικά τσιγάρα, γεγονός που έχει επιπτώσεις στις στρατηγικές μάρκετινγκ και την προώθηση αυτών των προϊόντων.

Στην ΕΕ, η διαφήμιση του IQOS και άλλων θερμαινόμενων συσκευών καπνού, δεν ρυθμίζεται σύμφωνα με την οδηγία για τα προϊόντα καπνού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2014/40/ΕΕ). Μετά από σύγκριση του σχεδιασμού του προϊόντος, των δεδομένων έκθεσης και των ισχυρισμών ασφάλειας μέσα από έγγραφα της Phillip Morris International, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το IQOS φάνηκε να είναι μια παραλλαγή του Accord (προηγούμενο προϊόν της εταιρίας) χωρίς συνεχείς βελτιώσεις στην έκθεση σε τοξικές ενώσεις του αερολύματός του. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι ο ισχυρισμός για μειωμένο κίνδυνο εκ μέρους της βιομηχανίας, ήταν αποτέλεσμα της στρατηγικής μάρκετινγκ που επικεντρώθηκε στο κοινωνικό και κανονιστικό τοπίο, παρά στο αποτέλεσμα τοξικολογικών διαφορών μεταξύ του IQOS και του προδρόμου του, το Accord (Jankowski *et al.*, 2019).

Σύμφωνα με την έκθεση του 2019 του Π.Ο.Υ. για την παγκόσμια επιδημία του καπνού, τα προϊόντα θερμαινόμενου καπνού περιέχουν και αυτά νικοτίνη, η οποία είναι ιδιαίτερα εθιστική και συνδέεται με βλάβες στην υγεία, ιδιαίτερα σε παιδιά, έγκυες γυναίκες και εφήβους. Επίσης διαπιστώθηκε ότι παράγουν τοξικές εκπομπές, πολλές από τις οποίες είναι παρόμοιες με τις τοξικές ουσίες που βρίσκονται στον καπνό των τσιγάρων και πως κάποια από τα επίπεδα αυτών των

ουσιών είναι χαμηλότερα από αυτά που βρίσκονται στα συμβατικά τσιγάρα, αλλά κάποιων άλλων είναι υψηλότερα. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση τέτοιων προϊόντων και την έκθεση στις εκπομπές τους παραμένουν άγνωστες. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή ανεξάρτητα στοιχεία σχετικά με τον σχετικό και τον απόλυτο κίνδυνο, και απαιτούνται αρκετές ανεξάρτητες μελέτες για τον προσδιορισμό του κινδύνου για την υγεία που θέτουν στους χρήστες και τους παρευρισκόμενους. Παρ' όλα αυτά επειδή τα συγκεκριμένα προϊόντα, δεν παύουν να είναι προϊόντα καπνού, οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων βάσει την σύμβαση πλαισίου του Π.Ο.Υ., ισχύουν με τον ίδιο τρόπο που ισχύουν για τα συμβατικά τσιγάρα (World Health Organization, 2019).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη νομοθετική ρύθμιση που να αναφέρεται ρητά στα συγκεκριμένα είδη καπνού. Μεμονωμένες προσπάθειες πώλησης των θερμαινόμενων προϊόντων γίνονται όλο και πιο έντονες στην ελληνική αγορά. Έρευνα σχετικά με την επίγνωση αυτών των προϊόντων καπνού που έγινε σε δύο φάσεις σε έξι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2016 και το 2018, ανέφερε ότι στην Ελλάδα, η γνώση ύπαρξης τέτοιων προϊόντων αυξήθηκε κατά πέντε φορές περισσότερο από το 2016, ενώ ο επιπολασμός της χρήσης αυξήθηκε στην δεύτερη φάση, σε ποσοστό περίπου 4%. Η τρέχουσα χρήση στο 2018, ήταν επίσης συχνότερη στη Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες (Γερμανία Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία). Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί πώς η Ελλάδα ήταν η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών που θεωρούν ότι αυτές οι μορφές καπνού, είναι λιγότερο επικίνδυνες (Trofor *et al.*, 2018).

Ο κίνδυνος ελλοχεύει στην χώρα μας. Οι προσπάθειες των κυβερνήσεων για μείωση των ποσοστών καπνιζόντων, υπονομεύονται από προσπάθειες των καπνοβιομηχανιών. Η μειωμένη αντίληψη της βλάβης μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι πολλές εταιρείες καπνού προωθούν τα προϊόντα θερμαινόμενης καύσης ως προϊόντα μείωσης της βλάβης από το κάπνισμα. Θα πρέπει να γίνει γρήγορα αντιληπτή η αναγκαιότητα ύπαρξης σωστής και ευρείας ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού στην χώρα μας, σχετικά με αυτού του είδους τα προϊόντα μέσα από τις αντικαπνιστικές προσπάθειες της κυβέρνησης αλλά και των ιδιωτικών φορέων και οργανισμών. Επιπλέον η ύπαρξη μεμονωμένων ανεξάρτητων ερευνών θεωρείται σημαντικό εργαλείο στα χέρια όχι μόνο των επιστημόνων αλλά και των διεθνών οργανισμών όπως ο Π.Ο.Υ. καθώς και της ευρωπαϊκής ένωσης, προκειμένου

να σχεδιαστούν οι οδηγίες συμμόρφωσης. Η περαιτέρω εξάπλωση της επικρατούσας αντίληψης, ως προϊόντα ασφαλή και λιγότερο βλαβερά, πρέπει να σταματήσει.

Τέλος, ένα αξιοσημείωτο γεγονός που πρέπει να αναφερθεί, και θεωρούμε ότι συσχετίζεται άμεσα με τα μεγάλα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος στην χώρα μας, είναι και η μεγάλη ιστορία της χώρας μας στην καλλιέργεια του καπνού.

Η καλλιέργεια καπνού στην Ελλάδα εισήχθη στη Μακεδονία και τη Θράκη στις αρχές του δέκατου όγδοου αιώνα και, με την πάροδο του χρόνου, εξαπλώθηκε σε πολλές άλλες περιοχές της χώρας. Η παραγωγή καπνού ανήλθε από 4114 τόνους το 1910, στους 133751 τόνους το 1996. Λόγοι όπως οι κλιματολογικές συνθήκες και η δομή του ελληνικού γεωργικού τομέα θεωρούνται ως οι πιο σημαντικοί για την επέκταση της καλλιέργειας καπνού. Το έδαφος σε πολλές περιοχές δεν είναι κατάλληλο για οποιαδήποτε άλλη καλλιέργεια και απαιτείται μόνο μια μικρή επένδυση για την καλλιέργεια του καπνού στην χώρα μας, ειδικά για ορισμένους τύπους.

Παρά τη μακρά ιστορία και σημασία του ελληνικού τομέα καπνού, η παραγωγή έχει περιοριστεί ειδικά μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) το 1981. Διάφορες πολιτικές συνέχισαν να εφαρμόζονται με κάποιες αλλαγές μετά την ένταξη της Ελλάδας έως το 1992, όπου και τέθηκε σε εφαρμογή το νέο σύστημα Κοινής Γεωργικής Πολιτικής. Υπό την κοινή αυτή πολιτική, επιβλήθηκαν μερίδια παραγωγής του φυτού του καπνού ανά χώρα, ανά ποικιλία αλλά και ανά παραγωγό μαζί με ένα ασφάλιστρο ανά κιλό και ποικιλία. Έτσι, μειώθηκε η συνολική καλλιεργούμενη έκταση και παραγωγή, σύμφωνα με τις ελεγχόμενες από την Ε.Ε. ποσοστώσεις (Mattas *et al.*, 1999).

Σύμφωνα με επίσημα στατιστικά στοιχεία, η ακαθάριστη παραγωγή καπνού στην Ε.Ε., αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 3% της παγκόσμιας παραγωγής. Σήμερα, οι κορυφαίοι παραγωγοί καπνού στον κόσμο είναι: Κίνα, Ιαπωνία και Ινδία. Ο καπνός καλλιεργείται σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τις κύριες χώρες καλλιέργειας να είναι η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πολωνία, η Βουλγαρία και η Ισπανία. Αυτά καλύπτουν περίπου το 85% της καλλιεργούμενης περιοχής καπνού στην ΕΕ και για να καλυφτεί η ζήτηση για προϊόντα καπνού, εισάγεται ακατέργαστος καπνός από την Αφρική και την Αμερική. Εκτός από την Ελλάδα και την Πορτογαλία, σε όλες τις υπό εξέταση χώρες της Ε.Ε. των 28, υπάρχει μείωση στις εκτάσεις που καλλιεργούνται με καπνό το 2017 σε σύγκριση με το 2011. Αυτό γίνεται ακόμα πιο φανερό, καθώς η Ελλάδα είναι ο ηγέτης της κατάταξης των καπνοπαραγωγών στην

Ευρωπαϊκή Ένωση, ακολουθούμενη από την Ιταλία, την Πολωνία, την Ισπανία και τη Βουλγαρία. Η μεταρρύθμιση της Κοινής Αγροτικής Πολιτικής για τον τομέα του καπνού, έχει ως στόχο τη σταδιακή κατάργηση της πληρωμής επιδότησης για την καλλιέργεια καπνού. Έτσι παρατηρούμε, ότι πολλοί καπνοπαραγωγοί στρέφονται στις εναλλακτικές καλλιέργειες, όπως στέβια, αρωματικά φυτά και δέντρα φρούτων (Manos *et al.*, 2008).

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΈΡΕΥΝΑ

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής εργασίας είναι η διαπίστωση αποδοχής της αντικαπνιστικής πολιτικής στην Ελλάδα από τους πολίτες της, αλλά επίσης και οι επιπτώσεις της πολιτικής αυτής, όχι μόνο στην συμπεριφορά των ατόμων ως προς το κάπνισμα αλλά και στην επίπτωση που μπορεί να υπάρχει στην καταναλωμένη ποσότητα αλλά και το είδος των καταναλωμένων καπνικών προϊόντων.

Αφορμή, για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έγιναν τα Τρίκαλα Θεσσαλίας, μια πόλη πρότυπο στην χώρα μας, καθώς ήταν η πρώτη πόλη που εφάρμοσε απόλυτα και επιτυχώς τον αντικαπνιστικό νόμο, υπ' αριθμό 3730/2008. Έτσι θεωρήσαμε ενδιαφέρον να αποτυπώσουμε στην συγκεκριμένη εργασία την άποψη των πολιτών για την εφαρμογή της αντικαπνιστικής πολιτικής αλλά και τον βαθμό που συνεχίζει να τους επηρεάζει στην καθημερινή τους ζωή.

6.1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Για να πραγματοποιήσουμε την έρευνα, αναπτύξαμε ένα ερωτηματολόγιο με είκοσι μία (21) ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, εκ των οποίων δύο, αποτελούν τα δημογραφικά δεδομένα των ερωτώμενων, όπως η ηλικία και το φύλο, και οι υπόλοιπες δέκα εννιά (19) αφορούν την στάση τους απέναντι στο κάπνισμα, στα προϊόντα καπνού αλλά και την άποψη τους απέναντι στην αντικαπνιστική πολιτική που εφαρμόζει η τωρινή κυβέρνηση στην Ελλάδα.

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν κλειστού τύπου ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, όπου ο ερωτώμενος έχει την δυνατότητα να επιλέξει μία ή και περισσότερες απαντήσεις από τις υπάρχουσες κατηγορίες, καλείται να επιλέξει απαντήσεις ανάλογα με το ποια θεωρεί ο ίδιος σημαντική και τέλος βαθμολογεί με κλίμακα «συμφωνώ – διαφωνώ» κάποιες από αυτές. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μέσα από τις φόρμες του Google, καθώς θεωρήθηκε πιο εύκολο να διανεμηθεί μέσα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και να αναλυθεί στην συνέχεια. Το χρονικό διάστημα που διενεργήθηκε η έρευνα είναι από τις 24 Ιανουαρίου 2021 έως και τις 7 Φεβρουαρίου 2021.

Παρ' όλα αυτά, λόγω της επικρατούσας κατάστασης, θεωρούμε ότι δημιουργήθηκε μια ειδική συνθήκη στις απαντήσεις του δείγματος, σχετικά με τις εμπειρίες σε σχέση με τον αντικαπνιστικό νόμο, τόσο σε κλειστούς χώρους διασκέδασης όσο και χώρους δημοσιών υπηρεσιών. Θεωρούμε ότι η απουσία διαπροσωπικής επαφής αλλά και η ύπαρξη περισσότερου ελεύθερου χρόνου, βοήθησε στην άμεση απάντηση των ερωτήσεων.

Οι είκοσι μια ερωτήσεις, χωρίστηκαν σε τρεις ενότητες :

1^η ενότητα: Σε αυτή την ενότητα αναπτύχθηκαν τρεις ερωτήσεις, με τα προσωπικά στοιχεία των ερωτώμενων όπως τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο) αλλά και το αν έχουν υπάρξει ποτέ καπνιστές ή όχι.

2^η ενότητα: Η δεύτερη ενότητα, όπου αναφέρονται τέσσερις ειδικές ερωτήσεις, κλήθηκαν να απαντήσουν οι νυν και πρώην καπνιστές, σχετικά με τις προτιμήσεις τους στα προϊόντα καπνού, την συχνότητα του καπνίσματος αλλά και τις προσπάθειές τους να διακόψουν το κάπνισμα.

3^η ενότητα: Η τελευταία ενότητα των ερωτήσεων αναφέρεται και ως η ενότητα με τις γενικές ερωτήσεις, όπου οι ερωτώμενοι απάντησαν σε δεκατέσσερις γενικές ερωτήσεις, σχετικά με την αναγκαιότητα ύπαρξης της αντικαπνιστικής πολιτικής και των επιμέρους στοιχείων που αυτή περιλαμβάνει, την αντίληψη επιβολής της εφαρμογής του νόμου στην καθημερινή ζωή, την άποψη τους ως προς το κάπνισμα και τα νέα προϊόντα καπνού αλλά και των επιπτώσεων που έχει το τσιγάρο και η αντικαπνιστική πολιτική στους ίδιους.

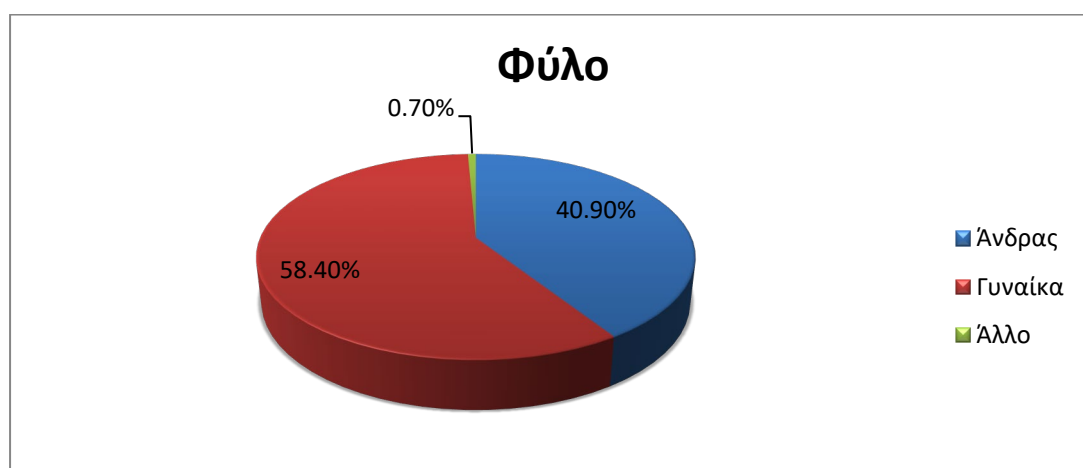
6.2.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν εκατόν πενήντα τέσσερα άτομα (154), καπνιστές και μη και το δείγμα είναι τυχαίο. Το 58,4 % του τελικού δείγματος το αποτελούν γυναίκες και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 (51,95%). Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (58,4 %), δηλώνει ότι κάποια στιγμή στην ζωή του έχει υπάρξει καπνιστής. Στον Πίνακα 1 μπορείτε να δείτε, όλα τα επιμέρους στοιχεία που προέκυψαν από την ανάλυση του δείγματος μας.

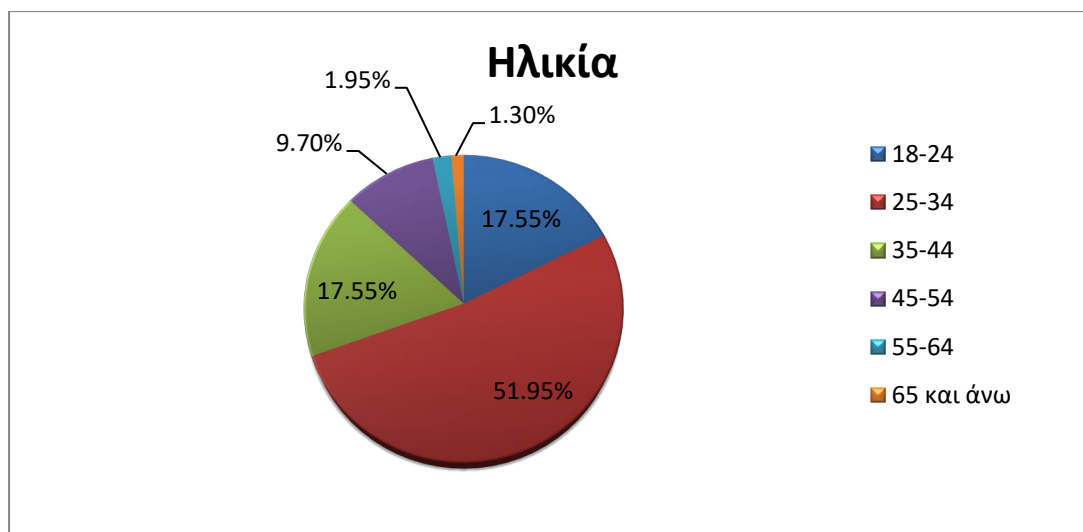
Πίνακας 1: Στοιχεία Δείγματος

Ηλικιακή Ομάδα	Ποσοστό	Φύλο	Ποσοστό	Καπνιστής	Ποσοστό
<u>18-24</u>	17,55%	<u>Ανδρας</u>	40,9%	<u>Ναι</u>	58,4%
<u>25-34</u>	51,95%				
<u>35-44</u>	17,55%	<u>Γυναίκα</u>	58,4%	<u>Όχι</u>	41,6%
<u>45-54</u>	9,7%				
<u>55-64</u>	1,95%				
<u>65 και άνω</u>	1,3%	<u>Άλλο</u>	0,7%		

Στα παρακάτω γραφήματα αναλύονται τα ποσοστά των ερωτηθέντων σχετικά με το φύλο, την ηλικία αλλά και την συνήθεια του καπνίσματος.



Εικόνα 3: Ποσοστά Φύλου



Εικόνα 4: Ποσοστά Ηλικιακών Ομάδων

Το ερωτηματολόγιο όπως παρατηρούμε, απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες από ότι άνδρες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά απαντήσεων καταγράφηκαν στις ηλικιακές ομάδες από 18 έως 34 ετών, όπου συσσωρεύεται το 69,5% των απαντήσεων. Το υπόλοιπο 30,5% αφορά τις ηλικιακές ομάδες από 35 ετών και άνω.

6.3.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα προέρχονται κατά αποκλειστικότητα από δημοσιευμένες ερευνητικές εργασίες, που κατά βάση τους διαπραγματεύονται την συνήθεια του καπνίσματος.

Το ηλικιακό εύρος και οι τάξεις διαχωρισμού των ηλικιακών ομάδων προέρχονται από το άρθρο Herzog and Rodgers, 1988, όπου οι συγγραφείς προσπαθούν να μελετήσουν τα ποσοστά απόκρισης των ηλικιωμένων σε τρεις μεγάλες έρευνες που διεξήχθησαν στην Αμερική από το Κέντρο Μελέτης Ερευνών του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν.

Το φύλο των ερωτώμενων αποτελεί βασικό στοιχείο για κάθε έρευνα, οπότε θεωρήθηκε ότι ήταν βασικό να συμπεριληφθεί και στην συγκεκριμένη. Η κατάσταση των πολιτών σχετικά με το αν καπνίζουν ή όχι, αποτελεί βασικό πυλώνα των ερευνών που πραγματεύονται την συμπεριφορά των ατόμων ως προς το κάπνισμα αλλά και την αντικαπνιστική πολιτική (European Commission, 2017, Global Adult Tobacco Survey in Greece 2013, Tessier *et al.*, 1989, 1992).

Η ενότητα με τις ειδικές ερωτήσεις αφορά κατά βάση παλιότερους και νυν καπνιστές. Ερωτήσεις όπως αυτή σχετικά με την συχνότητα καπνίσματος κατά την τωρινή περίοδο αλλά και το είδος καπνικών προϊόντων που χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον από τους ερωτηθέντες, προσπαθούν να δώσουν απάντηση σχετικά με την κατανάλωση και τις προτιμήσεις αυτών που συνήθιζαν ή συνηθίζουν να καπνίζουν αλλά και το πόσο έχουν γίνει γνωστές οι νέες μορφές καπνίσματος. Η προσπάθεια διακοπής της συνήθειας του καπνίσματος αλλά και οι διαφορετικοί και πολυάριθμοι τρόποι για την επίτευξη αυτού του στόχου, που είναι διαθέσιμοι στην εποχή μας για το ευρύ κοινό, μελετούνται αναλυτικά, καθώς αποτελούν βασικά στοιχεία απόδειξης ύπαρξης αλλά και σωστής εφαρμογής της αντικαπνιστικής πολιτικής στην χώρα μας (European Commission, 2017; Tessier *et al.*, 1992; Awotedu *et al.*, 2006).

Η τελευταία ενότητα περιλαμβάνει όλες εκείνες τις γενικές ερωτήσεις που έχουν σκοπό αρχικά να διαπιστώσουν την άποψη του δείγματος σχετικά με την βλαπτικότητα του καπνίσματος. Η προσωπική επιλογή του κάθε ερωτώμενου για να απέχει από το κάπνισμα, θεωρήθηκε αναγκαία να καταγραφεί στην συγκεκριμένη φάση, ως συμπληρωματική της ερώτησης σχετικά με την βλαπτικότητα της συνήθειας.

Διερευνάται επίσης η αναγκαιότητα ύπαρξης της αντικαπνιστικής πολιτικής στην χώρα μας, με ό, τι αυτή περιλαμβάνει, δίνοντας όμως μεγάλη έμφαση στους βασικούς της πυλώνες, που φαίνεται να εφαρμόζονται, κατά μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους άλλους τρόπους, στην χώρας μας. Αυτοί είναι η διαφήμιση στους χώρους πώλησης, η αύξηση των τιμών, η εμφάνιση των προϊόντων που πωλούνται στην ελληνική αγορά και η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους.

Επιπλέον στοιχείο που θεωρήθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθεί στην συγκεκριμένη ενότητα είναι και η στροφή σε νέες μορφές καπνίσματος αλλά και η επίγνωση των πολιτών σχετικά με την βλάβη που προκαλεί η κατανάλωσή τους, σε σύγκριση βέβαια τις παραδοσιακές μορφές.

Τέλος σε αυτή την ενότητα, προσπαθούμε να διαπιστώσουμε, με πιο άμεσο τρόπο αυτή την φορά, την σημασία που έχει για τον καθένα ξεχωριστά η αντικαπνιστική πολιτική, καθώς ρωτάμε ευθέως την άποψη του καθενός σχετικά με τις πραγματικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής αλλά και η συνοχή και σταθερότητα που χαρακτηρίζουν την τήρηση από την τωρινή κυβέρνηση (Tessier *et al.*, 1989; White *et al.*, 2003; Awotedu *et al.*, 2006; European Commission, 2017).

Αφού συγκεντρώθηκαν όλες οι απαντημένες ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο στο Google Forms, τα αποτελέσματα αυτών μεταφέρθηκαν στο πρόγραμμα υπολογιστικών φύλλων Microsoft Excel, όπου εκεί όλες οι απαντήσεις μετατράπηκαν σε ποσοστά. Στην συνέχεια, τα ποσοστά αυτά χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία γραφημάτων, τα οποία και απεικονίζουν τα αποτελέσματα, με τη βοήθεια των οποίων θα αναλυθούν περαιτέρω, με κύριο σκοπό, την άντληση των αποτελεσμάτων.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ



Εικόνα 5: Ποσοστά καπνιστών

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στο παραπάνω διάγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή του καπνιστής. Τα ποσοστά αυτά βλέπουμε πως συμφωνούν με τα ευρήματα στο μεγαλύτερο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας και ερευνών, καθώς η Ελλάδα είναι η πρώτη ανάμεσα στα 28 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος ανά συναπτά έτη.

Γεγονός που επίσης πρέπει να τονιστεί, είναι πως στο σύνολο των ερωτηθέντων για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συγκεντρώνονται κατά βάση ηλικιακές ομάδες από 18 έως 34 ετών, όπου σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά των καπνιστών, καταλήγουμε στο γεγονός πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό αυτών, έχει

υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή του καπνιστής. Πιο συγκεκριμένα, στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, το 50,47% έχει υπάρξει στην ζωή του κάποια στιγμή καπνιστής. Από αυτούς, το 24,07% φαίνεται ότι έχει σταματήσει να ακολουθεί αυτή την συνήθεια.

Στις ηλικιακές ομάδες από 35 ετών και άνω, το 76,60% εξ αυτού, φαίνεται ότι κάποια στιγμή στην ζωή του έχει υπάρξει καπνιστής. Από αυτούς, ένα ποσοστό 41,67%, έχει σταματήσει το κάπνισμα, ποσοστό αναλογικά μεγαλύτερο σε σχέση με τις μικρότερα ηλικιακές ομάδες.

Αυτού του είδους τα στοιχεία έρχονται να συμπληρώσουν τις έρευνες που έχουν γίνει στην χώρα μας, σχετικά με το νεαρό της ηλικίας του καπνίζοντος πληθυσμού και την αναζήτηση της συνήθειας από πολύ μικρή ηλικία, σε σχέση με τα ποσοστά των μεγαλύτερων ηλικιών όπου οι έρευνες δείχνουν μια μεγάλη μείωση στα ποσοστά ανάληψης της συνήθειας. Επιπλέον, τα ποσοστά μας δείχνουν πως στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, οι ερωτηθέντες σταματούν να καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες, δείγμα του ότι τα περισσότερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα, αρχίζουν και κάνουν την εμφάνισή τους, όταν οι ενήλικες μπαίνουν πλέον στην μέση ηλικία (Global Adult Tobacco Survey 2013, European Commission, 2017, Rachiotis *et al.*, 2017, Harvard School of Public Health *et al.*, 2011).

Επιπλέον, το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αποτελείται από γυναικείο πληθυσμό, δείχνει ότι ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, καπνίζει ή έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή της καπνιστής στην χώρα μας.

Από το 58,4% των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, το 54,44% εξ αυτών έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή της καπνιστής, με το 75,51 % να συνεχίζει την συνήθεια αυτή.

Στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς όπως αποδεικνύεται και από τον Rachiotis *et al.*, 2017, η χώρα μας έχει το μεγαλύτερο ποσοστό επικράτησης του καπνίσματος όσο αφορά τις γυναίκες, στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και τις χώρες της Νοτιοανατολικής περιοχής της Μεσογείου. (Ποσοστό επικράτησης 25,7% σε σχέση με Πολωνία 24,4%, Ρουμανία 16,7%, Ρωσική Ομοσπονδία 21,7%, Ουκρανία 11,2%, Αίγυπτος 0,6% και Τουρκία 13,1%)

Το ποσοστό των ανδρών στην συγκεκριμένη έρευνα (40,9%) που έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή του καπνιστής ανέρχεται στο 65,08%, εκ των οποίων το

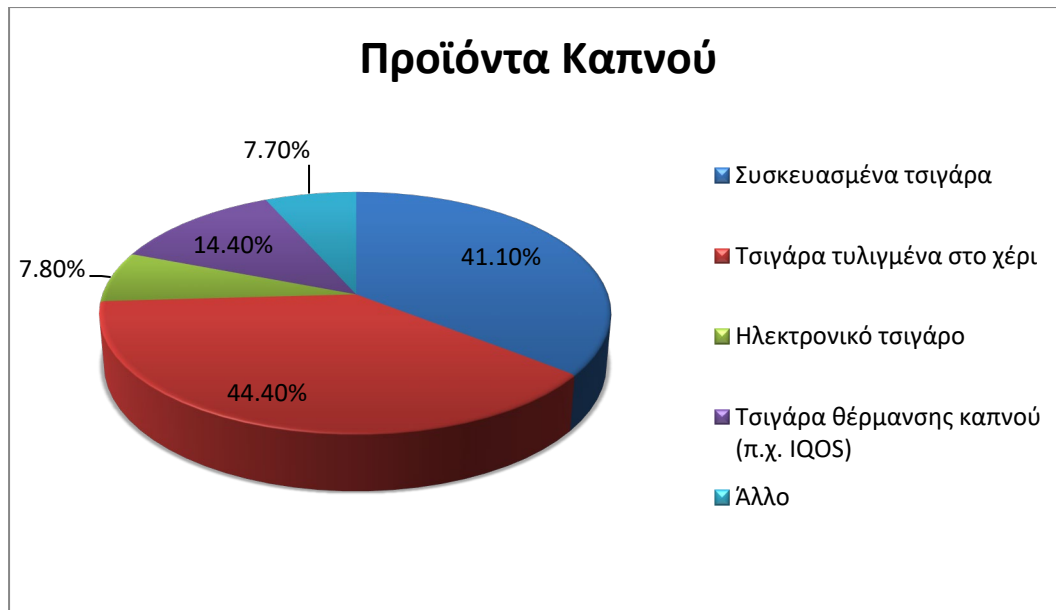
60,97% συνεχίζουν την συγκεκριμένη συνήθεια. Ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά τα οποία συνάδουν με τις έρευνες που μελετούνται (Harvard School of Public Health *et al.*, 2011; Rachiotis *et al.*, 2017, Global Adult Tobacco Survey 2013, European Commission, 2017). Αναφέρεται πως στον σύνολο των ανδρών, ένα 34,92% δεν έχει υπάρξει ποτέ στην ζωή του καπνιστής.

Στην έρευνα μας, υπήρχε και μια απάντηση από Άλλο φύλο, που αναφέρει πως δεν έχει ακολουθήσει ποτέ την συνήθεια του καπνίσματος.



Εικόνα 6: Ποσοστά Τωρινού Καπνίσματος

Τα αποτελέσματα του παραπάνω γραφήματος αποδεικνύουν και συνάδουν με την γενική τάση που επικρατεί πάνω στη συνήθεια του καπνίσματος. Το σύνολο των ποσοστών αυτών περιγράφουν μικρή συχνότητα της συνήθειας (Καθόλου-Σπάνια-Περιστασιακά) κατά την τωρινή περίοδο είναι ελάχιστα μεγαλύτερα (51%), σε σχέση με τα ποσοστά που αναφέρουν μεγάλη συχνότητα της συνήθειας (Συχνά – Πολύ συχνά) (49%). Στην έρευνα του Ευρωβαρόμετρου 2017, τα ποσοστά της παραπάνω αναλογίας κυμαίνονται στα ίδια, σχεδόν, επίπεδα (καπνίζοντες 47% - μη καπνίζοντες 53%, δεν γνωρίζω – 1%) ενώ στην μελέτη του Global Adult Tobacco Survey 2013, οι μη καπνίζοντες κατά την τωρινή περίοδο φτάνουν στο 61,8%, πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα τωρινά ευρήματα (Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, 2013; European Commission, 2017) .



Εικόνα 7: Προϊόντα καπνού που χρησιμοποιούνται

Τα ευρήματα της έρευνας μας σε αυτό το σημείο, έρχονται να συμπληρώσουν εκείνα της βιβλιογραφίας. Το 64,44% των ατόμων που έχουν υπάρξει στην ζωή τους καπνιστές, αναφέρει πως έχουν χρησιμοποιήσει τα πιο διαδεδομένα προϊόντα καπνού, τα συσκευασμένα βιομηχανικά τσιγάρα αλλά και τον κομμένο καπνό που τυλίγεται στο χέρι (Tarantilis *et al.*, 2015; European Commission, 2017) .

Σε αντίθεση όμως με τα περισσότερα δεδομένα όπου τα συσκευασμένα τσιγάρα είναι το κύριο προϊόν καπνίσματος, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, το 34,4% χρησιμοποιεί μόνο καπνό και τυλίγει τσιγάρα στο χέρι, σε σχέση με το 30% που χρησιμοποιεί μόνο τυποποιημένα τσιγάρα. Γεγονός που βλέπουμε πως ισχύει περισσότερο στην χώρα μας, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Global Adult Tobacco Survey 2013, European Commission, 2017). Αυτό μπορούμε να ισχυριστούμε πως μπορεί να είναι και ένα αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, όπου οι το εισόδημα των πολιτών έχει φτάσει σε ένα χαμηλό επίπεδο και σε συνδυασμό με την υψηλή φορολογία, τα συσκευασμένα τσιγάρα θεωρούνται ακριβά και είδος πολυτελείας (Tarantilis and Athanasakis, 2013; Tarantilis *et al.*, 2015).

Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός πως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν αποτελούν δημοφιλές προϊόν καπνού, καθώς από το 6,66% που επέλεξαν σαν απάντηση το ηλεκτρονικό τσιγάρο, το 3,33% απάντησαν ότι καπνίζουν μόνο ηλεκτρονικό τσιγάρο, ενώ μόλις το άλλο 3,33% απάντησαν πως το χρησιμοποιούν σε συνδυασμό με κάποιο άλλο είδους καπνικού προϊόντος. Μεγάλη απήχηση φαίνεται

πως έχουν τα προϊόντα θέρμανσης του καπνού, όπου το ποσοστό χρήσης τους ξεπερνά αυτού του ηλεκτρονικού τσιγάρου και φτάνει στα 13,33%, όπου το 100% αυτού του ποσοστού, είναι γυναίκες. Παρατηρούμε έτσι πως ο νέος αυτός τρόπος καπνίσματος, κατακτά όλο και μεγαλύτερο ποσοστό στην χώρα μας και ιδιαίτερα το γυναικείο φύλο.



Εικόνα 8: Βλαπτικότητα καπνίσματος

Το 98,73 % των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι η συνήθεια του καπνίσματος βλάπτει σοβαρά την υγεία. Παρ' όλα αυτά, πάνω από το 50% του δείγματος, φαίνεται να συνεχίζει να καπνίζει ή κάπνιζε κάποια στιγμή στην ζωή του.



Εικόνα 9: Βλαπτικότητα Ηλεκτρονικού τσιγάρου και παρόμοιων συσκευών

Ενώ οι παραδοσιακές μορφές καπνίσματος (συσκευασμένα τσιγάρα, τσιγάρα τυλιγμένα στο χέρι), φαίνεται πως είναι συνυφασμένες με την βλαπτικότητα που προκαλούν, οι πιο σύγχρονες μορφές καπνίσματος όπως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα αλλά και οι παρόμοιες συσκευές όπως οι συσκευές θέρμανσης του καπνού, φαίνονται πως δεν δημιουργούν τις ίδιες συνδέσεις σε σχέση με το κακό που μπορούν να επιφέρουν.

Όπως βλέπουμε στα παραπάνω σχήματα, το 98,7% του δείγματος παραδέχεται πως το κάπνισμα κάνει κακό, εκ του οποίου το 57,8% δηλώνει πως και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και οι παρόμοιες συσκευές μπορούν να βλάψουν την υγεία.

Θα πρέπει όμως να τονιστεί πως ένα μεγάλο μέρος του δείγματος που συμφωνεί για την βλαπτικότητα του καπνίσματος, δηλώνει άγνοια περί του κινδύνου που φαίνονται να προκαλούν αυτές οι συσκευές (84,13%), ενώ υπάρχει και ένα 15,87% που θεωρεί πως τέτοιου είδους συσκευές, δεν προκαλούν προβλήματα σε σχέση με τις παραδοσιακές μορφές καπνίσματος. Τέτοιου είδους απόψεις φαίνεται πως επικρατούν και στην διεθνή βιβλιογραφία για τα υψηλά ποσοστά άγνοιας αλλά και μη αποδοχής της βλαπτικότητας αυτών των συσκευών, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά επικράτησης χρήσης των συγκεκριμένων προϊόντων στην χώρα μας.(Farsalinos *et al.*, 2018; Hartmann-Boyce, Begh and Aveyard, 2018; McNeill *et al.*, 2018; Nogueira *et al.*, 2020)



Εικόνα 10: Αναγκαιότητα αντικαπνιστικής πολιτικής

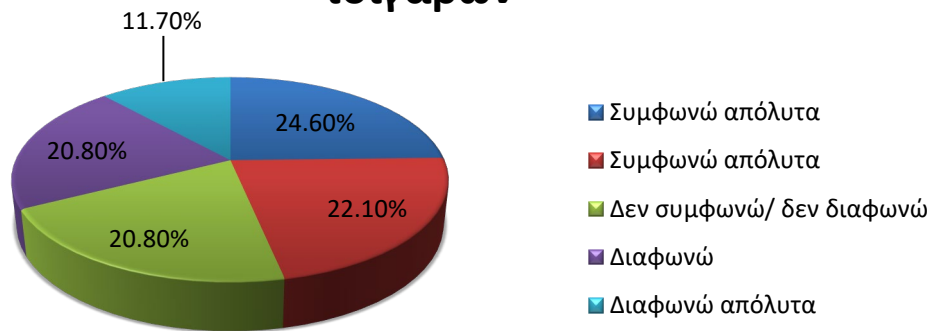
Όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα, οι ερωτηθέντες θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής, γεγονός που επισημαίνει αντίληψη για την σπουδαιότητα της εφαρμογής της στην καθημερινότητα των πολιτών. Παρόλο που οι μη καπνιστές απαρτίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό (54,63%) αυτών που συμφωνούν με την πολιτική που εφαρμόζεται τώρα, πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες που έχουν δηλώσει ότι έχουν υπάρξει στην ζωή τους καπνιστές (54,44%), θεωρούν πως η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική θα πρέπει να εφαρμόζεται. Από το ποσοστό του 11,04% που διαφωνεί πως θα πρέπει να εφαρμόζεται η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική, το 94,12% δηλώνει πως έχει υπάρξει στην ζωή του καπνιστής.



Εικόνα 11: Σημαντικότητα μη καπνίσματος

Παρατηρούμε πως σύμφωνα με την έρευνα, ο πιο σημαντικός λόγος για να μην καπνίζει κάποιος θεωρείται η πρόληψη της προσωπικής υγείας. Η ενημέρωση που λαμβάνουν οι πολίτες μέσα από τις διάφορες προσπάθειες της κυβέρνησης και της πολιτικής που εφαρμόζει, φαίνεται πως έχουν καταφέρει να εκπαιδεύσουν το κοινό σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Βέβαια, το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό, με 26,61%, θεωρεί πως η εμφάνιση κάποιας ασθένειας αποτελεί αποτρεπτικός παράγοντας καπνίσματος, δημιουργώντας την αίσθηση πως οι προσπάθειες της πολιτείας για ενημέρωση και επαγρύπνηση των πολιτών σχετικά με την προληπτική ιατρική, δεν έχει κανένα απολύτως αποτέλεσμα.

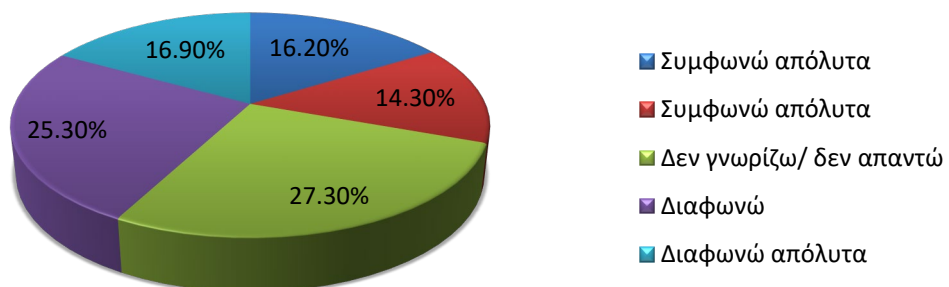
Προειδοποιητική εικόνα στα πακέτα των τσιγάρων



Εικόνα 12: Προειδοποιητική Εικόνα στα πακέτα

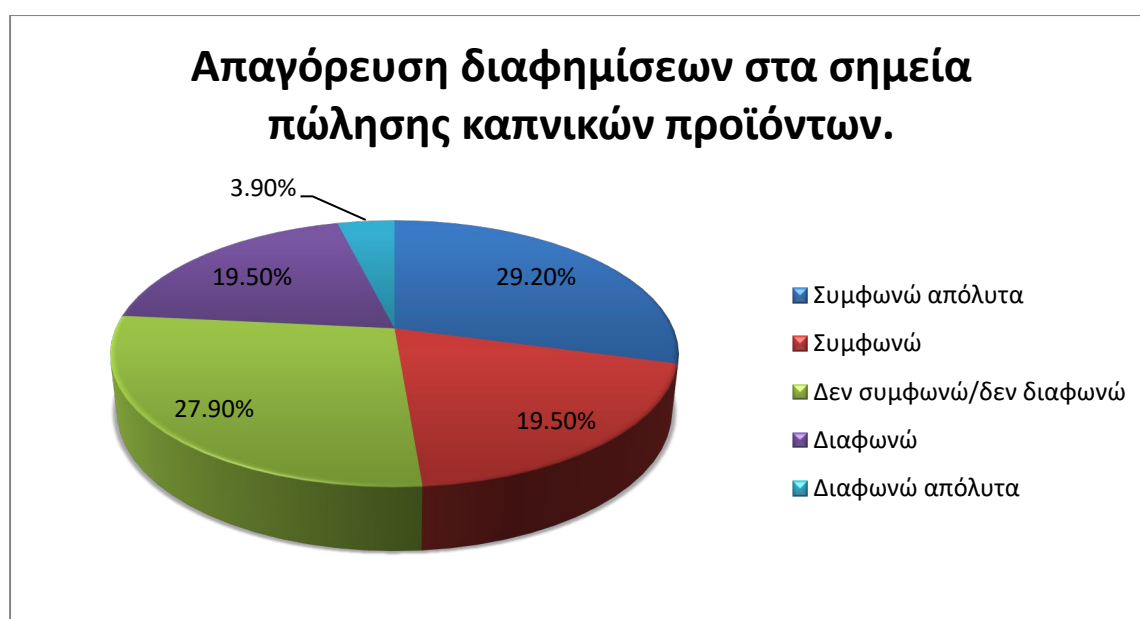
Οι απόψεις του δείγματος στην συγκεκριμένη ερώτηση φαίνεται πως είναι μοιρασμένες. Το 46,7% συμφωνεί στο να υπάρχουν οι εικόνες στις συσκευασίες των προϊόντων καπνού, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 32,5%, θεωρεί πως δεν είναι αναγκαία η ύπαρξη τους στις συσκευασίες. Πρέπει να σημειωθεί πως το 90% αυτών που διαφωνούν για τις εικόνες, έχει υπάρξει καπνιστής. Όπως αναφέρεται στο Global Adult Tobacco Survey 2013, η ύπαρξη των εικόνων δεν είναι θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει το κοινό, σε μεγάλο ποσοστό, να σταματήσει ή ακόμα και να αποφύγει την συνήθεια του καπνίσματος (Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, 2013).

Αναγκαία η αύξηση των τιμών των προϊόντων καπνού



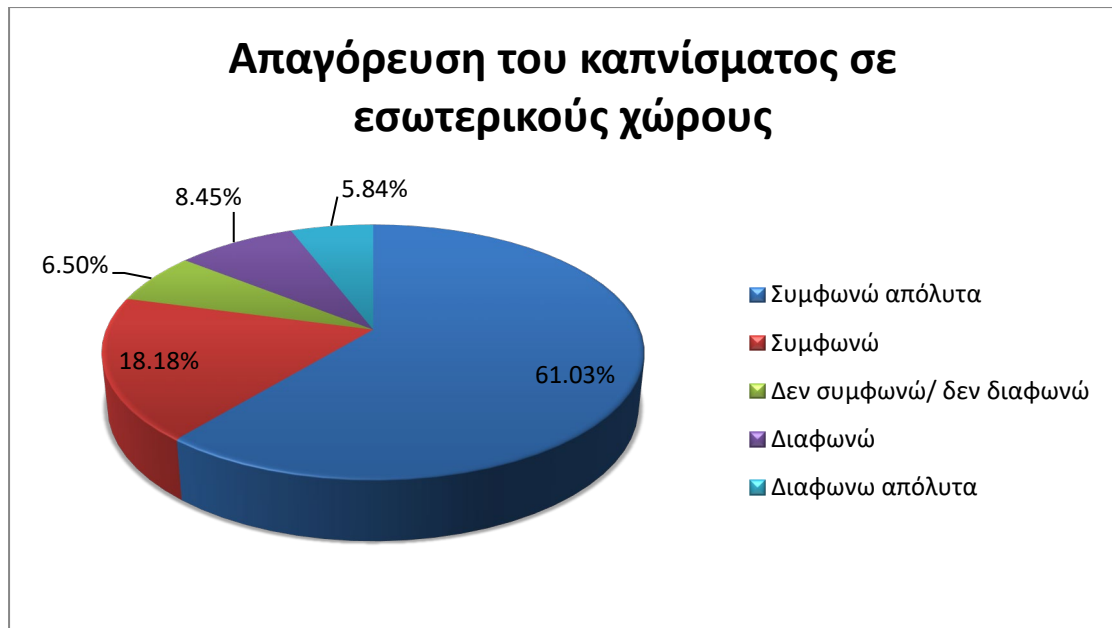
Εικόνα 13: Αύξηση τιμών στα προϊόντα καπνού

Καθώς η επιβολή επιπλέον φορολογίας στα καπνικά προϊόντα αποτελεί μια μορφή επιβολής της αντικαπιλιστικής νομοθεσίας εκ μέρους των κυβερνήσεων, και όχι μόνο για την συσσώρευση των κερδών, η αύξηση των τιμών τους αντιμετωπίζεται με μεγάλη αρνητικότητα. Η φύση των προϊόντων αυτών, μετακυλύει την αύξηση των τιμών στον καταναλωτή, και έτσι αυτός αντιδρά έντονα στην οποιαδήποτε μεταβολή τους. Έτσι παρατηρούμε πως το 42,2% του δείγματος μας, βλέπει την αύξηση των τιμών ως ένα αρνητικό μέτρο που δεν φαίνεται να συνεισφέρει στην προσπάθεια μείωσης της συνήθειας, με το 81,5% που είναι ενάντια αυτού του μέτρου να δηλώνει στην ζωή του κάποια στιγμή καπνιστής.



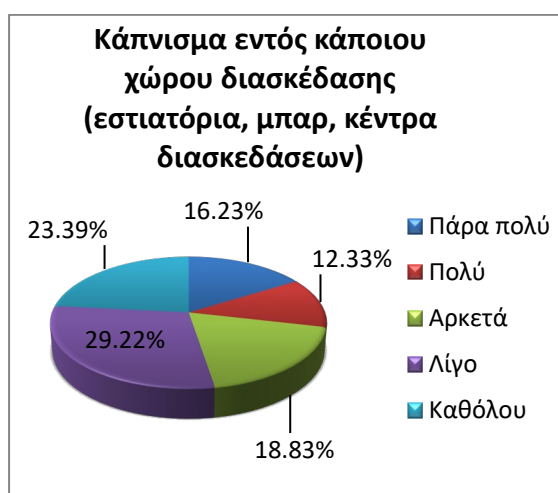
Εικόνα 14: Απαγόρευση διαφήμισης στα σημεία πώλησης

Η απαγόρευση ακόμα και στα σημεία πώλησης των καπνικών προϊόντων αποτελεί σύμφωνα με την έρευνα μας, επιτακτικό μέτρο σύμφωνα με το 48,7% των ερωτηθέντων. Όπως συναντούμε και στην βιβλιογραφία, η διαφήμιση των καπνικών προϊόντων που βρίσκεται στα σημεία πώλησης τους, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τα άτομα ούτως ώστε να βλέπουν τους χρήστες συγκεκριμένων εμπορικών σημάτων προϊόντων καπνού, με πιο ευνοϊκή άποψη. Αυτό που ουσιαστικά υποδηλώνεται, είναι ότι το περιβάλλον ενός σημείου πώλησης, παρουσιάζει ένα μέρος όπου οι πολίτες εκτίθενται στο μάρκετινγκ των βιομηχανιών καπνού, με επιρροή σε σημαντικό βαθμό (Lavack and Toth, 2006).

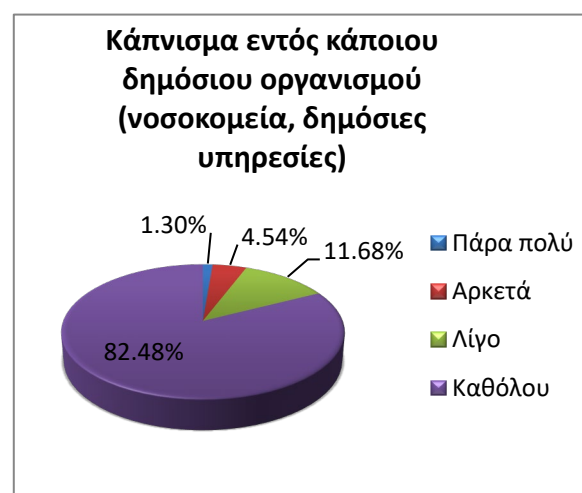


Εικόνα 15: Απαγόρευση καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους

Με ένα από τα υψηλότερα ποσοστά προς την απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους, διαπιστώνουμε πως το δείγμα της έρευνας τάσσεται υπέρ του συγκεκριμένου μέτρου της αντικαπνιστικής πολιτικής. Ένα μέτρο που ενώ έχει θεσμοθετηθεί και επίσημα από τον αντικαπνιστικό νόμο που ψηφίστηκε το 2010, παρέμενε εδώ και χρόνια ανεφάρμοστος, με το μεγαλύτερο ποσοστό των εσωτερικών δημοσίων χώρων να μην τον ακολουθεί (Vardavas and Kafatos, 2007; Rachiotis *et al.*, 2017; Stafylis *et al.*, 2018).



Εικόνα 17: Απαγόρευση εντός χώρων διασκέδασης



Εικόνα 16: Απαγόρευση εντός Δημοσίων οργανισμών

Το συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε από τα δύο σχήματα, είναι πως το σύνολο του δείγματος παρατήρησε την μη τήρηση του μέτρου της απαγόρευσης του

καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους, τόσο σε χώρους διασκέδασης όσο και δημόσιες υπηρεσίες και νοσοκομεία.

Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με τους χώρους διασκέδασεων, σε ποσοστό 76,61% , οι ερωτηθέντες απάντησαν πως έχουν παρατηρήσει να καπνίζουν, από πολύ, πάρα πολύ, αρκετά έως και λίγο, εντός τους. Ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα βλέπουμε στην περίπτωση των δημοσίων δομών, όπως είναι δημόσιες υπηρεσίες και νοσοκομεία, όπου το 82,48% του δείγματος δηλώνει πως δεν έχει δει να καπνίζουν εντός τους καθόλου.

Τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους έρχονται να συμπληρώσουν την ανομία που συνεχίζει να επικρατεί και να τηρείται, παρά τις ακόμα πιο αυστηρές κυρώσεις που επιβλήθηκαν από το καλοκαίρι του 2019.



Εικόνα 18: Αποφυγή λόγω αντικαπνιστικού νόμου

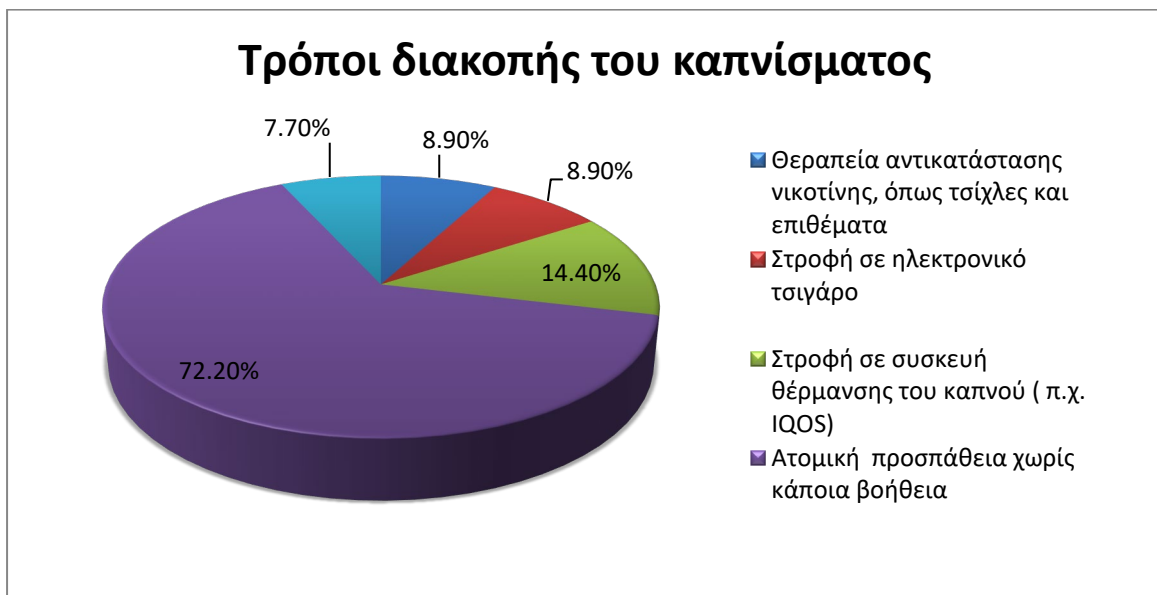
Αυτό που παρατηρούμε στο συγκεκριμένο γράφημα, είναι πως τα μισά άτομα της έρευνας, το 50,6%, δηλώνουν πως ο αντικαπνιστικός νόμος που εφαρμόζεται δεν τους απέτρεψε από τα να επισκεφθούν κάποιο χώρο διασκέδασης.

Βέβαια, εάν ληφθούν υπόψη και τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερωτήσεων, όπου συγκεκριμένα, το 76,61% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι παρατήρησε να καπνίζουν έστω και λίγο εντός των χώρων διασκέδασεων, συνειδητοποιούμε πως παρ' όλη την ολική απαγόρευση του καπνίσματος εντός των κλεισμένων χώρων, συνεχίζει να επικρατεί η αταξία και η μη τήρηση του νόμου.



Εικόνα 19: Συχνότητα προσπαθειών διακοπής καπνίσματος

Μεγάλο ποσοστό του δείγματος που έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή του καπνιστής, πιο συγκεκριμένα το 54,44%, δεν έχει προσπαθήσει καθόλου ή έχει προσπαθήσει σπάνια, να διακόψει το κάπνισμα κάποια στιγμή στην ζωή του. Στοιχείο που δείχνει την μεγάλη σχέση εξάρτησης των ατόμων με την συνήθεια. Το υπόλοιπο 45,56% δείχνει να έχει προσπαθήσει κάποια στιγμή στην ζωή του, να απαλλαγεί από την βλαβερή αυτή συνήθεια.

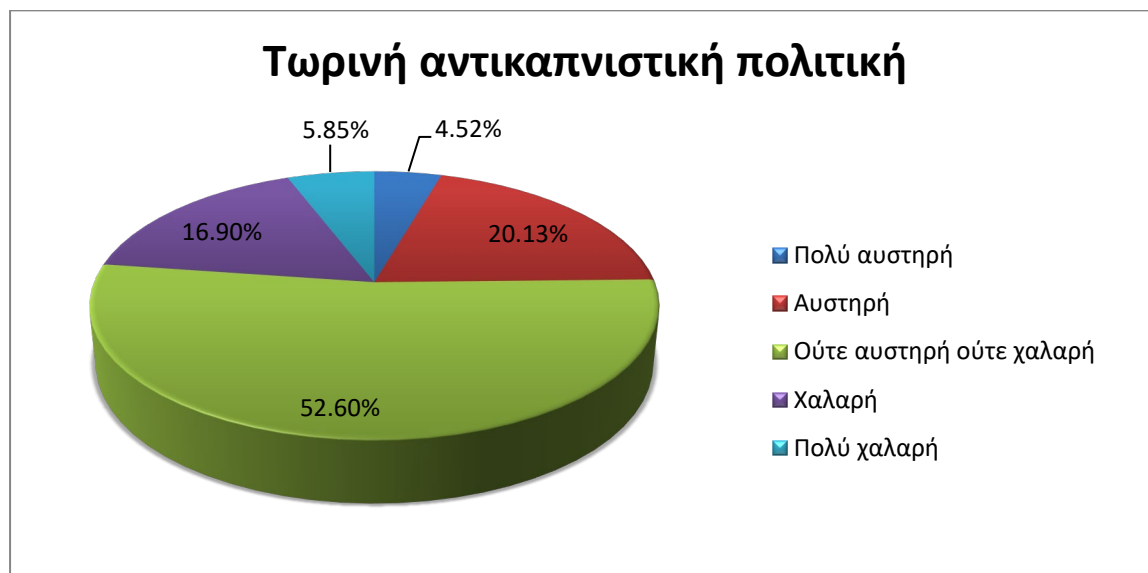


Εικόνα 20: Τρόποι διακοπής του καπνίσματος

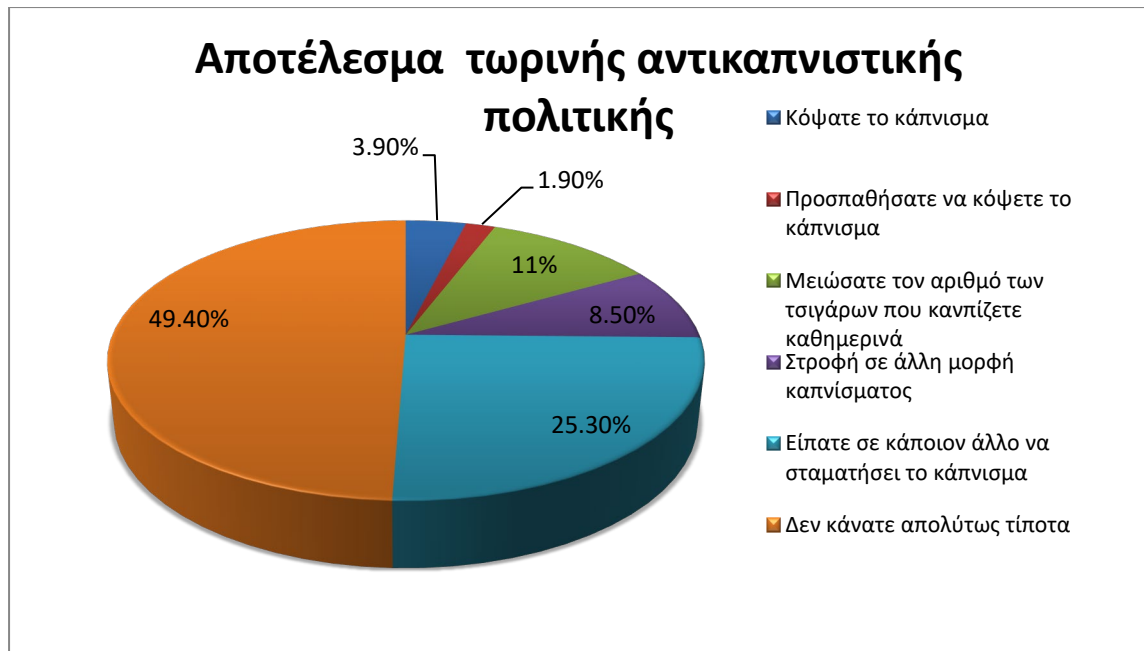
Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζονται σύμφωνα με την έρευνα μας, οι πιο διαδεδομένοι τρόποι διακοπής του καπνίσματος. Παρατηρούμε πως ενώ πολλοί έχουν

προσπαθήσει μέσω πολλών εναλλακτικών μορφών καπνού, όπως ηλεκτρονικό τσιγάρο και συσκευές θέρμανσης καπνού, αλλά και θεραπείες αντικατάστασης νικοτίνης όπως επιθέματα και τσίχλες, η ατομική προσπάθεια χωρίς κάποια βοήθεια, αποτελεί τον βασικό τρόπο διακοπής του καπνίσματος.

Τα στοιχεία αυτά έρχονται να συμπληρώσουν και να ενισχύσουν την αδύναμη αλλά και μερικώς ανύπαρκτη προσφορά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας μας, σε ότι έχει να κάνει με την προληπτική ιατρική στον τομέα του καπνίσματος. Το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο σημείο δίνεται η δυνατότητα της επιλογής της συμβουλευτικής, συμπεριλαμβανομένου των κλινικών διακοπής του καπνίσματος όπως για παράδειγμα τα Γραφεία Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία, αλλά και των τηλεφωνικών γραμμών που παρέχουν υποστήριξη σε θέματα διακοπής τσιγάρου, και δεν έχει επιλεγεί από κανέναν από τους 90 ερωτηθέντες του δείγματος, φανερώνει ένα μεγάλο κομμάτι του συστήματος υγείας στην χώρα μας, που είναι προβληματικό και ως εκ τούτου, αναποτελεσματικό και μη αποδοτικό (Petridou *et al.*, 2018).



Εικόνα 21: Τωρινή αντικαπνιστική πολιτική



Εικόνα 22: Αποτελέσματα τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής

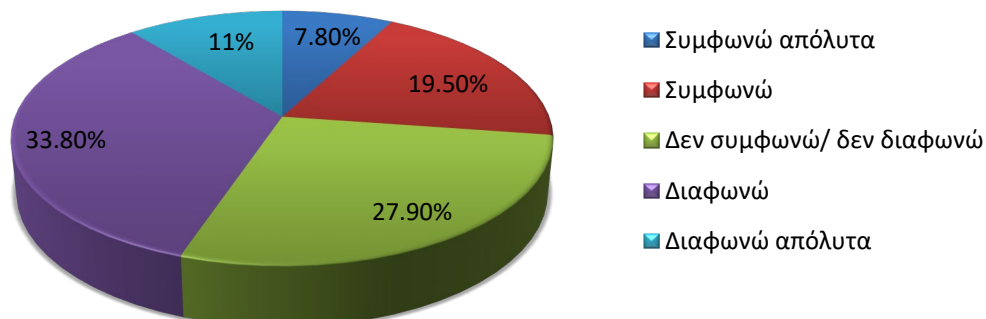
Τα δύο παραπάνω γραφήματα αντικατοπτρίζουν τις απόψεις του δείγματος σχετικά με την τωρινή αντικαπνιστική πολιτική. Το 52,6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική παρουσιάζει ένα μέτριο χαρακτήρα καθώς δεν έχει αυστηρές κυρώσεις αλλά ταυτόχρονα προσπαθεί με τα μέσα που διαθέτει να επιβληθεί, ενώ το 24,65% θεωρεί ότι η συγκεκριμένη πολιτική είναι αυστηρή ως προς την τήρηση της.

Μπορούμε επομένως να δούμε και στο επόμενο γράφημα πως, ως αποτέλεσμα του ιδιαίτερου χαρακτήρα που παρουσιάζει η τωρινή πολιτική, ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (49,40%) δεν έχει ενεργοποιηθεί από την συγκεκριμένη πολιτική, ομολογώντας πως δεν έχει κάνει απολύτως τίποτα για να συμπληρώσει αυτή την προσπάθεια.

Αξιοσημείωτο πως από τις υπόλοιπες επιλογές που είναι διαθέσιμες, το 25,30% δήλωσε πως έχει πει σε κάποιον τρίτο να διακόψει το κάπνισμα, στοιχείο που αποδεικνύει πως τα μηνύματα που προσπαθούν να μεταδοθούν, φτάνουν επιτυχώς κατά κάποιο ποσοστό στους δέκτες, στην περίπτωση μας τους πολίτες.

Το βασικό και κύριο αποτέλεσμα που επιδιώκει η συγκεκριμένη πολιτική, την διακοπή του καπνίσματος, φαίνεται πως στην περίπτωση μας το έχει καταφέρει, σε ένα ελάχιστο όμως ποσοστό, 5,8%.

Η αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει τους πολίτες να διακόψουν το κάπνισμα



Εικόνα 23: Αποτέλεσμα αντικαπνιστικής πολιτικής

Στο τελικό αυτό γράφημα, φαίνεται πως η άποψη που εξέφρασε το δείγμα στο γράφημα της εικόνας 19, μοιράζεται και εδώ, καθώς το 44,8% πιστεύει πως η αντικαπνιστική πολιτική δεν βοηθά τους πολίτες να κόψουν το κάπνισμα, και ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό 27,9%, είναι διχασμένο ως προς το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης πολιτικής.

7.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Προκειμένου να ελεγχθεί, με ποιο τρόπο το τμήμα με τις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα μπορούσε να αναλυθεί μέσα από ομαδοποιημένους παράγοντες και λόγω ότι δεν περιελάμβανε καθορισμένους παράγοντες από την αρχική του μορφή, πραγματοποιήθηκε μια διερευνητική ανάλυση παραγόντων (factor analysis), στις υπάρχουσες ερωτήσεις του γενικού τμήματος του ερωτηματολογίου.

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν γιατί πιστεύουμε ότι μπορούν να ομαδοποιηθούν και η ανάλυσή τους θα μας δώσει σημαντικά αποτελέσματα στην έρευνα μας. Αυτές οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

- Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία.
- Είναι αναγκαία η εφαρμογή της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής. (Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, καθολική απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς χώρους,

προώθηση μηνυμάτων κατά του καπνίσματος, χρήση σκληρών εικόνων στα πακέτα καπνού)

- Η ύπαρξη προειδοποιητικής εικόνας στο πακέτο των καπνικών προϊόντων είναι αναγκαία.
- Η τιμή των προϊόντων καπνού θα πρέπει να αυξηθεί.
- Πρέπει να απαγορευτεί η διαφήμιση των προϊόντων καπνού και στους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησής τους.
- Τα τελευταία χρόνια τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ή άλλες παρόμοιες συσκευές (π.χ. IQOS) διατίθενται όλο και περισσότερο στη χώρα μας. Τέτοιου είδους προϊόντα είναι επιβλαβή για την υγεία αυτών που τα χρησιμοποιούν.
- Η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους (εστιατόρια, μπαρ, χώροι εργασίας, δημόσιοι οργανισμοί) θα πρέπει να τηρείται επιτακτικά.
- Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο χώρο διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκέδασης), καπνίζανε οι θαμώνες εντός του;
- Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο δημόσιο οργανισμό (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες), καπνίζανε οι πολίτες εντός του;
- Αποφεύγετε να επισκεφτείτε χώρους διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ) λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους;
- Η αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει τους πολίτες να διακόψουν το κάπνισμα.

Παρατηρούμε πως στον πίνακα Total Variance Explained, έχουμε 4 παράγοντες που εξηγούν το 72,08% της διακύμανσης των ερωτήσεων.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	40,892	3,243	32,431	32,431
2	53,893	1,385	13,847	46,278
3	65,166	1,366	13,663	59,940
4	72,806	1,287	12,866	72,806

Κάνοντας χρήση της μεθόδου των κυρίων συνιστωσών, στον παρακάτω πίνακα μπορούμε να δούμε πως έγινε η ανάλυση των παραπάνω ερωτήσεων στους τέσσερις αυτούς κύριους παράγοντες.

ROTATED COMPONENT MATRIX				
	COMPONENT			
	1	2	3	4
Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία		,797		
Αναγκαία εφαρμογή τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής	,645	,544		
Υπαρξη προειδοποιητικής εικόνας στο πακέτο	,779			
Αύξηση τιμής προϊόντων	,679		,451	
Απαγόρευση διαφημίσεων σε χώρους πώλησης	,577		,515	
Βλαπτικότητα ατμίματος			,885	
Απαγόρευση καπνίσματος θα πρέπει να τηρείται επιτακτικά	,742			
Απαγόρευση καπνίσματος σε χώρο διασκέδασης				,766
Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιο οργανισμό				,769
Αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει να κοπεί το κάπνισμα	,756			

Έτσι παρατηρούμε πως η ομαδοποίηση των παραγόντων γίνεται ως εξής:

Οι ερωτήσεις ‘Είναι αναγκαία η εφαρμογή της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής. (Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, καθολική απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, προώθηση μηνυμάτων κατά του καπνίσματος, χρήση σκληρών εικόνων στα πακέτα καπνού)’, ‘Η ύπαρξη προειδοποιητικής εικόνας στο πακέτο των καπνικών προϊόντων είναι αναγκαία’, ‘Η τιμή των προϊόντων καπνού θα πρέπει να αυξηθεί.’, ‘Πρέπει να απαγορευτεί η διαφήμιση των προϊόντων καπνού και στους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησής τους.’, ‘Η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους (εστιατόρια, μπαρ, χώροι εργασίας, δημόσιοι οργανισμοί) θα πρέπει να τηρείται επιτακτικά’ και ‘Η αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει τους πολίτες να διακόψουν το κάπνισμα’, μας δίνουν ένα παράγοντα που αποφασίσαμε να τον ονομάσουμε την στάση των ερωτηθέντων απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο.

Η ερώτηση ‘Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία’ μας δίνει την στάση των πολιτών σχετικά με τη βλαπτικότητα του καπνίσματος.

Η ερώτηση ‘Τα τελευταία χρόνια τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ή άλλες παρόμοιες συσκευές (π.χ. IQOS) διατίθενται όλο και περισσότερο στη χώρα μας. Τέτοιου είδους προϊόντα είναι επιβλαβή για την υγεία αυτών που τα χρησιμοποιούν’, μας δίνει την στάση των ερωτηθέντων σχετικά με την βλαπτικότητα του ατμίσματος.

Οι ερωτήσεις ‘Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο χώρο διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκέδασεων), καπνίζανε οι θαμώνες εντός του;’ και ‘Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο δημόσιο οργανισμό (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες), καπνίζανε οι πολίτες εντός του;’, μας δίνουν την άποψη των πολιτών σχετικά με την τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου σε κάποιο χώρο διασκέδασης αλλά και σε κάποιο δημόσιο χώρο αντίστοιχα.

Η ερώτηση ‘Αποφεύγετε να επισκεφτείτε χώρους διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ) λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους’, όπως θα παρατηρήσετε, δεν συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση των παραγόντων καθώς φάνηκε ότι είναι πολύ επηρεασμένες οι απαντήσεις από την κατάσταση που επικρατεί γύρω μας, τον τελευταίο ενάμιση χρόνο, λόγω του νέου κορονοϊού. Η συμμετοχή της στην συγκεκριμένη διαδικασία έφερε αρνητικό αποτέλεσμα και έτσι αποφασίσαμε, να αποτελεί έναν παράγοντα ξεχωριστό, την αποφυγή επισκέψεων σε χώρους διασκέδασης λόγω του αντικαπνιστικού.

Στην συνέχεια, θέλοντας να αποδείξουμε εάν όντως υπάρχει ισχυρή εσωτερική συνάφεια εντός των παραγόντων και κατά πόσο αυτές οι ερωτήσεις συσχετίζονται μεταξύ τους και μπορούμε να τις συγκαταλέγουμε σε κοινές ομάδες, διεξήχθη ο έλεγχος Cronbach's Alpha για τις δύο ομάδες ερωτήσεων, αυτής που μας δίνει την στάση για τον αντικαπνιστικό νόμο και αυτής που μας δίνει την άποψη σχετικά με την τήρηση του νόμου εντός χώρων διασκέδασης αλλά και εντός δημόσιων χώρων.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,863	6 - (Στάση των ερωτηθέντων για τον αντικαπνιστικό νόμο)
,289	2 - (Άποψη πολιτών σχετικά με τήρηση αντικαπνιστικού σε χώρο διασκέδασης και δημόσιο οργανισμό)

Παρατηρώντας την τιμή του alpha του Cronbach που έχουμε σχετικά με την πρώτη ομαδοποίηση($\alpha = 0,863$), καταλαβαίνουμε πως οι συγκεκριμένες ερωτήσεις σωστά ομαδοποιήθηκαν και τα αποτελέσματα αυτών εκφράζουν την στάση των πολιτών, σχετικά με τον αντικαπνιστικό νόμο.

Αντίθετα, βλέπουμε ότι στα αποτελέσματα σχετικά με την δεύτερη ομάδα των ερωτήσεων, η τιμή του alpha είναι πολύ μικρή ($\alpha = 0,289$), γεγονός που αποδεικνύει πως οι δύο ερωτήσεις δεν μπορούν να είναι σε μια ομάδα.

Αποφασίσαμε λοιπόν να τις χωρίσουμε και αυτές, την κάθε μια σε ξεχωριστό παράγοντα:

Η ερώτηση 'Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο δημόσιο οργανισμό (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες), καπνίζανε οι πολίτες εντός του;' Στον παράγοντα που εκφράζει την άποψη σχετικά με την τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου σε κάποιο δημόσιο οργανισμό από άλλα άτομα και η ερώτηση 'Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο χώρο διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκέδασης), καπνίζανε οι θαμώνες εντός του;', εκφράζει τον παράγοντα σχετικά με την άποψη για την τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου σε χώρους διασκέδασης από άλλα άτομα.

7.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Στην συνέχεια, προσπαθήσαμε να δούμε εάν μέσα στο σύνολο των συγκεκριμένων παραγόντων αλλά και των δημογραφικών χαρακτηριστικών της έρευνας (φύλο, ηλικία) υπάρχει κάποια ισχυρή συσχέτιση. Έτσι, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης, το rho του Spearman.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρούμε:

- Υπάρχει αρνητική συσχέτιση (-0,367) σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης σχετικά με την παρατήρηση τήρησης του αντικαπνιστικού σε κάποιο χώρο διασκέδασης. Ουσιαστικά, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων της έρευνας μας, τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό παρατήρησης μη τήρησης του νόμου σε χώρους διασκέδασης.
- Υπάρχει θετική συσχέτιση του παράγοντα της στάσης απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο και των στάσεων για την βλαπτικότητα του καπνίσματος (0,490) και του ατμίσματος (0,350). Αυτό σημαίνει πως, οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν ότι όσο περισσότερο το κάπνισμα αλλά και το άτμισμα διαφόρων συσκευών αποφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία, τόσο μεγαλώνει και η πεποίθησή τους πως η επιβολή και η γενική χρήση του αντικαπνιστικού νόμου είναι επιτακτική, με σκοπό την καταπολέμηση της συγκεκριμένης συνήθειας.

7.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Τελευταίο κομμάτι της συγκεκριμένης ανάλυσης αποτελεί η ανάλυση της παλινδρόμησης των παραπάνω παραγόντων.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο παλινδρόμησης χρησιμοποιήσαμε ως εξαρτημένη μεταβλητή όλες τις ερωτήσεις εκείνες που διαμορφώνουν την στάση των ερωτηθέντων για τον αντικαπνιστικό νόμο ('Είναι αναγκαία η εφαρμογή της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής', 'Η ύπαρξη προειδοποιητικής εικόνας στο πακέτο των καπνικών προϊόντων είναι αναγκαία', 'Η τιμή των προϊόντων καπνού θα πρέπει να αυξηθεί.', 'Πρέπει να απαγορευτεί η διαφήμιση των προϊόντων καπνού και στους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησής τους.', 'Η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους (εστιατόρια, μπαρ, χώροι εργασίας, δημόσιοι οργανισμοί) θα πρέπει να τηρείται επιτακτικά' και 'Η αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει τους πολίτες

να διακόψουν το κάπνισμα') και ανεξάρτητες μεταβλητές όλες τις υπόλοιπες ερωτήσεις που αποτελούν ξεχωριστούς παράγοντες (Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία', 'Τα τελευταία χρόνια τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ή άλλες παρόμοιες συσκευές (π.χ. IQOS) διατίθενται όλο και περισσότερο στη χώρα μας. Τέτοιου είδους προϊόντα είναι επιβλαβή για την υγεία αυτών που τα χρησιμοποιούν.' 'Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο χώρο διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκέδασεων), καπνίζανε οι θαμώνες εντός του;', 'Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο δημόσιο οργανισμό (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες), καπνίζανε οι πολίτες εντός του;'), σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ηλικία, φύλο).

Διαπιστώνουμε πως:

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
2	,587 ^b	,344	,317	,77346

b. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Ερωτήσεις Ανεξαρτήτων Μεταβλητών

Σύμφωνα με τον πίνακα Model Summary, το $R^2 = 0,317$, δηλαδή το φύλο, η ηλικία, η στάση σχετικά με την βλαπτικότητα του ατμίματος και του καπνίσματος αλλά και η τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου από άλλα άτομα σε δημόσιους χώρους αλλά και χώρους διασκέδασης έχουν ισχυρή επίδραση στην στάση σχετικά με τον αντικαπνιστικό νόμο, καθώς ερμηνεύουν την διακύμανση της κατά 31,7%.

Την σοβαρή αλλά και σωστή συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων με την στάση απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο, έρχεται να μας την επιβεβαιώσει και ο πίνακας ANOVA.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
2	Regression	45,533	6	7,589	12,685	,000 ^c
	Residual	86,744	145	,598		
	Total	132,278	151			

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Οι ερωτήσεις για την στάση απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο

c. Ηλικία, Φύλο, Ερωτήσεις Ανεξαρτήτων μεταβλητών

Ο συνδυασμός του Sig. ANOVA που είναι μικρότερο του 0,05 και σε συνδυασμό με το $R^2 = 0,317$, ενισχύει την άποψη μας για την μεγάλη συσχέτιση που υπάρχει.

Ο πίνακας των Coefficients μας βοηθάει να δούμε αναλυτικότερα, ποιος από τους παράγοντες που χρησιμοποιήσαμε στην παλινδρόμησή μας, είναι αυτός που έχει την μεγαλύτερη επίδραση στην στάση των πολιτών απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2,328	,255		9,135	,000
Φύλο	,008	,128	,004	,062	,951
Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία	,794	,140	,411	5,665	,000
Βλαπτικότητα α αμίσματος	,241	,076	,230	3,174	,002
Απαγόρευση καπνίσματος σε χώρο διασκέδασης	-,148	,050	-,219	-2,978	,003
Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιο οργανισμό	,313	,097	,224	3,238	,001

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Οι ερωτήσεις για την στάση απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο

Παρατηρώντας την τιμή Sig, διαπιστώνουμε πως οι ερωτήσεις σχετικά με την βλαπτικότητα του καπνίσματος (Sig= $p=0,000<0.05$) και του ατμίσματος (Sig= $p=0,002<0.05$), και η τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου από άλλα άτομα σε δημόσιους χώρους (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες) (Sig= $p=0,001<0.05$) αλλά και σε χώρους διασκέδασης (Sig= $p=0,003<0.05$), είναι αυτές που είναι στατιστικά σημαντικές και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την στάση των πολιτών απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο, και όχι το φύλο.

Έτσι δικαιολογημένα παρατηρούμε πως η ερώτηση σχετικά με το αν το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που βλάπτει (Beta= 0,411), έχει και την μεγαλύτερη επίδραση σε ότι έχει να κάνει με τις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τον αν θα πρέπει να εφαρμόζεται επιτακτικά ο αντικαπνιστικός νόμος.

Η ερώτηση σχετικά με την βλαπτικότητα του ατμίσματος (Beta= 0,230) παρατηρούμε πως δεν έχει τόσο μεγάλη ερμηνευτική ικανότητα σε σχέση με αυτή της βλαπτικότητας του καπνίσματος, ίσως για τον λόγο του ότι όπως έδειξαν και τα περιγραφικά στατιστικά, τα οποία συμφωνούν και με τις διεθνής έρευνες, οι πολίτες δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τους κινδύνους και την βλαπτικότητα των νέων αυτών τρόπων καπνίσματος (Farsalinos *et al.*, 2018; Hartmann-Boyce, Begh and Aveyard, 2018; Nogueira *et al.*, 2020).

Στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί είναι πως υπάρχει αρνητική σχέση ανάμεσα στην ερώτηση ‘Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε κάποιο χώρο διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκέδασεων), καπνίζανε οι θαμώνες εντός του;’, (Beta= - 0,219) και την εξαρτημένη μεταβλητή μας, την στάση απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο. Αυτό το στοιχείο υποδηλώνει την αρνητική συσχέτιση που υπάρχει σχετικά με την παρατήρηση τήρησης του νόμου, σε χώρους διασκέδασης και την στάση των πολιτών απέναντι στον αντικαπνιστικό νόμο. Όπως γνωρίζουμε και από την βιβλιογραφία μας, το φαινόμενο της μη τήρησης του νόμου σε χώρους διασκέδασεων, είναι σύνηθες στην χώρα μας από την αρχή εφαρμογής του νόμου (Skerletopoulos, Makris and Khaliq, 2020).

Η χρόνια μη τήρηση και παράβλεψη του νόμου καθώς και η απουσία κυρώσεων από τα αρμόδια εκτελεστικά όργανα, σε σχέση με την απαγόρευση του καπνίσματος εντός των χώρων διασκέδασης ανά την ελληνική επικράτεια, επιδρά αρνητικά στους πολίτες και υπονομεύει τις όποιες προσπάθειες γίνονται για την τήρηση και επιβολή ενός άκαπνου περιβάλλοντος σε αυτούς τους χώρους.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα που διεξήχθη και παρατίθεται παραπάνω με την επισύναψη των αντίστοιχων γραφημάτων, με την ταυτόχρονη μελέτη της αρθρογραφίας αλλά και με την ανάλυση παλινδρόμησης, μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω σημαντικά συμπεράσματα.

Ένα μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων καπνίζει η φαίνεται ότι κάποια στιγμή στην ζωή του υπήρξε καπνιστής. Έχοντας ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιζόντων στην Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως, φαίνεται επιτακτική η αναγκαιότητα επιβολής αυστηρότερων νομοθετικών πλαισίων στη ελληνική κοινωνία. Όλο και μεγαλύτερη, βλέπουμε πως γίνεται η αναγκαιότητα της ελληνικής κυβέρνησης για να δράσει πιο αποτελεσματικά, καθώς θα πρέπει να ασχοληθεί ακόμα περισσότερο με την διαμόρφωση αυστηρότερου κανονιστικού πλαισίου σε ότι έχει να κάνει με την αναχαίτιση της πανδημίας του καπνού.

Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αποτελείται από γυναικείο πληθυσμό, δείχνει ότι ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, καπνίζει ή έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή της καπνίστρια στην χώρα μας. Από το 58,4% των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, το 54,44% εξ αυτών έχει υπάρξει κάποια στιγμή στην ζωή της καπνιστής, με το 75,51 % να συνεχίζει την συνήθεια αυτή. Η σημερινή γυναίκα στην ελληνική κοινωνία διαμορφώνει σημαντικά και επηρεάζει τα στατιστικά στοιχεία της συνήθειας του καπνού όλο και περισσότερο, τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας.

Το 64,44% των ατόμων που έχουν υπάρξει στην ζωή τους καπνιστές, αναφέρει πως έχουν χρησιμοποιήσει τα πιο διαδεδομένα προϊόντα καπνού, τα συσκευασμένα βιομηχανικά τσιγάρα αλλά και τον κομμένο καπνό που τυλίγεται στο χέρι.

Βλέπουμε πως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν αποτελούν δημοφιλές προϊόν καπνού, καθώς ελάχιστοι απάντησαν πως το χρησιμοποιούν, και σχεδόν οι μισοί από αυτούς δήλωσαν πως το χρησιμοποιούν σε συνδυασμό με κάποιο άλλο είδους καπνικού προϊόντος. Τα ποσοστά χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι πολύ πιο ασήμαντα, σε σχέση με τα ποσοστά που αναφέρθηκαν στην βιβλιογραφία που μελετήθηκε.

Όμως μεγάλη απήχηση φαίνεται πως έχουν τα προϊόντα θέρμανσης του καπνού, όπου το ποσοστό χρήσης τους ξεπερνά αυτού του ηλεκτρονικού τσιγάρου και φτάνει στα 13,33%. Αξιοσημείωτο αποτελεί ότι το 100% αυτού του ποσοστού, είναι γυναίκες. Παρατηρούμε έτσι πως ο νέος αυτός τρόπος καπνίσματος, κατακτά όλο και μεγαλύτερο ποσοστό στην χώρα μας και ιδιαίτερα το γυναικείο φύλο. Ο λόγος ίσως έχει να κάνει με την πιο ωραία και πιο σύγχρονη εμφάνιση των συγκεκριμένων προϊόντων. Θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην διαχείρισή τους καθώς ως νέα προϊόντα της αγοράς, τα ποσοστά βλαπτικότητας και η μακροχρόνιες βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν, είναι σε μεγάλο ποσοστό ακόμα άγνωστες.

Το 98,7% του δείγματος παραδέχεται πως το κάπνισμα κάνει κακό, εκ του οποίου το 57,8% δηλώνει πως και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και οι παρόμοιες συσκευές μπορούν να βλάψουν την υγεία. Πρέπει όμως να τονιστεί πως ένα μεγάλο μέρος του δείγματος που συμφωνεί για την βλαπτικότητα του καπνίσματος, δηλώνει άγνοια περί του μακροπρόθεσμου κινδύνου που φαίνονται να προκαλούν οι νέες συσκευές καπνίσματος. Το συγκεκριμένο εύρημα φαίνεται πως συμπληρώνει τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας της αντικαπνιστικής πολιτικής της χώρας μας, ως προς την αποτελεσματική και αναλυτική ενημέρωση και εφαρμογή της στα πλαίσια του κοινωνικού μάρκετινγκ, με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα προς τους πολίτες της.

Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες που έχουν δηλώσει ότι έχουν υπάρξει στην ζωή τους καπνιστές (54,44%), θεωρούν πως η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική θα πρέπει να εφαρμόζεται. Η ενημέρωση που λαμβάνουν οι πολίτες μέσα από τις διάφορες προσπάθειες της κυβέρνησης και της πολιτικής που εφαρμόζει, φαίνεται πως έχουν καταφέρει να εκπαιδεύσουν το κοινό σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Παρόλα αυτά, η απάντηση ότι η εμφάνιση κάποιας ασθένειας αποτελεί αποτρεπτικός παράγοντας καπνίσματος, δημιουργεί την αίσθηση πως οι προσπάθειες της πολιτείας για ενημέρωση και επαγρύπνηση των πολιτών σχετικά με την προληπτική ιατρική, δεν φαίνεται να έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα και καθώς οι πολίτες δεν γνωρίζουν ακριβώς το φάσμα των επιπτώσεων που μπορεί να έχει αυτή η συνήθεια. Αντιλαμβανόμαστε έτσι, πως μία από τις βασικές λειτουργίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η προληπτική ιατρική, εάν λειτουργεί, λειτουργεί προβληματικά ή έχει πάψει να υφίσταται η επίδρασή της.

Το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που παρατηρούν τη μη τήρηση των ήδη υπαρχόντων μέτρων όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους διασκέδασης αλλά και σε κτίρια δημοσίων οργανισμών, έρχεται και συμπληρώνει τα τόσα χρόνια ανομίας και μη τήρησης και συμμόρφωσης με έναν από τους σημαντικότερους νόμους που ψηφίστηκαν στην χώρα μας. Η παράβλεψη αυτού του μέτρου καθώς και η ατιμωρησία που επικρατεί από τα μέσα επιβολής του νόμου, συντελεί στην διαιώνιση αυτής της συμπεριφοράς, δημιουργώντας έτσι μια συνθήκη διατήρησης της συνήθειας και υπονομεύει κάθε σοβαρή προσπάθεια της πολιτείας ως προς την αντικαπνιστική πολιτική που προσπαθεί να επιβάλλει.

Το 52,6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική παρουσιάζει ένα μέτριο χαρακτήρα καθώς δεν έχει αυστηρές κυρώσεις αλλά ταυτόχρονα προσπαθεί με τα μέσα που διαθέτει να επιβληθεί. Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (49,40%) δεν έχει ενεργοποιηθεί από την συγκεκριμένη πολιτική, ομολογώντας πως δεν έχει κάνει απολύτως τίποτα για να συμπληρώσει αυτή την προσπάθεια, παρά μόνο το 25,30%, δήλωσε πως έχει πει σε κάποιον τρίτο να διακόψει το κάπνισμα.

Κάποια από τα ευρήματα που αναφέρθηκαν ως αποτελέσματα από την περιγραφική ανάλυση, φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από την ανάλυση της παλινδρόμησης.

Διαφαίνεται πως η αναγκαιότητα εφαρμογής της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής με όλα όσα αυτή συμπεριλαμβάνει (απαγόρευση διαφήμισης, εικόνες στα πακέτα προϊόντων καπνού, απαγόρευση καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους) αλλά και τους βασικούς σκοπούς που θέλει να πετύχει (διακοπή του καπνίσματος), επηρεάζεται σημαντικά από την άποψη σχετικά με την βλαπτικότητα της συνήθειας του καπνίσματος και του ατιμίσματος, αλλά και από την παρατήρηση σχετικά με την τήρηση απαγόρευσης της συνήθειας σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Το φύλο και η ηλικία των ερωτηθέντων λειτουργούν συμπληρωματικά στα παραπάνω, καθώς ως στοιχεία από μόνα τους δεν φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την στάση των πολιτών.

Η βλαπτικότητα του ατιμίσματος δεν λειτουργεί σαν πεποίθηση τόσο ισχυρά, ώστε να διαμορφώνει σε μεγάλο ποσοστό την άποψη σχετικά με την στάση για τον αντικαπνιστικό νόμο, σε σχέση με την άποψη σχετικά με την βλαπτικότητα του καπνίσματος. Έτσι, η άγνοια κινδύνου για την νέα αυτή συνήθεια, φανερώνεται στις απόψεις των πολιτών σχετικά με την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου.

Επίσης αποδείχθηκε και στην ανάλυση παλινδρόμησης, υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην στάση για τον αντικαπνιστικό νόμο και την παρατήρηση συνέχισης της συνήθειας του καπνίσματος εντός των χώρων διασκεδάσεων, παρά τις συνεχόμενες και πολυετής προσπάθειες τήρησης του νόμου. Όσο συνεχίζεται η παραβίαση αυτή του νόμου, τόσο οι πολίτες θεωρούν ανύπαρκτη και μη αναγκαία την προσπάθεια για ένα άκαπνο περιβάλλον.

Οι Έλληνες πολίτες θεωρούν πως η αντικαπνιστική πολιτική δεν έχει ως βασικό της στόχο την επίτευξη της διακοπής τους καπνίσματος, αλλά μόνο την μεταφορά του μηνύματος της βλαπτικότητας που μπορεί να έχει αυτή η συνήθεια.

Οι φορείς της δημόσιας υγείας, θα πρέπει να δώσουν στους πολίτες το έναυσμα να ασχοληθούν με την διαδικασία διακοπής της συνήθειας αλλά και να βοηθήσουν και οι ίδιοι στην προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους. Έτσι θα νιώσουν και οι ίδιοι κομμάτι της αλλαγής καθώς θα συμμετέχουν και οι ίδιοι πιο ενεργά στην διαδικασία της μετάβασης σε ένα άκαπνο περιβάλλον.

Η μη επιλογή της δυνατότητας της συμβουλευτικής ως βοηθητικός τρόπος διακοπής του καπνίσματος καθώς και όλων όσων αυτή συμπεριλαμβάνει, όπως οι κλινικές διακοπής του καπνίσματος που λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία, οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης διακοπής τσιγάρου, από κανέναν από τους 90 ερωτηθέντες – καπνίζοντες του δείγματος, έρχεται να προσθέσει στην πεποίθηση και συμπληρώνει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, του συστήματος υγείας στην χώρα μας, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως προς την προληπτική ιατρική που προσφέρει, καθώς θεωρείται προβληματικό και ως εκ τούτου, αναποτελεσματικό και μη αποδοτικό.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς σημαντικό κομμάτι αυτής αποτελεί η προληπτική ιατρική, φαίνεται ότι στην χώρα μας έχει αποτύχει να προσφέρει τα απαραίτητα και να συμπληρώσει την προσπάθεια της αντικαπνιστικής πολιτικής.

Οι υπουργοί δημόσιας υγείας των εκάστοτε κυβερνήσεων είναι αναγκαίο να διαμορφώσουν ένα εθνικό σύστημα υγείας που βασίζεται και λειτουργεί σε μεγάλο βαθμό, μέσω της προληπτικής ιατρικής. Έτσι, σε ότι έχει να κάνει με τον τομέα του καπνίσματος, αλλά και γενικά των χρονίων παθήσεων που μπορεί αν προκληθούν από τέτοιου είδους βλαβερές συνήθειες (αλκοόλ, φαγητό), πιστεύουμε πως θα μπορέσει να επιτευχθεί μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας, συνδυάζοντας όλα εκείνα τα μέτρα που απαρτίζουν αυτή την προσπάθεια, εφόσον ξεκινήσει αυτή η

διαδικασία, από ένα συγκροτημένο, σοβαρά καταρτισμένο και επικεντρωμένο στον ασθενή, σύστημα υγείας.

Οι αποτυχημένες προσπάθειες της κυβέρνησης για την εφαρμογή αλλά και την αυστηρή τήρηση των νόμων, πρέπει να προβληματίζει τους υπεύθυνους. Η ισχυροποίηση των μέτρων αλλά και η εφαρμογή χωρίς διακρίσεις, πρέπει να αποτελεί μείζον θέμα στην ανάληψη ευθυνών από τα μέσα επιβολής του νόμου, π.χ. δημοτική αστυνομία. Η Κυβέρνηση θα πρέπει να επιβάλει αυστηρούς ελέγχους σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο, για την τήρηση του νόμου, ειδικά σε κλειστούς χώρους, δημιουργώντας έτσι μια καθολική πεποίθηση αναστολής της ανομίας.

Το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι εδώ να βοηθήσει σε αυτή την προσπάθεια, με όλα τα μέσα που διαθέτει και μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα, αν χρησιμοποιηθεί σωστά και αποτελεσματικά, λαμβάνοντας υπ' όψιν το παράδειγμα της πόλης των Τρικάλων.

Οι αντικαπνιστικές εκστρατείες θεωρούνται βασικό εργαλείο του κοινωνικού μάρκετινγκ αλλά και των κυβερνήσεων, που είναι αποφασισμένες να μειώσουν τα ποσοστά καπνού στον πληθυσμό τους. Θεωρούνται αποτελεσματικό μέσο μείωσης της συνήθειας και μπορούν να εφαρμοστούν σε τοπικό επίπεδο εξίσου αποτελεσματικά. Για αυτό τον λόγο, επιβάλλεται η οργανωμένη και συντονισμένη προσπάθεια, αρχικά της Ελληνικής κυβέρνησης και εν συνεχεία, συνδυαστικά οι τοπικοί φορείς με την Ελληνική κυβέρνηση, με σκοπό την θέσπιση, την δημιουργία, την σωστή λειτουργία αλλά και την υποστήριξη και την σωστή εφαρμογή τέτοιου είδους εκστρατειών, με σκοπό πάντα την καταπολέμηση της συνήθειας του τσιγάρου.

Σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί, είναι πως εκτός από το εθνικό σύστημα υγείας το οποίο πρέπει να τονωθεί αλλά και την ανάληψη εργαλείων του κοινωνικού μάρκετινγκ από το αρμόδιο υπουργείο με σκοπό τη μείωση της συνήθειας του καπνίσματος, αποτελεί και η τιμολογιακή πολιτική που θα ακολουθηθεί σε ότι έχει να κάνει με τα είδη καπνικής. Η αύξηση των τιμών στα είδη καπνού αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα της συνήθειας. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερα μεγάλη προσοχή στα επίπεδα εφαρμογής του συγκεκριμένου μέτρου, για την αποφυγή δημιουργίας αντίθετων αποτελεσμάτων (παράνομη πώληση).

Με την ελεγχόμενη προσπάθεια ελάττωσης του καπνίσματος από το σύνολο των πολιτών της χώρας, η Ελλάδα θα καταφέρει να κατέβει από την κορυφή των θέσεων, με τις χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών και ο Αντικαπνιστικός Νόμος θα πετύχει τον βασικό σκοπό του. Χρειάζεται μια συντονισμένη διαδικασία

όπου όλα τα μέρη, πολίτες, δημόσιοι φορείς και οργανισμοί, τοπική αυτοδιοίκηση και κυβέρνηση, θα συμμετέχουν ενεργά και θα συνεισφέρουν τα μέγιστα. Εάν οι πολίτες της χώρας μας συλλογιστούν όλα τα παραπάνω, συνδυάζοντας και την απαιτούμενη προσπάθεια από τους φορείς χάραξης πολιτικής, θα γίνει εφικτή η μείωση της κατανάλωσης των καπνικών προϊόντων και εν τέλει, θα εξασφαλιστεί η δημόσια υγεία, από κάτι που την υπονομεύει για αρκετό καιρό.

9. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε τέλη Ιανουαρίου με αρχές Φεβρουαρίου στους ερωτηθέντες, μια περίοδος πρωτόγνωρη με περιορισμούς αρκετά αυστηρούς για την σύγχρονη ιστορία της χώρας μας.

Αρχικά, θεωρούμε πως οι ερωτήσεις σχετικά με την παρατήρηση της συνήθειας του καπνού σε κλειστούς δημόσιους χώρους αλλά και χώρους διασκέδασης, έχουν επηρεαστεί σημαντικά από την ιδιαίτερη συνθήκη που έχει δημιουργήσει η ύπαρξη της πανδημίας, λόγω των αυστηρών περιορισμών που έχει επιφέρει στην καθημερινότητα των Ελλήνων πολιτών.

Επίσης το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό και οι απαντήσεις και τα αποτελέσματα αφορούν την Ελληνική πραγματικότητα. Ενδιαφέρον θα ήταν, εάν μπορούσαμε να παρατηρήσουμε και την άποψη των πολιτών σε μελλοντική έρευνα μιας χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που παρουσιάζει επίσης υψηλά ποσοστά της συνήθειας του καπνίσματος, όπως π.χ. η Βουλγαρία και η Γαλλία.

Τέλος, θα ήταν σημαντικό να παρατηρούσαμε τα αποτελέσματα μιας τέτοιου είδους έρευνας, σε συνθήκες πριν από αυτές που διαμόρφωσε η πανδημία, όπου το βασικό μέλημα του κράτους θα ήταν η αντιμετώπιση των ήδη υπαρχόντων προβληματικών καταστάσεων, που λόγω των έκτακτων συνθηκών, έχουν παραγκωνιστεί σε μεγάλο βαθμό.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alpert, H. R. *et al.* (2014) ‘The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece’, *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050857.
- Aras, R. (2011) ‘Social marketing in healthcare’, *Australasian Medical Journal*. doi: 10.4066/AMJ.2011.626.
- Awotedu, A. *et al.* (2006) ‘The smoking habits, attitudes towards smoking and knowledge regarding anti-smoking legislation of students in institutions of higher learning in the Eastern Cape Province of South Africa’, *South African Family Practice*. doi: 10.1080/20786204.2006.10873456.
- Berteletti, F. *et al.* (2017) ‘Campaign for a revised tobacco products directive in the European union: Lessons learnt’, *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053078.
- Breland, A. *et al.* (2017) ‘Electronic cigarettes: what are they and what do they do?’, *Annals of the New York Academy of Sciences*. doi: 10.1111/nyas.12977.
- Chaloupka, F. J. and Warner, K. E. (2000) ‘Chapter 29 The economics of smoking’, *Handbook of Health Economics*. doi: 10.1016/S1574-0064(00)80042-6.
- Constantinides, E. (2006) ‘The Marketing Mix Revisited: Towards the 21st Century Marketing’, *Journal of Marketing Management*. doi: 10.1362/026725706776861190.
- Craig Lefebvre, R. and Flora, J. A. (1988) ‘Social Marketing and Public Health Intervention’, *Health Education & Behavior*. doi: 10.1177/109019818801500305.
- European Commission (2017) *Report Attitudes of Europeans towards environment, Special Eurobarometer 468*.
- Farrelly, M. C. *et al.* (2002) ‘Getting to the truth: Evaluating national tobacco countermarketing campaigns’, *American Journal of Public Health*. doi: 10.2105/AJPH.92.6.901.
- Farrelly, M. C., Davis, K. C., *et al.* (2009) ‘Sustaining “truth”: Changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking

- campaign’, *Health Education Research*. doi: 10.1093/her/cym087.
- Farrelly, M. C., Nonnemaker, J., *et al.* (2009) ‘The Influence of the National truth® Campaign on Smoking Initiation’, *American Journal of Preventive Medicine*. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.019.
- Farsalinos, K. *et al.* (2019) ‘E-cigarette use is strongly associated with recent smoking cessation: an analysis of a representative population sample in Greece’, *Internal and Emergency Medicine*. doi: 10.1007/s11739-018-02023-x.
- Farsalinos, K. E. *et al.* (2018) ‘Carbonyl emissions from a novel heated tobacco product (IQOS): comparison with an e-cigarette and a tobacco cigarette’, *Addiction*. doi: 10.1111/add.14365.
- Filippidis, F. T. *et al.* (2017) ‘Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece’, *Scientific Reports*. doi: 10.1038/srep46423.
- Grönroos, C. (1990) ‘Marketing Redefined’, *Management Decision*. doi: 10.1108/00251749010139116.
- Hartmann-Boyce, J. *et al.* (2016) ‘Electronic cigarettes for smoking cessation’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
- Hartmann-Boyce, J., Begh, R. and Aveyard, P. (2018) ‘Electronic cigarettes for smoking cessation’, *BMJ (Online)*. doi: 10.1136/bmj.j5543.
- Harvard School of Public Health, T. H. M. of H. and S. S. *et al.* (2011) ‘The Greek Tobacco Epidemic’, *Havard School of Public Health*, (December), p. 15. Available at: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/greece_annex1_the_greek_tobacco_epidemic_2011.pdf.
- Hastings, G. and Domegan, C. (2020) “‘Help – For a life without tobacco’”: Public health branding campaign’, in *Social Marketing*. doi: 10.4324/9780203380925-27.
- Hastings, G. and Haywood, A. (1991) ‘Social marketing and communication in health promotion’, *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/6.2.135.

- Hastings, G. and Saren, M. (2003) 'The critical contribution of social marketing: Theory and application', *Marketing Theory*. doi: 10.1177/147059310333005.
- Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity (2013) 'Global Adult Tobacco Survey, Greece 2013', pp. 10–39. Available at:
http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/grc_country_report.pdf?ua=1.
- Herzog, A. R. and Rodgers, W. L. (1988) 'Age and response rates to interview sample surveys', *Journals of Gerontology*. doi: 10.1093/geronj/43.6.S200.
- Jankowski, M. *et al.* (2019) 'New ideas, old problems? Heated tobacco products – A systematic review', *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01433.
- Kotler, P. and Zaltman, G. (1971) 'Social Marketing: An Approach to Planned Social Change', *Journal of Marketing*. doi: 10.1177/002224297103500302.
- Lanoie, P. and Leclair, P. (1998) 'Taxation or regulation: Looking for a good anti-smoking policy', *Economics Letters*. doi: 10.1016/s0165-1765(97)00258-9.
- Lavack, A. M. and Toth, G. (2006) 'Tobacco point-of-purchase promotion: Examining tobacco industry documents', *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tc.2005.014639.
- Lefebvre, R. C. (2011) 'An integrative model for social marketing', *Journal of Social Marketing*. doi: 10.1108/20426761111104437.
- Lefebvre, R. C. (2012) 'Transformative social marketing: Co-creating the social marketing discipline and brand', *Journal of Social Marketing*. doi: 10.1108/20426761211243955.
- Ling, J. C. *et al.* (1992) 'Social marketing: Its place in public health', *Annual Review of Public Health*. doi: 10.1146/annurev.pu.13.050192.002013.
- Lionis, C. *et al.* (2019) 'Integrated people-centred primary health care in Greece: Unravelling Ariadne's thread', *Primary Health Care Research and Development*. doi: 10.1017/S1463423619000446.
- Manos, B. *et al.* (2008) 'Tobacco alternatives in Greece. A preliminary evaluation and

classification', *New Medit.*

Mattas, K. *et al.* (1999) 'The dynamics of crop sectors in regional development: The case of tobacco', *International Advances in Economic Research*. doi: 10.1007/BF02295079.

McNeill, A. *et al.* (2018) *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England., Public Health England.*

Musk, A. W. and De Klerk, N. H. (2003) 'History of tobacco and health', *Respirology*. doi: 10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x.

Nogueira, S. O. *et al.* (2020) 'Awareness and use of heated tobacco products among adult smokers in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys', *European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ckz228.

Palmedo, P. C. *et al.* (2017) 'Countermarketing Alcohol and Unhealthy Food: An Effective Strategy for Preventing Noncommunicable Diseases? Lessons from Tobacco', *Annual Review of Public Health*. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044303.

Petridou, E. *et al.* (2018) 'Public health policies and priorities in Greece', in *Public Health Policies in the European Union*. doi: 10.4324/9780429446351-6.

Polyzoidis, P. (2013) 'Social Marketing in Greece: Time to Wake Up!', *Social Marketing Quarterly*. doi: 10.1177/1524500412472495.

Rachiotis, G. *et al.* (2017) 'Prevalence and determinants of current and secondhand smoking in Greece: Results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) study', *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013150.

Rodrigues, R., Ilinca, S. and Schulmann, K. (2018) 'It's better together! European perspective on benefits and challenges associated with cross-border health communication campaigns', *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0204882.

Russell-Bennett, R., Wood, M. and Previte, J. (2013) 'Fresh ideas: Services thinking for social marketing', *Journal of Social Marketing*. doi: 10.1108/JSOCM-02-2013-0017.

- Skerletopoulos, L., Makris, A. and Khaliq, M. (2020) “‘Trikala Quits Smoking’: A Citizen Co-Creation Program Design to Enforce the Ban on Smoking in Enclosed Public Spaces in Greece’, *Social Marketing Quarterly*. doi: 10.1177/1524500420942437.
- Stafylis, C. *et al.* (2018) ‘Prevalence and determinants of smoking and secondhand smoke exposure in a rural population of central Greece: A cross-sectional study’, *Rural and Remote Health*. doi: 10.22605/RRH4218.
- Stavrinos, V. G. (1987) ‘The effects of an anti-smoking campaign on cigarette consumption: Empirical evidence from Greece’, *Applied Economics*. doi: 10.1080/00036848700000004.
- Tarantilis, F. *et al.* (2015) ‘Estimates of price and income elasticity in Greece. Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: An econometric approach’, *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004748.
- Tarantilis, F. and Athanasakis, K. (2013) ‘Estimates of Price and Income Elasticity in Greece: Greek Debt Crisis Transforming Cigarettes into a Luxury Good’, *Value in Health*. doi: 10.1016/j.jval.2013.08.314.
- Tessier, J. F. *et al.* (1989) ‘Smoking habits and attitudes of medical, students towards smoking and antismoking campaigns in fourteen european countries’, *European Journal of Epidemiology*. doi: 10.1007/BF00144831.
- Tessier, J. F. *et al.* (1992) ‘Smoking behaviour and attitudes of medical students towards smoking and anti-smoking campaigns: a survey in 10 African and Middle Eastern countries’, *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tc.1.2.95.
- Trofor, A. C. *et al.* (2018) ‘Knowledge of the health risks of smoking and impact of cigarette warning labels among tobacco users in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys’, *Tobacco Induced Diseases*. doi: 10.18332/tid/99542.
- Vardavas, C. I. and Kafatos, A. G. (2007) ‘Smoking policy and prevalence in Greece: An overview’, *European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ck1094.
- Walsh, D. C. *et al.* (1993) ‘Social marketing for public health’, *Health Affairs*. doi:

10.1377/hlthaff.12.2.104.










Weinreich, N. K. (2016) ‘What is Social Marketing?’, *Weinreich Communications*.

White, V. *et al.* (2003) ‘Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign’, *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tc.12.suppl_2.ii23.

World Health Organization (2019) *WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2019: Offer help to quit tobacco use*, World Health Organization.

Zucker, D. *et al.* (2000) ‘Florida’s “truth” campaign: A counter-marketing, anti-tobacco media campaign’, *Journal of Public Health Management and Practice*. doi: 10.1097/00124784-200006030-00003.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

-  <https://www.who.int/>
-  <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing>
-  https://pharmateam.blogspot.com/2012/09/blog-post_873.html
-  <https://www.taathinaika.gr/antikapnistikes-ekstrateies-epi-vasileos-othonos-1855-kai-georgiou-a%CE%84-1898>
-  <https://tobaccoatlas.org/country/greece>
-  https://www.ethnos.gr/ellada/21240_pos-i-kozani-ekopse-kapnisma-o-dimarhos-mila-gia-tis-antidraseis-vid
-  <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/loipes-eksarthseis/antikapnistikh-politikh>
-  https://ec.europa.eu/health/tobacco/smoke-free_environments_en
-  <https://www.hts.org.gr/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%AE-%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE-%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/newsid973/859>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✚ Βασιλικό διάταγμα 36/1856 διαθέσιμο στο : <https://www.in.gr/wp-content/uploads/2019/07/%CE%94%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B5-%CF%84%CE%BF.pdf>
- ✚ Υγειονομική Διάταξη αριθ. ΥΙ/Γ.Π./ΟΙΚ. 76017/2002 διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-epikheireseis/kapnos-kapnisma/ugeionomike-diataxe-uirpoik-76017-2002.html>
- ✚ Νόμος υπ' αριθμόν 3730/2008 διαθέσιμος στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-anilikoi/n-3730-2008.html>
- ✚ Νόμος υπ' αριθμόν 3868/2010 διαθέσιμος στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3868-2010.html>
- ✚ Νόμος υπ' αριθμόν 4419/2016 διαθέσιμος στο: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/238320/nomos-4419-2016>
- ✚ Νόμος υπ' αριθμόν 4633/2019 διαθέσιμος στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4633-2019-phek-161a-16-10-2019.html>
- ✚ Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαθέσιμες στο: <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>
- ✚ Δελτίο Τύπου- Έρευνα Υγείας: Έτος 2019 διαθέσιμο στο : <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/->
- ✚ «Οικονομικές επιπτώσεις από την αύξηση των συντελεστών ΕΦΚ στα προϊόντα καπνού και πετρελαίου.», ATHENS TAX FORUM- Απρίλιος 2017, διαθέσιμο στο: <http://iobe.gr>
- ✚ «Επιπτώσεις από την νέα αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού.» Γεώργιος Μανιάτης, Svetoslav Danchev, Νοέμβριος 2016, διαθέσιμο στο: <http://iobe.gr>
- ✚ « Η διαφορική φορολογία και η επίδραση της στην προώθηση και την επίτευξη στόχων στην δημόσια πολιτική.», Νίκος Βέττας, Γεώργιος Μανιάτης, Κώστας Βαλάσκας, Δεκέμβριος 2020, διαθέσιμο στο : <http://iobe.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο για τον αντικαπνιστικό νόμο στην Ελλάδα, την επίδρασή του στους πολίτες και στα προϊόντα καπνού.

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται στο πλαίσιο ερευνητικής εργασίας με τίτλο "Ο αντικαπνιστικός νόμος στην Ελλάδα, η επίδραση του στους πολίτες και στα προϊόντα καπνού", η οποία πραγματοποιείται στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Οι ερωτήσεις που θα απαντήσετε παρακάτω έχουν να κάνουν με την άποψη σας σχετικά με την επίδραση του αντικαπνιστικού νόμου στην χώρα μας, τόσο στους πολίτες όσο και στα προϊόντα καπνού.

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις εκφράζουν την προσωπική σας άποψη και θα παραμείνουν απόρρητες. Δεν υπάρχουν λανθασμένες ή σωστές απαντήσεις. Παρακαλούμε να απαντήσετε με προσοχή σε όλες τις ερωτήσεις. Για οποιαδήποτε απορία έχετε μπορείτε να απευθυνθείτε στο mhm19013@uom.edu.gr.

Προσωπικά στοιχεία

1. Ηλικιακή ομάδα

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45 -54
- 55-64
- 65 και άνω

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο

3. Έχετε υπάρξει ποτέ καπνιστής;

- Ναι
- Όχι

Ειδικές ερωτήσεις

4. Πόσο συχνά καπνίζετε κατά την τωρινή περίοδο;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Περιστασιακά
- Σπάνια
- Καθόλου

5. Αν καπνίζετε, τι είδους προϊόντα καπνού χρησιμοποιείτε (περισσότερες από μια απαντήσεις δεκτές) ;

- Συσκευασμένα τσιγάρα
- Τσιγάρα τυλιγμένα στο χέρι
- Ηλεκτρονικό τσιγάρο
- Τσιγάρα θέρμανσης καπνού (π.χ. IQOS)
- Άλλα (συμπληρώστε)

6. Αν είστε τωρινός καπνιστής ή εάν καπνίζατε στο παρελθόν, πόσο συχνά προσπαθήσατε ή είχατε προσπαθήσει σοβαρά, να διακόψετε το κάπνισμα;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Περιστασιακά
- Σπάνια
- Καθόλου

7. Εάν έχετε ή είχατε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κάποια στιγμή, τι από τα παρακάτω χρησιμοποιήσατε:

- Συμβουλευτική, συμπεριλαμβανομένου των κλινικών διακοπής του καπνίσματος όπως για παράδειγμα τα Γραφεία Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργούν σε

δημόσια νοσοκομεία, αλλά και των τηλεφωνικών γραμμών που παρέχουν υποστήριξη σε θέματα διακοπής τσιγάρου

- Θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης, όπως τσίχλες και επιθέματα
- Θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή
- Παραδοσιακές τεχνικές, όπως βελονισμός
- Στροφή σε άκαπνες μορφές (τσιγάρα χωρίς καπνό)
- Στροφή σε ηλεκτρονικό τσιγάρο
- Στροφή σε συσκευή θέρμανσης του καπνού (π.χ. IQOS)
- Ατομική προσπάθεια χωρίς κάποια βοήθεια
- Άλλο:

Γενικές Ερωτήσεις

8. Το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

9. Ποιόν θεωρείτε προσωπικά, τον πιο σημαντικό λόγο για να μην καπνίζει κάποιος;

- Εμφάνιση κάποιας πάθησης
- Προληπτική προστασία της προσωπικής υγείας
- Αυτοπειθαρχία
- Για να μην φέρνω σε δύσκολη θέση τους γύρω μου με αυτή την συνήθεια
- Για να κάνω οικονομία

10. Είναι αναγκαία η εφαρμογή της τωρινής αντικαπνιστικής πολιτικής. (Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, καθολική απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, προώθηση μηνυμάτων κατά του καπνίσματος, χρήση σκληρών εικόνων στα πακέτα καπνού)

- Συμφωνώ απόλυτα

- Συμφωνώ
- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

11. Η ύπαρξη προειδοποιητικής εικόνας στο πακέτο των καπνικών προϊόντων είναι αναγκαία.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

12. Η τιμή των προϊόντων καπνού θα πρέπει να αυξηθεί.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

13. Πρέπει να απαγορευτεί η διαφήμιση των προϊόντων καπνού και στους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησής τους.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

14. Τα τελευταία χρόνια τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ή άλλες παρόμοιες συσκευές (π.χ. IQOS) διατίθενται όλο και περισσότερο στη χώρα μας. Τέτοιου είδους προϊόντα είναι επιβλαβή για την υγεία αυτών που τα χρησιμοποιούν.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ

- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

- Διαφωνώ

- Διαφωνώ απόλυτα

15. Η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους (εστιατόρια, μπαρ, χώροι εργασίας, δημόσιοι οργανισμοί) θα πρέπει να τηρείται επιτακτικά.

- Συμφωνώ απόλυτα

- Συμφωνώ

- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ

- Διαφωνώ

- Διαφωνώ απόλυτα

16. Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε χώρους διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ, κέντρα διασκεδάσεων), πόσο συχνά παρατηρήσατε την χρήση προϊόντων καπνού μέσα σε αυτά;

- Πολύ συχνά

- Συχνά

- Κάποιες φορές

- Σπάνια

- Ποτέ

17. Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε δημόσιους οργανισμούς (νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες), πόσο συχνά παρατηρήσατε την χρήση προϊόντων καπνού μέσα σε αυτά;

- Πολύ συχνά

- Συχνά

- Κάποιες φορές

- Σπάνια

- Ποτέ

18. Αποφεύγετε να επισκεφτείτε χώρους διασκέδασης (εστιατόρια, μπαρ) λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους;

- Πολύ συχνά

- Συχνά

- Κάποιες φορές
- Σπάνια
- Ποτέ

19. Η αντικαπνιστική πολιτική βοηθάει τους πολίτες να διακόψουν το κάπνισμα.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Δεν συμφωνώ/δεν διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

20. Η τωρινή αντικαπνιστική πολιτική της κυβέρνησης είναι:

- Πολύ αυστηρή
- Αυστηρή
- Ούτε αυστηρή ούτε χαλαρή
- Χαλαρή
- Πολύ χαλαρή

21. Ως αποτέλεσμα της αντικαπνιστικής πολιτικής που εφαρμόζεται τώρα από την κυβέρνηση, κάνατε κάτι από τα παρακάτω:

- Κόψατε το κάπνισμα
- Προσπαθήσατε να κόψετε το κάπνισμα
- Μειώσατε τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε καθημερινά
- Στραφήκατε σε άλλη μορφή καπνίσματος (ηλεκτρονικό τσιγάρο, τσιγάρα τυλιγμένα στο χέρι, τσιγάρο θέρμανσης καπνού π.χ. IQOS)
- Προσπαθήσατε να αρχίσετε το κάπνισμα
- Είπατε σε κάποιον άλλο να σταματήσει το κάπνισμα
- Δεν κάνατε τίποτα απολύτως