



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και πεποιθήσεις των καπνιστών για
τους λόγους, που τους ωθούν στο κάπνισμα.

Αναγνωστόπουλος Νικόλαος, Α.Μ. 148343

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Τριανταφυλλίδου Σοφία

Αθήνα, Μάιος 2026

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2026

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΑΠ και του φοιτητή Αναγνωστόπουλου Νικόλαου, καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΑΠ όπου εκπονήθηκε.



Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και πεποιθήσεις των καπνιστών για
τους λόγους που τους ωθούν στο κάπνισμα.

Αναγνωστόπουλος Νικόλαος

A.M.: 148343

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Τριανταφυλίδου Σοφία

Ιδιότητα: Καθηγήτρια Ψυχολογίας της
Υγείας

&

Ίδρυμα Υπαγωγής: Πανεπιστήμιο Κρήτης
και Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. Αναγνωστόπουλος Φώτιος

Ιδιότητα: Καθηγητής Ψυχολογίας της
Υγείας

&

Ίδρυμα Υπαγωγής: Καθηγητής Παντείου
Πανεπιστημίου
και Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Αθήνα, Μάιος 2026

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλα τα άτομα που συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα στην ολοκλήρωση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας. Πρωτίστως, ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Τριανταφυλλίδου Σοφία για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις που συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφιερώνεται στην οικογένεια μου, ως ελάχιστη ένδειξη ευγνωμοσύνης για τη διαρκή υποστήριξη, την αμέριστη συμπαράσταση και την αδιάλειπτη ενθάρρυνση που παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή

Το κάπνισμα συνιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, με αποδεδειγμένες επιπτώσεις στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Παρά την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς υποδηλώνει την επίδραση σύνθετων ψυχοκοινωνικών και γνωστικών παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση των αντιλήψεων και πεποιθήσεων των καπνιστών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση της συμπεριφοράς τους.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η συστηματική διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και των γνωστικών πεποιθήσεων των καπνιστών, με στόχο την ερμηνεία των παραγόντων που συμβάλλουν στην έναρξη, διατήρηση και ενίσχυση της καπνιστικής συνήθειας.

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη ήταν ποσοτική και συγχρονική, με τη χρήση ερωτηματολογίου, και τα δεδομένα αναλύθηκαν με το λογισμικό SPSS. Στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη, των κινήτρων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας, καθώς και ο εντοπισμός των σημαντικότερων σχετικών παραγόντων.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος ποιότητας δεδομένων και υπολογισμός των βαθμολογιών των εργαλείων, συμπεριλαμβανομένης της αντιστροφής όπου απαιτείτο. Η αξιοπιστία των κλιμάκων (MRSS, αυτοαποτελεσματικότητα, MHLC) εξετάστηκε με το Cronbach's Alpha.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση του δείγματος και των βασικών μεταβλητών. Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Τέλος, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την εξάρτηση από τη νικοτίνη (FTND), αφού προηγουμένως ελέγχθηκαν οι απαραίτητες προϋποθέσεις. Σκοπός ήταν ο προσδιορισμός των μεταβλητών που συμβάλλουν περισσότερο στην εξάρτηση. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Στην έρευνα συμμετείχαν 230 ενήλικοι καπνιστές και οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν παρουσίασαν ικανοποιητική έως υψηλή αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην εξάρτηση από τη νικοτίνη, στα κίνητρα καπνίσματος, στην αυτοαποτελεσματικότητα και στις πεποιθήσεις ελέγχου της υγείας.

Η ανάλυση συσχετίσεων ανέδειξε ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη σχετίζεται θετικά με διάφορα κίνητρα καπνίσματος, ιδιαίτερα με τον «Εθισμό», αλλά και με το «Κοινωνικό Κάπνισμα», τη «Διέγερση», την «Ευχαρίστηση» και τη «Χαλάρωση». Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ αυτοαποτελεσματικότητας, κινήτρων καπνίσματος και πεποιθήσεων υγείας, γεγονός που αναδεικνύει τον ρόλο ψυχολογικών παραγόντων στην καπνιστική συμπεριφορά.

Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Η πολλαπλή παλινδρόμηση έδειξε ότι το μοντέλο εξηγεί το 38,6% της διακύμανσης της εξάρτησης, με βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες τις διαστάσεις «Εθισμός», «Κοινωνικό Κάπνισμα» και «Αυτοματισμός» (θετική σχέση) και τη «Διαδικασία» (αρνητική σχέση).

Συνολικά, η εξάρτηση από τη νικοτίνη αναδεικνύεται ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο, που επηρεάζεται κυρίως από τα κίνητρα καπνίσματος αλλά και από ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν τη σημασία των ψυχοκοινωνικών και γνωστικών παραγόντων στη διαμόρφωση και διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η κατανόηση των παραμέτρων αυτών δύναται να συμβάλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος, οι οποίες θα εστιάζουν όχι μόνο στη γνωστική ενημέρωση αλλά και στην τροποποίηση στάσεων και πεποιθήσεων των καπνιστών.

Λέξεις κλειδιά

Καπνιστές, ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, πεποιθήσεις, λόγοι για το κάπνισμα.

Abstract

Introduction

Smoking constitutes a major public health issue, associated with significant impacts on morbidity and mortality worldwide. Despite increased awareness regarding its adverse effects, the persistence of smoking behavior indicates the influence of complex psychosocial and cognitive factors. In this context, the investigation of smokers' perceptions and beliefs is crucial for understanding their behavior.

Objective

The aim of the present thesis is to systematically investigate the psychosocial characteristics and cognitive beliefs of smokers, in order to interpret the factors contributing to the initiation, maintenance, and reinforcement of smoking behavior.

Methodology

The present study was quantitative and cross-sectional, employing a questionnaire for data collection, and the data were analyzed using SPSS software. The aim was to investigate the relationship between nicotine dependence, smoking motives, self-efficacy, and health locus of control beliefs, as well as to identify the most significant associated factors.

Initially, data quality checks were conducted, and the scoring of the instruments was performed, including reverse coding where required. The reliability of the scales (MRSS, self-efficacy, MHLC) was assessed using Cronbach's Alpha.

Subsequently, descriptive statistics were applied to present the characteristics of the sample and the main variables. Pearson's correlation coefficient was used to examine the relationships among variables.

Finally, multiple linear regression analysis was conducted, with nicotine dependence (FTND) as the dependent variable, after first verifying that the necessary assumptions were met. The purpose of this analysis was to identify the variables that contribute most significantly to nicotine dependence. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

The study involved 230 adult smokers, and the scales used demonstrated satisfactory to high reliability. The results revealed significant differences in nicotine dependence, smoking motives, self-efficacy, and health locus of control beliefs.

Correlation analysis showed that nicotine dependence is positively associated with various smoking motives, particularly “Addiction,” as well as “Social Smoking,” “Stimulation,” “Pleasure,” and “Relaxation.” Additionally, significant relationships were found between self-efficacy, smoking motives, and health beliefs, highlighting the role of psychological factors in smoking behavior. Age was also positively correlated with nicotine dependence.

Multiple regression analysis indicated that the model explains 38.6% of the variance in dependence, with key predictors being the dimensions of “Addiction,” “Social Smoking,” and “Automaticity” (positive relationships), and “Process” (negative relationship).

Overall, nicotine dependence emerges as a multifactorial phenomenon, primarily influenced by smoking motives as well as psychological and cognitive factors.

Conclusions

The results highlight the importance of psychosocial and cognitive factors in shaping and maintaining smoking behavior. Understanding these parameters can contribute to the development of targeted prevention and smoking cessation interventions, focusing not only on knowledge dissemination but also on the modification of attitudes and beliefs among smokers.

Keywords

Smokers, psychosocial characteristics, beliefs, reasons for smoking.

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα	ix
Συντομογραφίες	xi
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καπνιστών	5
1.1 Αυξημένο άγχος και στρες	5
1.2 Χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αυτοπεποίθηση	8
1.2.1 Ορισμός της αυτοεκτίμησης ή της αυτοπεποίθησης	8
1.2.2 Ερμηνεία της σχέσης χαμηλής αυτοεκτίμησης και καπνίσματος	8
1.2.3 Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ψυχολογικοί μηχανισμοί καπνίσματος	13
1.2.4 Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι κοινωνικοί και γνωστικοί παράγοντες της καπνιστικής συμπεριφοράς	14
1.3 Εθισμός και εξάρτηση	20
1.4 Συνήθεια και κοινωνική επιρροή	29
1.5 Αναζήτηση ευχαρίστησης	36
1.6 Αρνητική συναισθηματική κατάσταση	39
1.7 Δυσκολία στη διαχείριση συναισθημάτων	44
Κεφάλαιο 2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά των καπνιστών	50
2.1 Ηλικία	51
2.2 Φύλο	53
2.3 Εκπαίδευση και κοινωνικοοικονομική κατάσταση	58
2.4 Επαγγελματική κατάσταση	62
2.5 Πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα	69
2.6 Ψυχολογικά και κοινωνικά κίνητρα	76
Κεφάλαιο 3 Πεποιθήσεις των καπνιστών	79
3.1 Γνωστικές πεποιθήσεις	80
3.2 Συναισθηματικές πεποιθήσεις	83
3.3 Κοινωνικές πεποιθήσεις	86
3.4 Πρακτικές πεποιθήσεις	88
3.5 Αμυντικοί μηχανισμοί	93
3.6 Μετατόπιση ευθύνης	95
3.7 Εστίαση στον έλεγχο υγείας	105

Κεφάλαιο 4 Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας.....	107
4.1 Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας	107
4.2 Η ερευνητική μεθοδολογία	109
4.2.1 Μεθοδολογικός σχεδιασμός.....	109
4.2.2 Δειγματοληψία.....	109
4.2.3 Τα ερευνητικά εργαλεία.....	110
4.2.4 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας	112
4.2.5 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης.....	112
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα.....	122
5.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	122
5.2 Περιγραφική ανάλυση των βασικών μεταβλητών της μελέτης	156
5.3 Περιγραφική ανάλυση ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών	161
5.4 Περιορισμοί της έρευνας	250
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση.....	251
6.1 Εξέταση των Ερευνητικών Υποθέσεων	251
6.2 Ερμηνεία των ευρημάτων.....	252
6.3 Σύγκριση των ευρημάτων με προηγούμενες έρευνες.....	255
6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα σε συνδυασμό με τους περιορισμούς της έρευνας	255
Βιβλιογραφία	258
Παράρτημα Α΄: Ερωτηματολόγιο.....	287
Παράρτημα Β΄: Γραφήματα.....	298

Συντομογραφίες

Ελληνόγλωσσες:

ΓΣΘ

Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεωρία

ΠΦΥ

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ξενόγλωσσες:

ACT-Παρεμβάσεις

Acceptance and Commitment Therapy- Παρεμβάσεις

ACTH

Adrenocorticotrophic hormone

APA

American Psychological Association

CO

Carbon Monoxide (Μονοξείδιο του Άνθρακα)

CRH

Corticotropin-releasing hormone

FTND

Fagerström Test for Nicotine Dependence

fMRI scan

functional Magnetic Resonance Imaging scan

DNA (Deoxyribonucleic acid)

DNA (Δεοξυριβονουκλεϊκό Οξύ), Γενετικό Υλικό

GABA neurotransmitter

Gamma-aminobutyric acid κύριος ανασταλτικός
νευροδιαβιβαστής

GDPR

General Data Protection Regulation

GWAS

Genome-Wide Association Studies

HBM

Health Belief Model

HPA axis

Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis

IARC

International Agency for Research on Cancer

ITE

Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας

KRAS oncogene

Ογκογονίδιο KRAS

LTP Synapses

Long-Term Potentiation Synapses

MDS

Mesolimbic Dopaminergic System

MHLC

Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire

MME

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

MRSS

Modified Reasons for Smoking Scale

NNK

Νιτροζαμινική Κετόνη

NNN

N-Νιτροσονορνικοτίνη

PAHs

Πολυκυκλικοί Αρωματικοί Υδρογονάνθρακες

PBC	Perceived Behavioral Control
PFC	Prefrontal Cortex
pH	pH= $-\log(\text{H}^+)$, σε θερμοκρασία 25°C
p.53 gene (officially TP53)	Ογκοκατασταλτικό γονίδιο p53 (επίσημα ονομαζόμενο TP53)
SCT	Social Cognitive Theory
SRT	Self-Regulation Theory
TPB	Theory of Planned Behavior
VOCs	Πτητικές Οργανικές Ενώσεις
VTa-NAc circuit	Ventral Tegmental Area-Nucleus Accumbens circuit
WHO	World Health Organization

Εισαγωγή

Οι καπνιστές παρουσιάζουν ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στο κάπνισμα. Συχνά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάσεις εθισμού, ενώ παράλληλα το κάπνισμα λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης συναισθηματικών δυσκολιών. Οι κοινωνικές επιρροές, όπως η πίεση από το περιβάλλον ή η αποδοχή από ομάδες συνομηλίκων παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και τη διατήρηση της συνήθειας.

Το κάπνισμα συνιστά ένα από τα πλέον διαδεδομένα και επιβαρυντικά προβλήματα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του ατόμου όσο και στην κοινωνία συνολικά. Ακόμη αποτελεί έναν από τους κυριότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων και πρόωρης θνησιμότητας, ενώ παράλληλα συνδέεται με υψηλό κοινωνικοοικονομικό κόστος και επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε επίπεδο πρόληψης, ενημέρωσης και εφαρμογής αντικαπνιστικών πολιτικών, η καπνιστική συμπεριφορά εξακολουθεί να εμφανίζει υψηλά ποσοστά στον γενικό πληθυσμό, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κατανόηση του φαινομένου απαιτεί μια σύνθετη και ολιστική προσέγγιση.

Η καπνιστική συμπεριφορά δεν συγκροτεί απλά μια βιολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη, αλλά ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που ενσωματώνει ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Παρόλο που η νικοτίνη δρα στους νευροβιολογικούς μηχανισμούς του εγκεφάλου ενισχύοντας την εξάρτηση, η έναρξη και η συνέχιση του καπνίσματος δεν μπορούν να ερμηνευθούν αποκλειστικά από τις φαρμακολογικές της ιδιότητες. Η σύγχρονη επιστημονική έρευνα αναγνωρίζει ότι οι ανθρώπινες συμπεριφορές, και ειδικότερα οι εξαρτήσεις, διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, όπου οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι κοινωνικές επιρροές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συναισθηματικής λειτουργίας, τα οποία σχετίζονται με την ανάπτυξη και διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η αυξημένη παρορμητικότητα, το άγχος, η συναισθηματική αστάθεια και η τάση προς νευρωτισμό, καθώς και η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών,

όπως η κατάθλιψη. Επιπλέον, χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, καθώς και αρνητικά συναισθηματικά σχήματα, συνδέονται με τη χρήση του καπνίσματος ως στρατηγικής διαχείρισης του άγχους και των δυσφορικών συναισθημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, το τσιγάρο λειτουργεί ως ένα είδος «ψυχολογικού εργαλείου», μέσω του οποίου το άτομο επιχειρεί να ρυθμίσει τη διάθεσή του, να μειώσει την ένταση ή να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας.

Πέρα από τα ατομικά χαρακτηριστικά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι εμπειρίες ζωής του ατόμου. Η έκθεση σε δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, όπως οικογενειακές συγκρούσεις, απορρύθμιση του οικογενειακού περιβάλλοντος ή ψυχοκοινωνική πίεση, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος. Οι εμπειρίες αυτές φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης, οδηγώντας το άτομο στην υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών, όπως είναι η χρήση ουσιών. Παράλληλα, το κάπνισμα μπορεί να συνδέεται με την ανάγκη διαμόρφωσης ταυτότητας, ιδίως κατά την εφηβεία, όπου το άτομο επιδιώκει να διαφοροποιηθεί, να εκφράσει ανεξαρτησία ή να ενισχύσει την αυτοεικόνα του.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η επιρροή του περιβάλλοντος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η οικογένεια, οι φίλοι και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο λειτουργούν ως βασικά πλαίσια κοινωνικοποίησης, μέσα στα οποία διαμορφώνονται στάσεις και πρότυπα συμπεριφοράς. Η παρουσία καπνιστών στο οικογενειακό περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης της συνήθειας, ενώ η επιρροή των συνομηλίκων έχει αναδειχθεί ως καθοριστικός παράγοντας, ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία. Επιπλέον, η κοινωνική αποδοχή του καπνίσματος σε ορισμένα περιβάλλοντα ενισχύουν την υιοθέτηση και τη διατήρηση της συμπεριφοράς.

Ταυτόχρονα, ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης και της διαφήμισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς συμβάλλουν στη διαμόρφωση θετικών στάσεων απέναντι στο κάπνισμα, συχνά παρουσιάζοντάς το ως κοινωνικά αποδεκτό, ελκυστικό ή συνδεδεμένο με συγκεκριμένα πρότυπα ζωής. Η διαδικασία αυτή οδηγεί στην κανονικοποίηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε ευάλωτες ομάδες όπως οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες. Επιπλέον, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και οι εργασιακές συνθήκες, επηρεάζουν σημαντικά τη συχνότητα και την ένταση του

καπνίσματος, υποδεικνύοντας ότι η συνήθεια αυτή δεν μπορεί να αποκοπεί από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται το άτομο.

Ένα ακόμη κρίσιμο στοιχείο στη μελέτη του καπνίσματος είναι οι πεποιθήσεις και οι γνωστικές διεργασίες των καπνιστών. Οι καπνιστές συχνά διαμορφώνουν πεποιθήσεις που δικαιολογούν ή ενισχύουν τη συμπεριφορά τους, όπως ότι το κάπνισμα συμβάλλει στη χαλάρωση, στη μείωση του άγχους, στην αύξηση της συγκέντρωσης ή ακόμη και στη ρύθμιση του σωματικού βάρους. Ταυτόχρονα, παρατηρείται συχνά η τάση υποτίμησης των κινδύνων ή η υιοθέτηση «ορθολογικοποιημένων» αντιλήψεων, οι οποίες μειώνουν τη γνωστική ασυμφωνία μεταξύ της γνώσης των αρνητικών επιπτώσεων και της συνέχισης της καπνιστικής συμπεριφοράς. Οι πεποιθήσεις αυτές λειτουργούν ως μηχανισμοί διατήρησης της συνήθειας, καθώς καθιστούν δυσκολότερη τη λήψη απόφασης για διακοπή.

Παράλληλα, η έννοια της «ταυτότητας του καπνιστή» έχει αναδειχθεί ως σημαντικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας. Πολλοί καπνιστές ενσωματώνουν το κάπνισμα στην προσωπική τους ταυτότητα και το συνδέουν με την κοινωνική τους εικόνα, τις συνήθειες και τις καθημερινές τους πρακτικές. Η ταύτιση αυτή καθιστά το κάπνισμα όχι απλώς μια συμπεριφορά, αλλά ένα στοιχείο της αυτοαντίληψης του ατόμου, γεγονός που δυσχεραίνει τη διακοπή του. Επιπλέον, πολιτισμικοί παράγοντες και κοινωνικές αξίες επηρεάζουν τη σημασία που αποδίδεται στο κάπνισμα, ενισχύοντας ή αποδυναμώνοντας τη συμπεριφορά ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο.

Συνολικά, το κάπνισμα αποτελεί ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να ερμηνευθεί μονοδιάστατα. Η κατανόηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των καπνιστών και των πεποιθήσεών τους είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διακοπής, καθώς επιτρέπει τη στόχευση όχι μόνο της συμπεριφοράς, αλλά και των υποκείμενων αιτίων που την προκαλούν και τη διατηρούν. Η υιοθέτηση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης, που λαμβάνει υπόψη την προσωπικότητα, τις εμπειρίες, το κοινωνικό περιβάλλον και τις γνωστικές διεργασίες των ατόμων, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της καπνιστικής συνήθειας και στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρεί να διερευνήσει σε βάθος τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των καπνιστών και τις πεποιθήσεις που σχετίζονται με τους λόγους έναρξης

και διατήρησης της καπνιστικής συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, αρχικά στα πρώτα δύο κεφάλαια παρουσιάζεται το θεωρητικό και βιβλιογραφικό υπόβαθρο, με έμφαση στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν το κάπνισμα. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι βασικές πεποιθήσεις και στάσεις των καπνιστών, καθώς και οι μηχανισμοί μέσω των οποίων αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Ακολουθεί η παρουσίαση της μεθοδολογίας της έρευνας, όπου περιγράφονται το δείγμα, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και η διαδικασία ανάλυσης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και επιχειρείται η ερμηνεία τους σε συνάρτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τη διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων για μελλοντική έρευνα και σχεδιασμό παρεμβάσεων, με στόχο την αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση του καπνίσματος.

Κεφάλαιο 1: Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καπνιστών

Το κάπνισμα αποτελεί μια συμπεριφορά με έντονη ψυχολογική διάσταση, η οποία δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή αποκλειστικά μόνο μέσα από βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Πλήθος ερευνών έχει αναδείξει ότι τα άτομα ξεκινούν και συνεχίζουν να καπνίζουν λόγω βαθύτερων ψυχολογικών διεργασιών όπως το άγχος, το στρες, η συναισθηματική απορρύθμιση και οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις (Parrott, 1999). Η κατανόηση αυτών των παραγόντων αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων διακοπής.

1.1 Αυξημένο άγχος και στρες

Το άγχος αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό ψυχολογικό παράγοντα στη δημιουργία της καπνιστικής συμπεριφοράς. Τα άτομα συχνά χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως μέσο διαχείρισης των αγχωδών σκέψεων και της ψυχοσωματικής έκτασης (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). Το στρες συνιστά μια πολύπλοκη ψυχοβιολογική αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε πραγματικούς ή αντιλαμβανόμενες απειλές. Η ενεργοποίηση του « άξονα HPA» οδηγεί σε αυξημένη απελευθέρωση κορτιζόλης, η οποία σχετίζεται με φυσιολογικές και συναισθηματικές μεταβολές (Sinha, 2008). Ο «άξονας HPA» (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis ή Υποθαλαμικό-Υποφυσικό-Επινεφριδιακός Άξονας) για τη ρύθμιση της αντίδρασης στο στρες, συγκροτείται από ένα σύστημα επικοινωνίας ανάμεσα στον υποθάλαμο, στην υπόφυση και τα επινεφρίδια. Ο υποθάλαμος εκκρίνει «CRH» (Corticotropin-releasing hormone, ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης), η υπόφυση « ACTH» (Adrenocorticotrophic Hormone, Αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη) και τα επινεφρίδια κορτιζόλη. Η κορτιζόλη αυξάνει την παραγωγή ενέργειας, ρυθμίζει το ανοσοποιητικό, βοηθά στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης και προετοιμάζει τον οργανισμό για «fight or flight» «μάχη ή φυγή». Η διαδικασία αυτή είναι προσαρμοστική σε οξείες καταστάσεις, όμως η χρόνια ενεργοποίηση της προκαλεί απορρύθμιση και ενισχύει την ευαλωτότητα σε εξαρτητικές συμπεριφορές (Koob & Le Moal, 2001).

Όταν το στρες παραμένει παρατεταμένο, δημιουργεί αυξημένη αντιδραστικότητα σε καθημερινά ερεθίσματα, μειώνει την ικανότητα διαχείρισης συναισθημάτων και ενισχύει την

αναζήτηση εξωτερικών μηχανισμών ρύθμισης, όπως η χρήση νικοτίνης (Kassel et al., 2003). Η νικοτίνη δρα σε νευρωνικά κυκλώματα που ρυθμίζουν το άγχος, τη διάθεση και την ανταμοιβή. Η κατανάλωση της προκαλεί έκκληση ντοπαμίνης στο σύστημα ανταμοιβής, κάτι που οδηγεί σε προσωρινή ανακούφιση από το άγχος και σε αίσθηση ηρεμίας (Benowitz, 2010).

Αυτή η ανακούφιση, ωστόσο, είναι βραχυπρόθεσμη και ενισχύει την τάση του ατόμου να αναζητά τη νικοτίνη σε στιγμές συναισθηματικής έντασης (Brandon & Baker, 1991). Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργείται ένα μοτίβο αρνητικής ενίσχυσης, μιας και η χρήση νικοτίνης μειώνει μόνο προσωρινά τα δυσφορικά συναισθήματα, κάτι που μακροπρόθεσμα ενισχύει την εξάρτηση (Kassel et al., 2003).

Τα άτομα που καπνίζουν συχνά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες. Η νικοτίνη επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, μέσω της απελευθέρωσης νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη στον εγκέφαλο. Ωστόσο προκαλεί σοβαρό εθισμό που μπορεί να οδηγήσει σε πολύ σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές παρενέργειες. Παρά την υποκειμενική αίσθηση ότι το κάπνισμα «ηρεμεί», τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους μη καπνιστές (Parrott, 1999). Αυτό οφείλεται στον επονομαζόμενο «φαύλο κύκλο στρες → κάπνισμα → περισσότερο στρες». Πρώτα τα συμπτώματα στέρησης (ευερεθιστότητα, ανησυχία, ένταση) εμφανίζονται λίγες ώρες μετά το τελευταίο τσιγάρο. Στη συνέχεια, τα συμπτώματα αυτά μοιάζουν με τα συμπτώματα άγχους. Το τσιγάρο τα μειώνει προσωρινά, ενισχύοντας την πεποίθηση ότι το κάπνισμα μειώνει το στρες (Shiffman, 2005). Έτσι ο καπνιστής βιώνει χρόνιο άγχος, το οποίο αποδίδει σε εξωτερικά αίτια, ενώ στην πραγματικότητα προέρχεται από τον φαύλο κύκλο της εξάρτησης (Sinha, 2008).

Το άγχος λειτουργεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες έναρξης του καπνίσματος. Νέοι και ενήλικες αναφέρουν ότι στρεσογόνα γεγονότα όπως σχολικό στρες, οικογενειακές εντάσεις και συναισθηματικές δυσκολίες αυξάνουν την πιθανότητα δοκιμής και υιοθέτησης του καπνίσματος (Baker et al., 1986). Ακόμη το άγχος αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα υποτροπής μετά από προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (Shiffman, 2005). Σε περιόδους έντονης πίεσης, το άτομο είναι πιθανό να καταφύγει ξανά στο κάπνισμα ως «άμεση» λύση διαχείρισης συναισθηματικής δυσφορίας (Sinha, 2008). Το άγχος επηρεάζει άμεσα τις γνωσιακές λειτουργίες, την κριτική ικανότητα και τη λήψη αποφάσεων. Υψηλά επίπεδα στρες

μειώνουν την ικανότητα του προμετωπιαίου φλοιού να ελέγχει παρορμήσεις και να ρυθμίζει τη συμπεριφορά, κάτι που ενισχύει την επιθυμία για κάπνισμα και δυσκολεύει την αποχή (Koob & Le Moal, 2001).

Έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένοι τύποι προσωπικότητας είναι πιο ευάλωτοι στο άγχος και κατά συνέπεια στο κάπνισμα. Άτομα με υψηλό νευρωτισμό, χαμηλή αυτοεκτίμηση ή τάση για αποφυγή δυσφορικών συναισθημάτων, αναπτύσσουν ευκολότερα εξαρτητικές συμπεριφορές (Brandon & Baker, 1991). Η σχέση μεταξύ συναισθηματικής δυσφορίας και καπνίσματος είναι σταθερά τεκμηριωμένη (Kassel et al., 2003). Το εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, συνθέτουν βασική πηγή στρες και σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της καπνιστικής συμπεριφοράς (Economidou et al., 2017). Εργασιακές πιέσεις, οικονομικές δυσκολίες, κοινωνικές νόρμες και οικογενειακές επιρροές επιδρούν σημαντικά τόσο στην έναρξη, όσο και στη διατήρηση του καπνίσματος (Eurofound, 2021). Η νικοτίνη δρα σε έναν καλά χαρτογραφημένο νευροβιολογικό κύκλο ο οποίος εξηγεί γιατί η εξάρτηση εγκαθίσταται γρήγορα και γιατί η διακοπή προκαλεί στερητικά συμπτώματα. Αρχικά η νικοτίνη συνδέεται με νικοτινικούς ακετυλοχολινικούς υποδοχείς στον εγκέφαλο, που προκαλεί σημαντική απελευθέρωση ντοπαμίνης στο σύστημα ανταμοιβής (VTA-Nucleus Accumbens “NAc”). Αυτό δημιουργεί το αίσθημα ευχαρίστησης που ενισχύει τη συμπεριφορά καπνίσματος. Ωστόσο με την επαναλαμβανόμενη έκθεση, οι υποδοχείς προσαρμόζονται, δηλαδή αυξάνεται ο αριθμός τους και απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης για το ίδιο αποτέλεσμα. Αυτή η ανοχή οδηγεί σε συχνότερη χρήση και ενισχύει τον κύκλο εξάρτησης. Όταν τα επίπεδα νικοτίνης μειωθούν εμφανίζονται: ευερεθιστότητα, άγχος, δυσφορία, έντονη επιθυμία (craving), διαταραχές στη συγκέντρωση και στη διάθεση. Τα στερητικά αυτά συμπτώματα είναι αποτέλεσμα μείωσης της ντοπαμίνης και υπερδιέγερσης περιοχών στρες. Η πρόσληψη νικοτίνης ανακουφίζει προσωρινά τα δυσάρεστα στερητικά συμπτώματα με αποτέλεσμα το άτομο να αναζητά ξανά τη χρήση. Αυτό ολοκληρώνει τον φαύλο κύκλο «στερητικό σύμπτωμα → κατανάλωση → ανακούφιση → ενίσχυση». Η μακροχρόνια χρήση προκαλεί δομικές και λειτουργικές αλλαγές, ιδιαίτερα στα κυκλώματα κινήτρου, ανταμοιβής και ρύθμισης συναισθήματος, κάτι που κάνει την εξάρτηση ιδιαίτερα επίμονη και δύσκολο να αντιμετωπιστεί.

1.2 Χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αυτοπεποίθηση

Η αυτοεκτίμηση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ψυχολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την υιοθέτηση, διατήρηση και παύση συμπεριφορών υγείας. Το κάπνισμα ως μια εθιστική και περίπλοκη συμπεριφορά, συχνά επηρεάζεται από γνωστικές, κοινωνικές και συναισθηματικές μεταβλητές, μεταξύ των οποίων η αυτοεκτίμηση φαίνεται να διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο.

1.2.1 Ορισμός της αυτοεκτίμησης ή της αυτοπεποίθησης

Ως αυτοεκτίμηση μπορεί να προσδιοριστεί η συνολική εκτίμηση που ένα άτομο αποδίδει στην προσωπική του αξία (Rosenberg, 1965). Παράλληλα, η αυτοεκτίμηση αναγνωρίζεται ως κύριος παράγοντας για τη διαμόρφωση και την διευθέτηση της συμπεριφοράς. Σύγχρονες προσεγγίσεις συσχετίζουν την αυτοεκτίμηση με τη συναισθηματική ρύθμιση, την αντίσταση στην πίεση από τον κοινωνικό περίγυρο, την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και την αποτελεσματική αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Orth & Robins, 2022). Επομένως, η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και το κάπνισμα δίνει πρόσφορο έδαφος για την κατανόηση των αιτιών και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η αυτοεκτίμηση εκλαμβάνεται ως μια πολυδιάστατη έννοια που συνδέεται με συναισθηματική ευαλωτότητα, αντιλαμβανόμενη προσωπική αποτελεσματικότητα, κοινωνική ταυτότητα και προσδοκίες επιτυχίας ή αποτυχίας. Άτομα με υψηλότερη αυτοεκτίμηση έχουν καλύτερη πρόγνωση για τη διακοπή του καπνίσματος (Doran et al., 2006), επίσης αυτοί που παρουσιάζουν ασταθή αυτοεκτίμηση είναι πιο επιρρεπείς σε συμπεριφορές ανακούφισης από το έντονο άγχος, όπως το κάπνισμα (Kuster & Orth, 2019).

1.2.2 Ερμηνεία της σχέσης χαμηλής αυτοεκτίμησης και καπνίσματος.

Η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί ένα σύνθετο ψυχοβιολογικό και κοινωνικογνωστικό φαινόμενο, που δεν μπορεί να εξηγηθεί αποκλειστικά από τον βιολογικό εθισμό στη νικοτίνη (Benowitz, 2010). Η Θεωρία της Αυτορρύθμισης «Self-Regulation Theory» (SRT), η αυτοεκτίμηση και ο μηχανισμός εξάρτησης από τη νικοτίνη αποτελούν τρεις αλληλένδετες ψυχολογικές δομές που ως ένα ολοκληρωμένο εννοιολογικό μοντέλο ερμηνεύει την έναρξη, διατήρηση και υποτροπή της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η αυτορρύθμιση «SRT» και η

αυτοεκτίμηση λειτουργούν ταυτόχρονα ως παράγοντες είτε κινδύνου, είτε προστασίας, επηρεάζοντας τις στρατηγικές διαχείρισης άγχους, τις γνωστικές πεποιθήσεις και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διακοπής. Τα θεωρητικά σχήματα μπορούν να εφαρμοστούν για εκπαιδευτικούς, κλινικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Η αυτορρύθμιση «SRT» λειτουργεί μέσα από την προσεκτική εξέταση μιας, την σύγκριση στόχων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Garver & Scheier, 1998). Εφόσον οι μηχανισμοί αυτοελέγχου αποτυγχάνουν, το άτομο στρέφεται σε παρορμητικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα. Η κεντρική παραδοχή της Θεωρίας Αυτορρύθμισης (Carver & Scheier, 1998), είναι ότι το άτομο επιδιώκει διαρκώς να ευθυγραμμίσει την πραγματική του κατάσταση με τις επιθυμητές στοχοθεσίες.

Στην περίπτωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης οι στοχοθεσίες αυτές καθίσταται ασταθείς, ασαφείς ή απρόσιτες. Η μειωμένη αυτοαξία υπονομεύει την εμπιστοσύνη στην ικανότητα αντιμετώπισης αντίξοων καταστάσεων, μειώνοντας την αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα (Bandura, 1997). Η υποβάθμιση της αυτοαποτελεσματικότητας, ακολούθως, αποδυναμώνει τη λειτουργία του συστήματος αυτορρύθμισης, ως εκτούτου το άτομο αδυνατεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά το άγχος, χρησιμοποιεί ατελέσφορες στρατηγικές αντιμετώπισης και προσανατολίζεται σε συμπεριφορές άμεσης ενίσχυσης όπως το κάπνισμα. Επομένως, η έλλειψη αυτοεκτίμησης οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα ελέγχου εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, ώστε το άτομο να επιλέγει το κάπνισμα όχι γιατί αυξάνει την αυτοεκτίμηση του, αλλά επειδή ελαττώνει το άμεσο συναισθηματικό βάρος που του προκαλεί αυτή η κατάσταση.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με τρεις κεντρικές διαστάσεις της αυτορρύθμισης: τη συναισθηματική, τη γνωσιακή και τη συμπεριφορική. Όσον αφορά τη συναισθηματική διάσταση, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση βιώνουν συχνότερα έντονο άγχος, είναι πιο ευάλωτοι στην κοινωνική κριτική και έχουν πιο απαισιόδοξη οπτική σχετικά με την έκβαση, από την αντιμετώπιση δυσκολιών. Προκειμένου να αντέξουν και να σταθμίσουν αυτή την αρνητική διέγερση, τα άτομα καταφεύγουν σε εξωτερικές λύσεις για γρήγορη ανακούφιση μία εκ τω οποίων είναι η νικοτίνη (Shiffman, 2005). Ως προς τη γνωσιακή διάσταση ένα άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση υποτιμά την αυτοαποτελεσματικότητά του, την αντίληψη ότι μπορεί να διευθύνει τις επιθυμίες του και να αξιολογεί τα αναδυόμενα εμπόδια με βάση τη λογική. Όποτε η γνωσιακή αντιμετώπιση συνδυάζεται με την αίσθηση της ανεπάρκειας και της ανικανότητας

δημιουργούνται δυσλειτουργικές πεποιθήσεις όπως για παράδειγμα: “ Το κάπνισμα με βοηθάει να χαλαρώσω” και “Δεν μπορώ να λειτουργήσω κανονικά, χωρίς τσιγάρο”. Τέλος μέσω της συμπεριφορικής διάστασης η μειωμένη αυτορρύθμιση περιορίζει την ικανότητα αναστολής, τη δυνατότητα επιλογής υγιών στρατηγικών και την απaréγκλιτη σταθερότητα απέναντι στις υποτροπές. Οι καπνιστές με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να στρέφονται στο κάπνισμα όχι από συνήθεια, αλλά εξαιτίας της απουσίας άλλων λειτουργικών μηχανισμών διαχείρισης.

Σύμφωνα με το μοντέλο του φαύλου κύκλου “Self-Reinforcing Cycle”, “αυτοεκτίμηση- αυτορρύθμιση- κάπνισμα”, η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε μειωμένη αυτορρυθμιστική λειτουργία, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφορών άμεσης ανακούφισης όπως το κάπνισμα. Η συμπεριφορά αυτή προσφέρει πρόσκαιρη συναισθηματική ανακούφιση, ωστόσο μακροπρόθεσμα επιδεινώνει την αυτοεκτίμηση και αποσταθεροποιεί ακόμα περισσότερο την αυτορρύθμιση. Έτσι δημιουργείται ένας αυτοενισχυόμενος κύκλος που παγιδεύει το άτομο στη χρήση νικοτίνης (Baumeister & Heatherton, 1996, Shiffman, 2005).

Αρχικά η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλεί εσωτερικευμένη αυτοκριτική και ενοχές, ενισχύει την αίσθηση ανεπάρκειας, επιτείνει την απογοήτευση και την απελπιστική αποτυχία και αυξάνει την αντίδραση στο στρες. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση νιώθουν πιο αδύναμοι, ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν και ότι έχουν χάσει τον έλεγχο. Η αρνητική αυτή αντίληψη για τον εαυτό του μειώνει τη συνολική ψυχική ανθεκτικότητα και κάνει το άτομο πιο τρωτό σε συναισθηματικές διακυμάνσεις (Rosenberg, 1965). Όταν υπάρχει ταυτόχρονη εξασθένηση των μηχανισμών αυτορρύθμισης, αυτό αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εξαρτητικές συμπεριφορές (Wills & Ainette, 2012). Μέσω της εξασθένησης των μηχανισμών αυτορρύθμισης το άτομο αντιδρά πιο έντονα στο άγχος και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τις συναισθηματικές εντάσεις. Επιπλέον δεν εμπιστεύεται την ικανότητα να ελέγξει τη συμπεριφορά του, οπότε αποσύρεται πιο εύκολα από τις προσπάθειες αυτοελέγχου (Bandura, 1997). Η διατύπωση κάποιων πεποιθήσεων όπως π.χ. “Το τσιγάρο με ηρεμεί” και “Δεν μπορώ να αλλάξω συμπεριφορά”, αποτυπώνουν ξεκάθαρα ότι η επιθυμία για κάπνισμα δεν είναι απλά παρορμητική αλλά αποτέλεσμα δομικής αποδυνάμωσης του συστήματος αυτοελέγχου (Baumeister et al., 1994). Η αποδυνάμωση της αυτορρύθμισης καθιστά το κάπνισμα ιδιαίτερα δελεαστικό καθώς η νικοτίνη προσφέρει: άμεση μείωση της δυσφορίας, αίσθημα ανταμοιβής μέσω της έκκρισης ντοπαμίνης, πλασματική μείωση άγχους, αύξηση της συγκέντρωσης και

γρήγορη «απόδραση» από αλγεινά συναισθήματα. Ο μηχανισμός αυτός διαπνέεται από τη Θεωρία της αρνητικής ενίσχυσης, σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά που μειώνει ένα δυσάρεστο συναίσθημα ενισχύεται και επαναλαμβάνεται (Shiffman, 2005). Άρα το κάπνισμα δεν «επιλέγεται» με βάση τη λογική αλλά επιβάλλεται μέσω του συστήματος ρύθμισης ως η πιο εύκολη, προσιτή και διαθέσιμη λύση. Η βραχυπρόθεσμη ανακούφιση που επιτυγχάνεται, οδηγεί μακροπρόθεσμα σε ψυχολογική επιβάρυνση. Το κάπνισμα προκαλεί αύξηση του συνολικού άγχους, ενοχές λόγω της αδυναμίας ελέγχου, ενίσχυση του αισθήματος αποτυχίας και επιδείνωση της αυτοεικόνας. Ο συνδυασμός ενοχής και αυτομομφής οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη μείωση της αυτοεκτίμησης, μια κατάσταση που ενισχύει το αρχικό πρόβλημα (Baumeister & Heatherton, 1996). Με λίγα λόγια, η ανακούφιση που επιφέρει το κάπνισμα λειτουργεί σαν « τοκογλύφος» συναισθηματικής ισορροπίας: προσφέρει λίγα και γρήγορα ενώ κοστίζει πολλά και μακροπρόθεσμα.

Η μακροπρόθεσμη επιβάρυνση μειώνει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμηση και οδηγεί στην παγίδα της συνήθειας. Έτσι προκαλείται αυξημένη συναισθηματική δυσφορία, επιδείνωση της αυτορρύθμισης και ενίσχυση της ψευδούς πεποίθησης «δεν μπορώ χωρίς τσιγάρο». Το άτομο πλέον ενεργοποιεί το κάπνισμα **όχι ως επιλογή του**, αλλά αυτοματοποιημένα, σχεδόν σαν ένα αντανακλαστικό μέσο αυτορρύθμισης παράλληλα με μια « χημικά» και συμπεριφορικά «προγραμματισμένη» αντίδραση. Η αυτοματοποιημένη αυτή ενέργεια επιβεβαιώνεται μέσα από ευρήματα νευροεπιστημών (Heatherton et al., 2011) που δείχνουν ότι η επαναλαμβανόμενη χρήση νικοτίνης μειώνει τη δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού (κέντρο αυτοελέγχου) και ενισχύει τα συστήματα ανταμοιβής (Εικόνα 9).

Η Social Cognitive Theory (SCT) του Bandura (1986) (Κοινωνικογνωστική Θεωρία ή Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης) προσφέρει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο θεωρητικό εργαλείο, καθώς προσεγγίζει τη συμπεριφορά ως προϊόν της αλληλεπίδρασης ατόμου-περιβάλλοντος-συμπεριφοράς. Η αυτοεκτίμηση, ένας κρίσιμος ψυχολογικός παράγοντας, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός δείκτης ψυχολογικής τρωτότητας, κοινωνικής πίεσης και καπνιστικής συμπεριφοράς (Wills et al., 2005). Η σύνδεση της αυτοεκτίμησης με τους μηχανισμούς της «SCT», επιτρέπει μια βαθύτερη κατανόηση των κινήτρων και των διαδρομών που οδηγούν στην υιοθέτηση του καπνίσματος. Η Social Cognitive Theory (Bandura 1986,1997) διαφοροποιείται από προηγούμενες συμπεριφορικές προσεγγίσεις, διότι δεν ερμηνεύει τη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα αποκλειστικά μόνο εξωτερικών ερεθισμάτων ή ενισχύσεων. Αντίθετα, ενσωματώνει τη γνωστική διάσταση, αναγνωρίζοντας ότι οι άνθρωποι ενεργούν ως

φορείς, ερμηνεύουν τα γεγονότα, δημιουργούν προσδοκίες, αξιολογούν τις ικανότητες τους και διαμορφώνουν στρατηγικές δράσης. Ο πυρήνας της Θεωρίας βρίσκεται στη διαδικασία της **αμοιβαίας καθοριστικότητας (reciprocal determinism)**, σύμφωνα με την οποία οι ατομικοί γνωστικοί παράγοντες, η συμπεριφορά και το περιβάλλον αλληλοεπιδρούν διαρκώς μεταξύ τους (Bandura, 1986). Στο πλαίσιο του καπνίσματος, κοινωνικά πρότυπα ενισχύουν ή αποθαρρύνουν την έναρξη, η συμπεριφορά γύρω από το κάπνισμα επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις και προσωπικοί παράγοντες όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση πυροδοτούν την ευαλωτότητα.

Η συμπεριφορά μαθαίνεται μέσω παρατήρησης σημαντικών προσώπων. Ιδιαίτερα στην εφηβεία, οι συνομήλικοι αποτελούν ισχυρούς φορείς κοινωνικής μίμησης (Simons-Morton & Farhat, 2010). Πράγματι οι καπνιστές αναφέρουν ότι συχνά επηρεάζονται από το περιβάλλον τους ή καπνίζουν προκειμένου να ενταχθούν σε κοινωνικές ομάδες. Η αυτοαποτελεσματικότητα «Self-efficacy» αποτελεί θεμέλιο της «SCT» και αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να εκτελέσει επιτυχημένα μια συμπεριφορά (Bandura, 1997). Η αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και ενισχύει τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα υιοθέτησης του καπνίσματος με δυσκολία πάνω στη διακοπή (Byrne & Mazanov, 2001). Επίσης η αυτοεκτίμηση επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται το στρες που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την καπνιστική συμπεριφορά (Carter & Byrne, 2013). Αντίθετα η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα καθώς μειώνει την πιθανότητα εξάρτησης από το κάπνισμα ως μηχανισμό διαχείρισης συναισθημάτων (Bandura, 1997, Schwarzer & Jerusalem, 1995). Οι προσδοκίες αποτελέσματος αποτελούν βασικό μηχανισμό για τη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο που θεωρείται ότι το κάπνισμα μειώνει το άγχος ή ενισχύει την κοινωνικότητα (Flay et al., 1998).

Συμπερασματικά, η Social Cognitive Theory προσφέρει ένα ισχυρό πλαίσιο κατανόησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος, υπογραμμίζοντας την αλληλεπίδραση περιβάλλοντος-ατόμου-συμπεριφοράς. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην υιοθέτηση ή αποφυγή καπνιστικών συνηθειών. Οι κοινωνικές επιρροές και οι συναισθηματικοί παράγοντες ενισχύουν την πολυπλοκότητα της συμπεριφοράς, απαιτώντας πολυδιάστατες παρεμβάσεις.

Τα μοντέλα αυτά υποστηρίζουν ότι η αυτογνωσία και η ικανότητα ελέγχου αποτελούν βασικούς πυλώνες για την αποδοχή συμπεριφορών υγείας. Έφηβοι με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα να ξεκινήσουν το κάπνισμα (Sussman et al., 1997). Νεότερα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν έως και 2,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος (Kim et al., 2020). Επίσης η συχνή έκθεση σε κοινωνικές πιέσεις ή σχολικό εκφοβισμό μειώνει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμηση και αυξάνει τον κίνδυνο υιοθέτησης του καπνίσματος ως μέσο κοινωνικής ένταξης (Jiang et al., 2019).

1.2.3 Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ψυχολογικοί μηχανισμοί καπνίσματος

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση επιδρά μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως με το να καθίσταται κάποιος πιο ευάλωτος απέναντι στις προσδοκίες των συνομηλίκων του και να αποζητά όλο και περισσότερο την κοινωνική αποδοχή. Ακόμη υποφέρει από χαμηλή αυτορρύθμιση και συναισθηματική σταθερότητα ενώ πάσχει από μειωμένη αντίληψη προσωπικού ελέγχου.

Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζουν υψηλότερη εξάρτηση από τη νικοτίνη (Wills et al., 2019). Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι η νικοτίνη επενεργεί για την προσωρινή ανακούφιση από αρνητικά συναισθήματα, βοηθά στην αύξηση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας για την αντιμετώπιση κάποιων καταστάσεων και χρησιμοποιείται συχνά για την διαχείριση του καθημερινού στρες. Ακόμη, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να χρησιμοποιούν το κάπνισμα για κατευνασμό και για συναισθηματική ανακούφιση (Lee & Seo, 2021). Η υψηλή αυτοεκτίμηση αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς διακοπής, ενώ στον αντίποδα η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για αυξημένο κίνδυνο υποτροπής.

Η αυτοαποτελεσματικότητα (Bandura, 2005), συνδέεται συχνά με την αυτοεκτίμηση, αφού εφόσον τα άτομα πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα έχουν λιγότερες τάσεις να παρεκτραπούν, ακολουθούν πιο υγιείς στρατηγικές αντιμετώπισης και ανταποκρίνονται πιο εποικοδομητικά σε παρεμβάσεις σχετικά με τη συμπεριφορά. Παρεμπιπτόντως, ψηφιακές παρεμβάσεις μέσω εφαρμογών που ενισχύουν την αυτοεκτίμηση συνεισφέρουν στη διακοπή του καπνίσματος (Thomas et al., 2022).

Συμπτώματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνδέονται με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, αυξημένη πιθανότητα για κάπνισμα και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Σε αυτή την περίπτωση, η κατάθλιψη λειτουργεί ως ενδιάμεση ενέργεια για το κάπνισμα (Park et al., 2022). Το εργασιακό στρες, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη μειώνουν την αυτοεκτίμηση και αυξάνουν τη χρήση καπνού (Gao et al., 2020).

1.2.4 Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι κοινωνικοί και γνωστικοί παράγοντες της καπνιστικής συμπεριφοράς

Επιπλέον, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ενστερνίζονται την « ταυτότητα του καπνιστή» ως σταθερό φυσιολογικό χαρακτηριστικό για την «αυτοεικόνα» τους. Η ταυτότητα αυτή είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης για τη συνέχιση του καπνίσματος (Meijer et al., 2021).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με περιοχές του εγκεφάλου που συσχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος ανταμοιβής όπως ο προμετωπιαίος φλοιός και το σύστημα ντοπαμίνης (Zhang et al., 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πλέον αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς εστιάζει τόσο στη συμπεριφορά όσο και στις απόψεις που τη συνοδεύουν (Beck, 2011, Αργυροπούλου & Δημητρίου, 2016). Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, οι σκέψεις, οι στάσεις και οι βασικές πεποιθήσεις ενός ατόμου επηρεάζουν καθοριστικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (Beck et al., 1979). Στην περίπτωση του καπνίσματος, οι καπνιστές συχνά αναπτύσσουν δυσλειτουργικές σκέψεις, οι οποίες ενεργοποιούνται σε καταστάσεις στρες, αρνητικής διάθεσης ή κοινωνικής πίεσης και λειτουργούν ως γνωσιακά ερεθίσματα για τη χρήση νικοτίνης (Κούτρας, 2018). Τυπικές αυτόματες σκέψεις που παρατηρούνται σε καπνιστές περιλαμβάνουν πεποιθήσεις όπως ότι το τσιγάρο μειώνει το άγχος, βελτιώνει τη συγκέντρωση ή αποτελεί αναγκαίο μέσο συναισθηματικής ρύθμισης. Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι αντιλαμβανόμενες αυτές θετικές επιδράσεις του καπνίσματος δεν αντανakλούν πραγματική μείωση του στρες, αλλά κυρίως την προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης (Parrott, 1999). Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και στην ελληνική βιβλιογραφία, όπου επισημαίνεται ότι το κάπνισμα λειτουργεί συχνά ως

μηχανισμός αποφυγής και όχι ως ουσιαστική στρατηγική διαχείρισης του άγχους (Βαμβακάς & Κουτσελίνη, 2014).

Η **γνωσιακή αναδόμηση** αποτελεί βασική τεχνική της «ΓΣΘ» και ορίζεται ως η συστηματική διαδικασία αναγνώρισης, αξιολόγησης και τροποποίησης δυσλειτουργικών σκέψεων, με στόχο την ανάπτυξη πιο ρεαλιστικών και λειτουργικών απόψεων (Beck, 2011). Στο πλαίσιο της διακοπής του καπνίσματος, η γνωσιακή αναδόμηση στοχεύει στην αποδόμηση των γνωσιακών σχημάτων που συντηρούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη και ενισχύουν τη σφοδρή επιθυμία για κάπνισμα «craving». Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στη θεραπεία των εξαρτήσεων, καθώς επηρεάζει άμεσα τη συναισθηματική αντίδραση και τη συμπεριφορική επιλογή του ατόμου (Φιλιππίδου & Παπαγεωργίου, 2017).

Η εφαρμογή της γνωσιακής αναδόμησης περιλαμβάνει την εκπαίδευση του καπνιστή στην αναγνώριση των αυτόματων σκέψεων που προηγούνται της επιθυμίας για κάπνισμα, καθώς και την κριτική εξέταση της εγκυρότητας τους. Για παράδειγμα, η σκέψη «το τσιγάρο με ηρεμεί» αναδομείται μέσω της διερεύνησης εναλλακτικών ερμηνειών, όπως ότι η νικοτίνη απλώς μειώνει προσωρινά τη δυσφορία της στέρησης. Η διαδικασία αυτή οδηγεί στη διατύπωση πιο ισορροπημένων σκέψεων, όπως ότι το άγχος μπορεί να αντιμετωπιστεί με άλλους, πιο υγιείς τρόπους, χωρίς τη χρήση ουσιών (Καλαντζή-Αζίζι, 2005). Έρευνες δείχνουν ότι η αλλαγή των γνωσιακών αξιολογήσεων μειώνει την ένταση του “craving” και ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα επιτυχούς διακοπής (Bandura, 1997, Perkins, 2009).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η συμβολή της γνωσιακής αναδόμησης στην πρόληψη της υποτροπής. Η υποτροπή συχνά συνδέεται με το φαινόμενο της «παραβίασης της αποχής», κατά το οποίο ένα μεμονωμένο τσιγάρο ερμηνεύεται ως πλήρης αποτυχία, οδηγώντας σε εγκατάλειψη της προσπάθειας (Marlatt & Donovan, 2005). Η γνωσιακή αναδόμηση βοηθά το άτομο να αναπτύξει πιο ευέλικτες προσεγγίσεις, αναγνωρίζοντας ότι μια παροδική ολίσθηση δεν αναιρεί τη συνολική πρόοδο, γεγονός που μειώνει την πιθανότητα πλήρους επιστροφής στο κάπνισμα (Κούτρας, 2018).

Συνοψίζοντας, η γνωσιακή αναδόμηση αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς στοχεύει άμεσα στους γνωσιακούς μηχανισμούς που διατηρούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η ενσωμάτωσή της σε

προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα, ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα και συμβάλλει στην πρόληψη της υποτροπής, καθιστώντας τη μία από τις πλέον αποτελεσματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων

Η ενίσχυση των θετικών κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης και αντιμετώπισης του καπνίσματος, καθώς επηρεάζει άμεσα τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αλληλοεπιδρούν με το κοινωνικό τους περιβάλλον και διαχειρίζονται πιέσεις, συναισθήματα και καταστάσεις άγχους. Έρευνες δείχνουν ότι το κάπνισμα, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, συχνά συνδέεται με την ανάγκη κοινωνικής αποδοχής και συμμόρφωσης με τις νόρμες της ομάδας συνομηλίκων (Kobus, 2003). Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η διεκδικητική επικοινωνία και η ικανότητα αντίστασης στην κοινωνική πίεση, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος (Botvin & Griffin, 2004).

Παράλληλα, η αποτελεσματική επικοινωνία και έκφραση συναισθημάτων λειτουργεί προστατευτικά, καθώς πολλά άτομα χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο διαχείρισης άγχους, θυμού ή κοινωνικής αμηχανίας. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής βοηθά τα άτομα να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους με λειτουργικούς τρόπους, μειώνοντας την εξάρτηση από βλαβερές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα (WHO, 2003). Επιπλέον, η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών σχέσεων έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος και μεγαλύτερη επιτυχία στη διακοπή του (Holt-Lunstad et al., 2010).

Η αυτοεκτίμηση και η θετική εικόνα εαυτού αποτελούν επίσης κρίσιμες διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων. Άτομα με υψηλότερη αυτοεκτίμηση τείνουν να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες στις προσωπικές τους αξίες και όχι στην ανάγκη κοινωνικής επιβεβαίωσης, γεγονός που τα καθιστά λιγότερο ευάλωτα στην υιοθέτηση του καπνίσματος (Mann et al., 2004). Αντίθετα, χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα έναρξης και διατήρησης της καπνιστικής συμπεριφοράς.

Τέλος, η διαχείριση άγχους και κοινωνικών συγκρούσεων μέσω θετικών κοινωνικών δεξιοτήτων μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής σε άτομα που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Τεχνικές όπως η επίλυση προβλημάτων, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η υιοθέτηση υγιών στρατηγικών χαλάρωσης έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος (Fiore et al., 2008). Συνεπώς, η συστηματική ενίσχυση

των κοινωνικών δεξιοτήτων, μέσω σχολικών προγραμμάτων, ομαδικών παρεμβάσεων και συμβουλευτικής, αποτελεί ουσιαστικό εργαλείο προαγωγής της υγείας και πρόληψης του καπνίσματος.

1.2.5 Παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης για τη διακοπή του καπνίσματος

Το κάπνισμα αποτελεί μια πολυπαραγοντική εξαρτητική συμπεριφορά, η οποία δεν συντηρείται αποκλειστικά από τη φαρμακολογική δράση της νικοτίνης, αλλά και από ένα σύνολο ψυχολογικών, γνωσιακών και κοινωνικών παραγόντων. Στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία έχει τεκμηριωθεί ότι πολλοί καπνιστές χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο ρύθμισης του συναισθήματος, ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους, έντασης ή αρνητικής διάθεσης, ενώ η συμπεριφορά ενισχύεται από αυτόματες σκέψεις και κοινωνικά θέσφατα (Διαμαντοπούλου & Τούντας, 2006, Kassel et al., 2007, Καραδήμας, 2015). Οι παραδοσιακές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος συχνά εστιάζουν στον έλεγχο ή την αποφυγή της επιθυμίας, ωστόσο τα υψηλά ποσοστά υποτροπής υποδεικνύουν την ανάγκη για εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην **Ενσυνειδητότητα “Mindfulness”** και στην **Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης “Acceptance and Commitment Therapy (ACT)”**, οι οποίες εντάσσονται στο λεγόμενο «τρίτο κύμα» των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών, προτείνουν μια διαφορετική ερμηνεία της αλλαγής συμπεριφοράς, δίνοντας έμφαση στη σχέση του ατόμου με την εσωτερική του εμπειρία και όχι στην άμεση τροποποίηση της (Hayes et al., 2012· Τριλίβα & Χατζηνικολάου, 2018).

Η ενσυνειδητότητα ορίζεται ως η σκόπιμη και μη επικριτική επίγνωση της παρούσας στιγμής (Kabat-Zinn, 1994). Στο πλαίσιο της διακοπής καπνίσματος, οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα στοχεύουν στην αύξηση της επίγνωσης των σωματικών αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων που συνοδεύουν την επιθυμία για κάπνισμα, χωρίς την αυτόματη αντίδραση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Το άτομο εκπαιδεύεται να παρατηρεί την επιθυμία ως μια παροδική εμπειρία, μειώνοντας τη συνήθη τάση αποφυγής ή καταστολής της (Bowen & Marlatt, 2009).

Η προσέγγιση αυτή φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε άτομα που καπνίζουν για συναισθηματικούς λόγους, καθώς ενισχύει τη συναισθηματική ρύθμιση και αποδυναμώνει τη σύνδεση μεταξύ «craving» και καπνίσματος (Brewer et al., 2011· Elwafi et al., 2013). Η ελληνική βιβλιογραφία υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της αυτοπαρατήρησης και της επίγνωσης στη διαχείριση συμπεριφορών υγείας, αναδεικνύοντας τη χρησιμότητα τέτοιων παρεμβάσεων στον ελληνικό πληθυσμό (Καραδήμας, 2015· Χατζηγεωργίου & Τούντας, 2015).

Η **Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT)** βασίζεται στο μοντέλο της ψυχολογικής ευελιξίας και στοχεύει στη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει σε επαφή με το παρόν και να δρα σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες, ακόμη και παρουσία δυσάρεστων εσωτερικών εμπειριών (Hayes et al., 1999). Στο κάπνισμα, η ACT δεν επιδιώκει την εξάλειψη της επιθυμίας, αλλά την αποδοχή της ως φυσιολογικής εμπειρίας, η οποία δεν χρειάζεται να καθορίζει τη συμπεριφορά. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη γνωσιακή αποδέσμευση, μέσω της οποίας οι σκέψεις που σχετίζονται με το κάπνισμα αντιμετωπίζονται ως νοητικά γεγονότα και όχι ως αντικειμενικές αλήθειες. Αυτή η διαδικασία μειώνει την επιρροή των αυτόματων σκέψεων στη συμπεριφορά και ενισχύει την αίσθηση επιλογής (Hayes et al., 2012). Παράλληλα, η διερεύνηση αξιών, όπως η υγεία, η αυτονομία και η ποιότητα ζωής, λειτουργεί ως βασικός μοχλός παρακίνησης για δεσμευμένη δράση, στοιχείο που θεωρείται κρίσιμο και στις ελληνικές προσεγγίσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας (Χατζηγεωργίου & Τούντας, 2015).

Έρευνες δείχνουν ότι παρεμβάσεις που βασίζονται στη Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης παρουσιάζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη διακοπή καπνίσματος, ιδιαίτερα σε άτομα με ιστορικό πολλαπλών αποτυχημένων προσπαθειών ή υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Gifford et al., 2011). Η ελληνική κλινική βιβλιογραφία για τις εξαρτήσεις υποστηρίζει ότι παρεμβάσεις που ενσωματώνουν αποδοχή, ενσυνειδητότητα και αξιακά προσανατολισμένη δράση ανταποκρίνονται καλύτερα στη σύνθετη φύση των εξαρτητικών συμπεριφορών (Καρράς & Κοκκέβη, 2014· Μαυρέας & Μπερτζελέτου, 2012).

Συνοψίζοντας, οι παρεμβάσεις «Ενσυνειδητότητας» και «ACT» προσφέρουν ένα σύγχρονο και επιστημονικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για τη διακοπή καπνίσματος, το οποίο εστιάζει στην ενίσχυση της ψυχολογικής ευελιξίας και της αυτορρύθμισης. Η ενσωμάτωσή τους στο

ελληνικό πλαίσιο παρεμβάσεων υγείας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς λαμβάνει υπόψη τις συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις του καπνίσματος και προάγει μια πιο βιώσιμη και νοηματοδοτημένη αλλαγή συμπεριφοράς.

Η προσωπική ταυτότητα αποτελεί έναν κεντρικό άξονα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου και συνδέεται άμεσα με την αυτοαντίληψη, την αυτοεκτίμηση και την ικανότητα νοηματοδότησης των εμπειριών ζωής. Σύμφωνα με την αναπτυξιακή θεωρία του Erikson, η διαμόρφωση ταυτότητας είναι μια δυναμική διαδικασία που εκτείνεται σε όλο τον κύκλο ζωής, με ιδιαίτερη έμφαση στις περιόδους μετάβασης και κρίσης (Erikson, 1968). Στο πλαίσιο αυτό, **τα προγράμματα ενδυνάμωσης προσωπικής ταυτότητας** στοχεύουν στη στήριξη του ατόμου ώστε να αναπτύξει μια συνεκτική, σταθερή και ταυτόχρονα ευέλικτη εικόνα εαυτού.

Τα προγράμματα αυτά βασίζονται στην έννοια της ενδυνάμωσης (empowerment), η οποία ορίζεται ως η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα αποκτούν έλεγχο πάνω στις αποφάσεις και τις δράσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους (Zimmerman, 2000). Η ενδυνάμωση της προσωπικής ταυτότητας δεν αφορά μόνο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, αλλά και την αναγνώριση αξιών, ρόλων και κοινωνικών πλαισίων μέσα στα οποία το άτομο ενεργεί και αλληλοεπιδρά.

Σημαντικό θεωρητικό υπόβαθρο των παρεμβάσεων αυτών αποτελεί και η αφηγηματική προσέγγιση της ταυτότητας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα κατασκευάζουν την ταυτότητά τους μέσα από τις ιστορίες που αφηγούνται για τη ζωή τους (McAdams, 2001). Μέσα από δομημένες αφηγηματικές ασκήσεις, τα προγράμματα ενδυνάμωσης βοηθούν τους συμμετέχοντες να αναστοχαστούν πάνω σε κρίσιμα βιώματα, να επαναπροσδιορίσουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και να ενσωματώσουν τις εμπειρίες τους σε ένα συνεκτικό προσωπικό αφήγημα.

Παράλληλα, πολλά προγράμματα αντλούν τεχνικές από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και τη θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT), εστιάζοντας στη σύνδεση ταυτότητας και αξιών. Η αποσαφήνιση αξιών «Clarification of Values», θεωρείται κρίσιμη διαδικασία, καθώς η ευθυγράμμιση συμπεριφοράς και αξιών ενισχύει την αίσθηση αυθεντικότητας και ψυχολογικής ευεξίας (Hayes et al., 2006). Μέσα από βιωματικές ασκήσεις, το άτομο μαθαίνει να διακρίνει την ταυτότητά του από παροδικές σκέψεις ή κοινωνικές προσδοκίες. Τα προγράμματα ενδυνάμωσης προσωπικής ταυτότητας εφαρμόζονται σε ποικίλα πλαίσια, όπως η εκπαίδευση, η ψυχική υγεία και η κοινωνική φροντίδα. Σε εφήβους και νέους ενήλικες,

συμβάλλουν στη διερεύνηση ρόλων και στην πρόληψη ψυχοκοινωνικών δυσκολιών (Kroger, 2007). Σε ενήλικες που βιώνουν επαγγελματική ή προσωπική μετάβαση, λειτουργούν υποστηρικτικά στον επαναπροσδιορισμό στόχων και νοήματος ζωής. Ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας, η ενίσχυση της ταυτότητας έχει συσχετιστεί με θετικές συμπεριφορές αυτοφροντίδας και καλύτερη προσαρμογή σε χρόνιες παθήσεις (Haslam et al., 2009). Συνολικά, τα προγράμματα ενδυνάμωσης προσωπικής ταυτότητας αποτελούν μια ολιστική προσέγγιση ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, η οποία συνδυάζει θεωρητικά μοντέλα, βιωματικές μεθόδους και αναστοχαστικές πρακτικές. Μέσω αυτών, το άτομο ενισχύει την αίσθηση συνέχειας, αυτονομίας και νοήματος, στοιχεία απαραίτητα για την ψυχική ανθεκτικότητα και την ενεργή συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.

Εν κατακλείδι, η αυτοεκτίμηση αποτελεί καθοριστικό ψυχολογικό παράγοντα για την έναρξη, τη διατήρηση και τη διακοπή του καπνίσματος. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση αποδεικνύονται πιο ευάλωτα στην πίεση από τους συνομηλίκους, στη χρήση καπνού ως μηχανισμό για την αντιμετώπιση του άγχους και για την ανάπτυξη εξάρτησης. Η καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης πρέπει να ενδυναμώνεται συστηματικά σε παρεμβάσεις πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος που αποτελεί κεντρικό σημείο για την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

1.3 Εθισμός και εξάρτηση

Ο εθισμός στο κάπνισμα αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα και πολυπαραγοντικά φαινόμενα της δημόσιας υγείας. Η νικοτίνη μια από τις πιο ισχυρά εθιστικές και ψυχοδραστικές ουσίες, δρα σε πολλαπλά επίπεδα: νευροβιολογικό, ψυχολογικό, συμπεριφορικό και κοινωνικό. Οι καπνιστές νιώθουν ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς τσιγάρο κάτι που ενισχύει την ανάγκη για συνεχή χρήση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από 1,1 δισεκατομμύριο άνθρωποι καπνίζουν, ενώ το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί αφού ευθύνεται για πάνω από 8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (WHO, 2023).

Η πρώιμη χρήση του καπνού παρατηρείται χιλιάδες χρόνια πριν στην Αμερικάνικη ήπειρο πολύ πριν την αποίκηση από τους Ευρωπαίους. Πρόσφατα ευρήματα (2021-2022), έδειξαν τα αρχαιότερα κατάλοιπα χρήσης καπνού που χρονολογούνται πριν από περίπου 12.300 χρόνια,

στη Βόρεια Αμερική στη θέση Wishbone της ερήμου Great Saltlake της Utah όπου βρέθηκαν απανθρακωμένοι σπόροι άγριου καπνού (*Nicotiana attenuata*) σε εστία κυνηγών-τροφοσυλλεκτών. (Winter J.C.,2000). Οι ιθαγενείς της Αμερικής χρησιμοποιούσαν τον καπνό σε σαμανικές και θρησκευτικές τελετές, για ιεροτελεστίες και για ιατρικούς σκοπούς (π.χ. ανακούφιση από πόνους, άσθμα κ.λπ.). Η αρχική χρήση περιλάμβανε το κάπνισμα με πίπες, πούρα (κυλινδρικές συσκευές), αλλά και το μάσημα, το «ρουθούνισμα» «snuffing» και τη χρήση σε εχθροπραξίες (Wilbert J.,1987). Το 1492 ο Χριστόφορος Κολόμβος και το πλήρωμα του ήρθαν σε επαφή με τον καπνό στην Κούβα, μεταφέροντας φύλλα καπνίσματος στην Ευρώπη. Η καλλιέργεια επεκτάθηκε στις αποικίες (Virginia, Caribbean). Το εμπόριο καπνού έγινε εξαιρετικά κερδοφόρο καθιστώντας το προϊόν διαθέσιμο σε ευρύτερα κοινωνικά στρώματα. Τα ιστιοφόρα και αργότερα τα ατμόπλοια μετέφεραν τεράστιες ποσότητες καπνού από την Αμερική, στην Ευρώπη και την Ασία. Ο καπνός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα παγκόσμια καταναλωτικά αγαθά. Οι εταιρείες καπνού, όπως η British American Tobacco, δημιούργησαν δίκτυα διανομής σε όλο τον κόσμο. Αρχικά, ο καπνός θεωρήθηκε στην Ευρώπη ως «θαυματουργό φάρμακο» για τον πονοκέφαλο, τον πονόδοντο, τις πληγές ακόμη και για τον καρκίνο σύμφωνα με τον Ισπανό ιατρό Nicolas Monardes (Goodman J.,2005). Ο Γάλλος διπλωμάτης Jean Nicot, από τον οποίο πήρε το όνομα της νικοτίνης, παρουσίασε τον καπνό στη γαλλική αυλή το 1560 ως θεραπευτικό μέσο. Παρά τις ιατρικές χρήσεις, το κάπνισμα εξαπλώθηκε γρήγορα ως μια κοινωνική συνήθεια αρχικά μεταξύ των ναυτικών και αργότερα σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Ο Άγγλος Βασιλιάς Ιάκωβος Α' εξέδωσε το 1604 το δοκίμιο «A counterblaste to Tobacco» στο οποίο περιγράφει το κάπνισμα ως έθιμο επιβλαβές για τους πνεύμονες και τα μάτια. Μάλιστα θεωρείται ένας από τους πρώτους ηγέτες που προσπάθησαν να καταπολεμήσουν το κάπνισμα στην Ευρώπη, αναγνωρίζοντας τις βλαβερές του συνέπειες ήδη από τις αρχές του 17^{ου} αιώνα (Gately I, 2001). Η Βιομηχανική Επανάσταση (18^{ος}-19^{ος} αιώνας) υπήρξε καταλυτικός παράγοντας για τη μετατροπή του καπνίσματος από μια περιορισμένη συνήθεια σε μια παγκόσμια μαζική επιδημία. Το 1880, ο James Bonsack πατεντάρισε την πρώτη πρακτική μηχανή κατασκευής τσιγάρων, η οποία μπορούσε να παράγει 200 τσιγάρα το λεπτό σε σύγκριση με τα λίγα που έφτιαχνε ένας άνθρωπος στο χέρι. Αυτό μείωσε δραματικά το κόστος παραγωγής, καθιστώντας το τσιγάρο προσιτό στις μάζες. Η συγκέντρωση πληθυσμών στα αστικά κέντρα και η δημιουργία βιομηχανικού εργατικού δυναμικού δημιούργησαν νέες κοινωνικές συνήθειες. Το κάπνισμα έγινε μια «γρήγορη» μορφή ανάπαυλας κατά τη διάρκεια των εξαντλητικών ωρών εργασίας. Οι καπνοβιομηχανίες

χρησιμοποίησαν επιθετικές διαφημιστικές μεθόδους συνδέοντας τα τσιγάρα με τον μοντέρνο τρόπο ζωής. Στις μαζικές προωθητικές ενέργειες το κάπνισμα συσχετίζεται με την κοινωνική καταξίωση, την ανεξαρτησία, τον ανδρισμό στους άνδρες, τη θηλυκότητα και τη χειραφέτηση στις γυναίκες. Στον Α και Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οι στρατιώτες λάμβαναν τσιγάρα ως μέρος των μερίδων τους, γεγονός που παγίωσε τη συνήθεια σε εκατομμύρια άνδρες. Στα 1950-1960 τα πρώτα επιστημονικά δεδομένα συνέδεσαν το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα (Doll & Hil, 1954). Έκτοτε η επιστημονική έρευνα εκτοξεύτηκε.

Στη σημερινή εποχή είναι γνωστό ότι το τσιγάρο και ο καπνός που παράγεται από την καύση του αποτελούν ένα από τα πλέον σύνθετα χημικά μίγματα που συναντώνται στην καθημερινότητα. Η διαδικασία καύσης παράγει πάνω από 7.000 χημικές ενώσεις, εκ των οποίων τουλάχιστον 70 είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνες για τον άνθρωπο (WHO, 2023). Πολλές από τις ουσίες αυτές έχουν τοξικότητα τέτοιου επιπέδου που συναντώνται σε βιομηχανικούς διαλύτες, βενζίνες και πίσσα δρόμων (CDC, 2022). Η καύση του τσιγάρου φτάνει θερμοκρασίες έως και 900°C, υπό τις οποίες πραγματοποιείται πυρόλυση του καπνού, μια διαδικασία που δημιουργεί νέες χημικές ενώσεις από θερμική αποδόμηση. Αυτό εξηγεί την τεράστια ποικιλομορφία και την υψηλή τοξικότητα του παραγόμενου καπνού. **Η νικοτίνη** είναι το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό του καπνού και η ουσία που προκαλεί τον εθισμό. Η απορρόφηση της είναι εξαιρετικά γρήγορη, φτάνοντας στον εγκέφαλο σε 10-20 δευτερόλεπτα από την εισπνοή. Προκαλεί ενεργοποίηση νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης και απελευθέρωση ντοπαμίνης που ενισχύει τον εθισμό (Benowitz, 2010). Η ταχεία αυξομείωση των επιπέδων της, σε συνδυασμό με την πυκνή επαναληπτική χρήση διαμορφώνει ένα φαύλο κύκλο ανάγκης και στέρησης. Στον καπνό περιλαμβάνονται μια μεγάλη ομάδα νιτροζαμινών και πολυκυκλικών αρωματικών υδρογονανθράκων (PAHs), που αποτελούν **ισχυρούς καρκινογόνους παράγοντες**. Συγκεκριμένες νιτροζαμίνες όπως η «NNN (N-νιτροσονορνικοτίνη) και η «NNK (νιτροζαμινική κετόνη) είναι από τις πιο τεκμηριωμένα επικίνδυνες ουσίες για καρκινογένεση στον άνθρωπο (Hecht, 2012). Άλλες καρκινογόνες ουσίες του καπνού αποτελούν το βενζόλιο, η φορμαλδεΐδη, το αρσενικό, το χρώμιο, το κάδμιο κ.α. Οι ουσίες αυτές προκαλούν βλάβες στο DNA, επάγουν μεταλλάξεις και οδηγούν σε ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Το Μονοξείδιο του Άνθρακα (CO), είναι άοσμο και άχρωμο αέριο που παράγεται από ατελή καύση. Συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη 250 φορές ισχυρότερα από το οξυγόνο, προκαλώντας υποξία των ιστών και συμβάλλοντας σε καρδιοαναπνευστικές

παθήσεις. Η υψηλή συγκέντρωση «CO» στον καπνό θεωρείται από τους σημαντικότερους μη καρκινογόνους παράγοντες κινδύνου.

Η πίσσα «Tar» είναι μίγμα χιλιάδων βλαβερών ουσιών που σχηματίζονται κατά τη συμπίκνωση του καπνού. Περιέχει Πολυκυκλικούς Αρωματικούς Υδρογονάνθρακες (PAHs), καρκινογόνες αλκαλοειδείς ρητίνες και τοξικές οργανικές ενώσεις. Η πίσσα επιτίθεται στον πνευμονικό ιστό και ευθύνεται για την Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια «ΧΑΠ», καρκινογένεση και περιορισμό της πνευμονικής λειτουργίας. Επιπλέον εμπεριέχονται Πτητικές Οργανικές Ενώσεις (VOCs) που χρησιμοποιούνται ως βιομηχανικοί διαλύτες και είναι αποδεδειγμένα τοξικές.

Ο καπνός είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες που προκαλεί οξειδωτικό στρες στο ανθρώπινο σώμα. Σύμφωνα με διεθνείς αναλύσεις περιέχει πάνω από 10^{15} ελεύθερες ρίζες ανά ρουφηξιά (US Surgeon General, 2020). Αυτές προκαλούν οξείδωση, καταστροφή κυτταρικών μεμβρανών, φλεγμονή και αγγειακή δυσλειτουργία. Επίσης περιέχονται περισσότερες από 600 πρόσθετες ουσίες από τις καπνοβιομηχανίες όπως η αμμωνία που ενισχύει την απορρόφηση νικοτίνης, σάκχαρα και αρωματικές ουσίες που βελτιώνουν τη γεύση, υγραντικά όπως γλυκερίνη, κακάο και γλυκόριζα ως πρόσθετα υφής και γεύσης. Πολλά από αυτά, αν και επιτρέπονται, παράγουν επικίνδυνες ενώσεις κατά την καύση.

Κατά τη καύση του τσιγάρου πραγματοποιείται πυρόλυση και θερμική αποδόμηση. Η θερμοκρασία στην άκρη του αναμμένου τσιγάρου φτάνει τους 850-900°C, ενώ στη ζώνη εισπνοής τους 30-60°C. Αυτή η απότομη θερμική διαφορά οδηγεί σε διασπορά μικροσωματιδίων, σχηματισμό συμπακνωμάτων και μετασχηματισμό προσθέτων σε καρκινογόνες ενώσεις. Το 95% των σωματιδίων έχουν διάμετρο μικρότερη από « $< 2,5 \mu\text{m}$ », επιτρέποντας τη διείσδυση τους βαθιά στις κυψελίδες των πνευμόνων. Το καπνικό αερόλυμα περιέχει ακόμα άλλα αέρια, μικροσταγονίδια και διάφορα άλλα στερεά μικροσωματίδια. Το «pH» του καπνού επηρεάζει την απορρόφηση νικοτίνης. Τα τσιγάρα έχουν όξινο «pH» που βοηθά στην απορρόφηση στους πνεύμονες ενώ τα πούρα έχουν αλκαλικό «pH» που βοηθά στην απορρόφηση στο στόμα. Ο συνδυασμός όλων αυτών των φυσικών και χημικών χαρακτηριστικών οδηγεί σε φλεγμονές, καταστροφή του κροσσώτου επιθηλίου των αεραγωγών, τον περιορισμό του αναπνευστικού, καρκινογένεση και συστηματική τοξικότητα.

Οι Πολυκυκλικοί Αρωματικοί Υδρογονάνθρακες «PAHs» συνδέονται με μεταλλάξεις γονιδίων όπως σε ένα ογκογονίδιο και σε ένα ογκοκατασταλτικό γονίδιο. Τέτοια θεωρούνται το «KRAS» και το «p.53» (Takeda et al., 2025). Τα ογκοκατασταλτικά γονίδια προστατεύουν τον οργανισμό μέσω τριών κύριων μηχανισμών. Ελέγχουν τον κυτταρικό κύκλο, οπότε σταματούν μια διαίρεση όταν εντοπιστούν προβλήματα. Ακόμη επιδιορθώνουν σφάλματα στο «DNA» προτού το κύτταρο προλάβει να το αντιγράψει και δίνουν εντολή «απόπτωσης» σε κύτταρα που έχουν υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη ώστε να μην εξελιχθούν σε καρκινικά (Cleveland clinic.org).

Το παθητικό κάπνισμα είναι πιο τοξικό από τον κύριο καπνό, επειδή παράγεται σε χαμηλότερη θερμοκρασία και περιέχει υψηλότερες συγκεντρώσεις PAHs και VOCs. Παιδιά και έγκυες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο (e-cigarette ή Electronic Nicotine Delivery System – ENDS) έχει προωθηθεί τα τελευταία χρόνια ως εναλλακτικό προϊόν καπνίσματος, ωστόσο ολοένα και περισσότερες επιστημονικές έρευνες αναδεικνύουν ότι ο παραγόμενος ατμός δεν είναι βιολογικά αδρανής. Αντιθέτως, αποτελεί ένα σύνθετο χημικό μίγμα, με ουσίες που δύνανται να επηρεάσουν δυσμενώς το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό και το νευρικό σύστημα (WHO, 2023). Τα βασικά συστατικά των υγρών αναπλήρωσης είναι η προπυλενογλυκόλη (propylene glycol, PG) και η φυτική γλυκερίνη (vegetable glycerin, VG). Παρότι θεωρούνται ασφαλείς για κατάποση, η εισπνοή τους μετά από θέρμανση οδηγεί στη δημιουργία τοξικών καρβονυλικών ενώσεων, όπως η φορμαλδεΰδη, η ακεταλδεΰδη και η ακρολεΐνη, ουσίες με αποδεδειγμένη κυτταροτοξική και ερεθιστική δράση (Jensen et al., 2015· Sleiman et al., 2016). Η παραγωγή αυτών των ουσιών αυξάνεται σημαντικά σε συνθήκες υψηλής ισχύος ή υπερθέρμανσης του πηνίου (“dry puff”). Η νικοτίνη, αν και δεν είναι από μόνη της καρκινογόνος, αποτελεί ισχυρά εθιστική ουσία και συνδέεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου (Benowitz & Burbank, 2016). Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και ατμός χωρίς νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει οξειδωτικό στρες και φλεγμονώδη απόκριση, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι κίνδυνοι δεν περιορίζονται αποκλειστικά στη νικοτίνη (Qasim et al., 2024). Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν οι αρωματικές ουσίες. Πολλές από αυτές, όπως το διακετύλιο (diacetyl), η ακετοΐνη «acetoin» και η 2,3-πεντανοδιώνη «2,3-pentanedione», είναι ασφαλείς για χρήση στη βιομηχανία τροφίμων, όχι όμως για εισπνοή. Η χρόνια εισπνοή διακετυλίου έχει συσχετιστεί με τη βρογχιολίτιδα

obliterans (“popcorn lung”), μια σοβαρή και μη αναστρέψιμη πνευμονική νόσο (Allen et al., 2016). Παρά τους περιορισμούς στη χρήση του, παρόμοιες χημικές ενώσεις εξακολουθούν να ανιχνεύονται σε αρωματισμένα υγρά. Πρόσφατες αναλύσεις έχουν επίσης εντοπίσει βαρέα μέταλλα, όπως μόλυβδο, νικέλιο, χρώμιο και κασσίτερο, στον ατμό ηλεκτρονικών τσιγάρων. Τα μέταλλα αυτά προέρχονται κυρίως από το πηνίο και τα μεταλλικά εξαρτήματα της συσκευής και έχουν ανιχνευθεί τόσο στο αίμα όσο και στα ούρα χρηστών, με συγκεντρώσεις που αυξάνονται ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης (Goniewicz et al., 2018, Zhao et al., 2024). Νεότερες μοριακές και “omics” μελέτες (μεταγραφωμική, πρωτεωμική) δείχνουν ότι οι χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου εμφανίζουν μοριακά προφίλ φλεγμονής και ανοσολογικής ενεργοποίησης παρόμοια με εκείνα των καπνιστών συμβατικών τσιγάρων, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η ένταση των μεταβολών είναι μικρότερη (Song et al., 2024). Τα ευρήματα αυτά αμφισβητούν την άποψη ότι το άτμισμα αποτελεί βιολογικά ουδέτερη πρακτική. Ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι μελέτες για την πνευμονική βλάβη που σχετίζεται με το άτμισμα (EVALI). Μετά το 2020, ερευνητικά δεδομένα επιβεβαίωσαν τον ρόλο της οξικής βιταμίνης E (vitamin E acetate), κυρίως σε προϊόντα “THC Vapes”, στην πρόκληση σοβαρής φλεγμονώδους βλάβης των πνευμόνων, μέσω διαταραχής της λειτουργίας των κυψελιδικών μακροφάγων (Blount et al., 2020· Madison et al., 2025). Συνολικά, οι νεότερες έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι ακίνδυνο. Παρότι ενδέχεται να έχει περιορισμένο ρόλο ως μεταβατικό εργαλείο διακοπής του καπνίσματος σε ενήλικες καπνιστές, η μακροχρόνια χρήση του συνδέεται με χημική έκθεση που δύναται να προκαλέσει φλεγμονή, καρδιαγγειακή δυσλειτουργία και πιθανώς καρκινογένεση. Ως εκ τούτου, η χρήση του δεν μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής εναλλακτική, ιδίως για μη καπνιστές, νέους και ευάλωτους πληθυσμούς.

Σημαντικό ορόσημο αποτελεί η εκτενής αυστραλιανή ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε το 2026 από ερευνητές του University of New South Wales (UNSW Sydney), σε συνεργασία με ογκολογικούς και δημόσιους υγειονομικούς φορείς. Η μελέτη αυτή αξιολόγησε περισσότερες από 100 εργαστηριακές, πειραματικές και κλινικές μελέτες της περιόδου 2017–2025 και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων με νικοτίνη είναι «βιολογικά συμβατή με την πρόκληση καρκίνου», κυρίως στους ιστούς του πνεύμονα και της στοματικής κοιλότητας (Banks et al., 2026). Οι συγγραφείς της ανασκόπησης υπογραμμίζουν ότι, παρότι τα επιδημιολογικά δεδομένα για την εμφάνιση καρκίνου στον άνθρωπο είναι ακόμη

περιορισμένα λόγω της σχετικά πρόσφατης διάδοσης του “vaping”, η αξιολόγηση της καρκινογένεσης δεν βασίζεται αποκλειστικά στην καταγραφή περιστατικών, αλλά και στην τεκμηρίωση γνωστών βιολογικών μηχανισμών. Στο πλαίσιο αυτό, επισημαίνεται ότι ο ατμός ηλεκτρονικού τσιγάρου προκαλεί βλάβες στο DNA, αυξημένο οξειδωτικό στρες, χρόνια φλεγμονή και επιγενετικές μεταβολές - διεργασίες που θεωρούνται θεμελιώδεις στην πολυσταδιακή καρκινογένεση (Banks et al., 2026, Cancer Council NSW, 2025). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη χημική σύσταση του αερολύματος. Αυστραλιανές εργαστηριακές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την παρουσία καρκινογόνων ή δυνητικά καρκινογόνων ουσιών, όπως φορμαλδεΰδη, ακεταλδεΰδη και ακρολεΐνη, οι οποίες προκύπτουν από τη θερμική αποδόμηση της προπυλενογλυκόλης και της φυτικής γλυκερίνης (Pisinger & Døssing, 2024). Η φορμαλδεΰδη, ειδικότερα, έχει ταξινομηθεί από τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για τον Καρκίνο “IARC” ως καρκινογόνος ουσία «Ομάδας 1» και έχει αποδειχθεί ότι σχηματίζει προσδέσεις στο DNA, οι οποίες δύναται να οδηγήσουν σε μεταλλάξεις εφόσον δεν επιδιορθωθούν επαρκώς. Παράλληλα, μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην αυστραλιανή ανασκόπηση κατέγραψαν την ανίχνευση βαρέων μετάλλων, όπως νικέλιο, χρώμιο και μόλυβδος, στον ατμό και σε βιολογικά δείγματα χρηστών. Τα μέταλλα αυτά είναι γνωστό ότι συμμετέχουν στην καρκινογένεση μέσω πρόκλησης οξειδωτικού στρες, γονιδιωματικής αστάθειας και χρόνιας φλεγμονής, ενώ ορισμένα εξ αυτών έχουν αναγνωριστεί ως καρκινογόνα για τον άνθρωπο (Goniewicz et al., 2018, AIHW, 2024). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μοριακές μελέτες σε ανθρώπινους χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία τα τελευταία έτη. Αναλύσεις γονιδιακής έκφρασης και επιγενετικών δεικτών σε κύτταρα του στοματικού και αναπνευστικού επιθηλίου έδειξαν ενεργοποίηση φλεγμονωδών και ογκογονικών μονοπατιών, καθώς και καταστολή μηχανισμών επιδιόρθωσης DNA. Τα πρότυπα αυτά εμφανίζουν σαφείς ομοιότητες με εκείνα των καπνιστών συμβατικών τσιγάρων, αν και συχνά σε μικρότερη ένταση, γεγονός που υποδηλώνει κοινές καρκινογενετικές οδούς (Song et al., 2024). Συνολικά, η νεότερη αυστραλιανή επιστημονική βιβλιογραφία συγκλίνει στο συμπέρασμα ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο ενεργοποιεί πολλαπλούς μηχανισμούς που είναι γνωστό ότι συμμετέχουν στην καρκινική διεργασία. Παρότι απαιτούνται μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες για την πλήρη ποσοτικοποίηση του κινδύνου, τα υπάρχοντα μοριακά, πειραματικά και κλινικά δεδομένα επαρκούν για να τεκμηριώσουν σοβαρή ανησυχία ως προς την καρκινογόνο δυναμική του «vaping».

Ο εθισμός στη νικοτίνη αποτελεί ένα από τα πιο καλά τεκμηριωμένα παραδείγματα νευροβιολογικής εξάρτησης. Η νικοτίνη επιδρά άμεσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και ενεργοποιεί νευρικές οδούς που εμπλέκονται στο σύστημα ανταμοιβής, στη συμπεριφορά και στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Εξαιτίας αυτών των μηχανισμών, η νικοτίνη θεωρείται συγκρίσιμη ή και ισχυρότερη ως προς το επίπεδο εθισμού, με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες όπως η κοκαΐνη και η ηρωίνη (Benowitz, 2010). Η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα μέσω των πνευμόνων, του στοματικού βλεννογόνου (πούρα / ηλεκτρονικά τσιγάρα) και του δέρματος (patches), ενώ εντός 10-20 δευτερολέπτων φτάνει στον εγκέφαλο (NIDA,2022). Η υψηλή αυτή ταχύτητα δικαιολογεί το έντονο αίσθημα επιβράβευσης, την ενδυνάμωση της συμπεριφοράς και την ευκολία για την εγκατάσταση εθισμού. Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης είναι περίπου 2 ώρες γιατί οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν κάθε 1-2 ώρες για να αποφύγουν τη στέρηση. Η δράση της νικοτίνης είναι πρωτίστως στο Μεσολιμβικό Ντοπαμινεργικό Σύστημα «MDS» που αποτελεί το βασικότερο νευρικό υπόστρωμα ανταμοιβής και ευχαρίστησης επειδή συνδέει την Κοιλιακή Επικαλυπτική Περιοχή «VTA» με τον Επικλινή Πυρήνα « Nucleus Accumbens, NAc». Στην «VTA» η νικοτίνη ενεργοποιεί τους υποδοχείς ακετυλοχολίνης (nAChRs) οι οποίοι ακολούθως προκαλούν αυξημένη πυροδότηση ντοπαμινεργικών νευρώνων, μαζική απελευθέρωση ντοπαμίνης στον NAc, αίσθηση ευχαρίστησης και ενισχυμένης ανταμοιβής. Αυτός είναι ο πυρήνας του εθισμού. Ο προμετωπιαίος φλοιός είναι αυτός που ελέγχει τη λήψη αποφάσεων, βοηθάει στον αυτοέλεγχο και αναστέλλει τη λειτουργία κάποιων συμπεριφορών. Η μακροχρόνια χρήση νικοτίνης, περιστέλλει τη λειτουργικότητα του προμετωπιαίου φλοιού «PFC», δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο την αυτοσυγκράτηση και τη διακοπή (APA, 2013).

Οι νικοτινικοί Υποδοχείς Ακετυλοχολίνης “nAChRs” είναι ιοντικοί υποδοχείς που αποτελούνται από 5 υπομονάδες. Οι σημαντικότερες υπομονάδες που εμπλέκονται με τον εθισμό είναι η “ **$\alpha 4\beta 2$** ”, που βρίσκεται σε υψηλή συγκέντρωση στο “VTA” και έχει μεγάλη συγγένεια με τη νικοτίνη, η **$\alpha 7$** που εμπλέκεται στη νευροφλεγμονή, η **$\alpha 5$** που συνδέεται με γενετική προδιάθεση λόγω του γονιδίου “CHRNA5” (Cholinergic Receptor Nicotinic Alpha 5 Subunit). Η νικοτίνη δρα ανοίγοντας τους διαύλους ιόντων, επιτρέπει εισροή κατιόντων Νατρίου “ Na^{+} ” και δισθενών κατιόντων ασβεστίου “ Ca^{2+} ” προάγει την νευρωνική εκφόρτιση και οδηγεί στην απελευθέρωση ντοπαμίνης. Με τη χρόνια χρήση, οι υποδοχείς πληθαίνουν σε αριθμό ωστόσο ελαττώνεται η ευαισθησία τους. Μέσω των μηχανισμών Νευροπροσαρμογής,

λόγω της επαναλαμβανόμενης χρήσης ο εγκέφαλος εξοικειώνεται στη διαρκή παρουσία νικοτίνης αυξάνοντας τον αριθμό των νικοτινικών υποδοχέων (up-regulation of nAChRs) ως απάντηση στην υπερδιέγερση μειώνοντας παράλληλα την ευαισθησία τους, κάτι που αποτελεί χαρακτηριστικό μοτίβο εξάρτησης (NIH,2021). Επιπλέον ελαττώνει την φυσιολογική απελευθέρωση ντοπαμίνης ενώ ενισχύονται μόνιμα οι συνάψεις που σχετίζονται με το κάπνισμα (Long-Term Potentiation-LTP). Η ενεργοποίηση των α4β2 υποδοχέων αυξάνει την πυροδότηση των ντοπαμινεργικών νευρώνων μέσω της άμεσης διέγερσης “VTA → NAc”. Η έκκριση ντοπαμίνης που προκαλείται ενισχύει το αίσθημα της ανταμοιβής, αυξάνει την παρακίνηση και δημιουργεί έντονη επιθυμία «craving». Η νικοτίνη επίσης μειώνει τη δράση του «GABA» (Gamma-aminobutyric acid) που είναι ο κύριος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, κάτι που λειτουργεί ως τροχοπέδη του εγκεφάλου ελαττώνοντας τη δραστηριότητα των νευρών και προσφέροντας ηρεμία. Μέσω της αναστολής της απελευθέρωσης «GABA», επιτυγχάνεται εκτενέστερη ενεργοποίηση ντοπαμινεργικών κυκλωμάτων μείωση εκλογίκευσης, αυτοελέγχου και αύξηση της παρορμητικότητας. Ο εθισμός καθίσταται ως ένα νευροχημικό φαινόμενο και όχι απλά ως μια συνήθεια.

Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι ρόλο για τον εθισμό διαδραματίζει το γλουταμινικό διότι ενισχύει τις γλουταμινεργικές συνάψεις “VTA → NAc” και προκαλεί μακροχρόνια ενδυνάμωση και σταθεροποίηση της μνήμης συμπεριφοράς καπνίσματος. Έτσι ο εγκέφαλος «διδάσκεται» το κάπνισμα ως μια προτιμώμενη συμπεριφορά, ένας μηχανισμός παρόμοιος με αυτόν των ναρκωτικών όπως η κοκαΐνη (NIH, 2023). Όταν τα επίπεδα νικοτίνης στην κυκλοφορία του αίματος πέφτουν, εμφανίζονται ευερεθιστότητα, άγχος, δυσφορία, αυξημένη όρεξη, ανικανότητα συγκέντρωσης και έντονη επιθυμία «craving». Τα συμπτώματα κορυφώνονται μετά από 24-72 ώρες. Τα στερητικά σύνδρομα νικοτίνης είναι από τα ισχυρότερα συγκριτικά με άλλες ουσίες (APA, 2013). Η νικοτίνη ενισχύει τη μάθηση συνήθειας μέσω γλουταμινικού και ντοπαμίνης μέσω της σύνδεσης του καπνίσματος με το περιβάλλον π.χ. παρέες καπνιστών, με καταστάσεις (στρες, χαλάρωση), με δραστηριότητες (καφές, αλκοόλ, φαγητό) και συναισθήματα (μοναξιά, ευφορία). Αυτή η «παβλοφική μάθηση» δημιουργεί μνημονικά ίχνη στον ιππόκαμπο και στην αμυγδαλή του εγκεφάλου που ενεργοποιούνται ακόμη και μήνες μετά τη διακοπή και αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα υποτροπής (NIDA,2022). Η νικοτίνη προκαλεί κατάρρευση του αυτοελέγχου επειδή προκαλεί δυσλειτουργίες στον προμετωπιαίο φλοιό που σχετίζεται με τον έλεγχο και τη λήψη

αποφάσεων, τον ιππόκαμπο που σχετίζεται με τη μνήμη και την αμυγδαλή που αφορά το φόβο και άλλα συναισθήματα. Όλος αυτός ο μηχανισμός οδηγεί σε αυξημένη παρορμητικότητα, μειωμένο αυτοέλεγχο και αύξηση της τάσης για υποτροπή. Η νικοτίνη διεγείρει τον άξονα «Υποθάλαμος → Υπόφυση → Επινεφρίδια» (HPA axis) οδηγεί σε απελευθέρωση κορτιζόλης και αυξημένη ανταπόκριση στο στρες, οπότε το κάπνισμα αναζητάται σαν λύση για μείωση του άγχους. Αυτό εξηγεί πώς στην πραγματικότητα το κάθε τσιγάρο δημιουργεί την ψευδαίσθηση ότι μειώνει προσωρινά το στρες, επειδή ανακουφίζει τα στερητικά συμπτώματα και όχι επειδή προσφέρει ουσιαστική ηρεμία και γαλήνη.

Μελέτες συσχέτισης γονιδιώματος «GWAS» δείχνουν ισχυρή εμπλοκή από τη συνέργεια των γονιδίων «CHRNA5/CHRNA3/CHRNA4» που επηρεάζουν την προδιάθεση εξάρτησης. Ακόμη του γονιδίου «CYP2A6» που καθορίζει την ταχύτητα μεταβολισμού και των «DRD2, DRD4 και DAT1» που καθορίζουν την ευαισθησία στην ντοπαμίνη. Τέλος το «5-HTTLPR» που αφορά την διαχείριση άγχους και τη ρύθμιση του συναισθήματος ηρεμίας. Μέχρι και το 70% της ευαλωτότητας μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες (WHO,2023, NIDA,2022).

Νευροαπεικονιστικές μελέτες “PET” και “fMRI” δείχνουν μειωμένη ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού (PFC-Prefrontal Cortex) στους καπνιστές που συνεπάγεται με μειωμένο αυτοέλεγχο. Επίσης παρατηρείται υπερενεργοποίηση NAc ειδικά όταν παρατηρείται έντονη επιθυμία “craving”. Ακόμη παρατηρούνται αλλαγές στη λευκή ουσία που υποδεικνύει μείωση των γνωσιακών λειτουργιών. Η ενίσχυση των συνδέσεων “VTA-NAc” οδηγούν στην εγκαθίδρυση και την σταθεροποίηση του εθισμού. Αυτές οι αλλαγές παραμένουν για μήνες έως και για χρόνια μετά τη διακοπή. Τα ευρήματα από τις διαγνωστικές απεικονίσεις σε καπνιστές τεκμηριώνουν, ότι ο εθισμός συνιστά εγκεφαλική διαταραχή με μετρήσιμες αλλοιώσεις σε επίπεδο υποδοχέων, συνδέσεων και ηλεκτροφυσιικών λειτουργιών (Koob & Volkow, 2016).

1.4 Συνήθεια και κοινωνική επιρροή

Το κάπνισμα μπορεί να είναι αποτέλεσμα κοινωνικής επιρροής ή μίμησης, ειδικά σε νεαρή ηλικία. Η συνήθεια ενισχύεται από το περιβάλλον όπως οικογένεια, φίλοι ή συνάδελφοι στον εργασιακό χώρο. Επίσης αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες και ανθεκτικές εθιστικές συμπεριφορές στη σύγχρονη κοινωνία και εξακολουθεί να συνιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο. Παρά τη μακροχρόνια επιστημονική

τεκμηρίωση των σοβαρών επιπτώσεών του στην υγεία και την εφαρμογή αντικαπνιστικών πολιτικών, μεγάλα τμήματα του πληθυσμού συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ οι προσπάθειες διακοπής συχνά αποτυγχάνουν. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι το κάπνισμα δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά ως αποτέλεσμα άγνοιας ή έλλειψης αυτοελέγχου, αλλά ως προϊόν σύνθετων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών μηχανισμών (World Health Organization, 2023).

Η κατανόηση του καπνίσματος ως μαθημένης συνήθειας αποτελεί θεμελιώδη άξονα της ψυχολογικής ερμηνείας της συμπεριφοράς. Παρ'όλο που η νικοτίνη δημιουργεί σωματική εξάρτηση, πλήθος ερευνητικών δεδομένων δείχνει ότι η συμπεριφορική και ψυχολογική διάσταση της συνήθειας διαδραματίζει εξίσου, αν όχι περισσότερο, καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση του καπνίσματος (Wood & Runger, 2016, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Σύμφωνα με τον συμπεριφορισμό, η ανθρώπινη συμπεριφορά διαμορφώνεται μέσω μηχανισμών μάθησης, οι οποίες βασίζονται στη σύνδεση ερεθισμάτων και αντιδράσεων καθώς και στις συνέπειες της συμπεριφοράς (Skinner, 1953). Το κάπνισμα στο πλαίσιο αυτό, νοείται ως επίκτητη συμπεριφορά που ενισχύεται συστηματικά κατά τη διάρκεια του χρόνου. Η αρχική εμπλοκή με το κάπνισμα μπορεί να συνοδεύεται από δυσάρεστες σωματικές αντιδράσεις, ωστόσο μέσω της επανάληψης και της κοινωνικής ενίσχυσης, το άτομο μαθαίνει να συσχετίζει το κάπνισμα με θετικά ή ανακουφιστικά αποτελέσματα, οδηγούμενο σταδιακά στη σταθεροποίηση της συμπεριφοράς. Η διατήρηση του καπνίσματος εξηγείται σε μεγάλο βαθμό μέσω της **συντελεστικής μάθησης** (Skinner, 1972). Ειδικότερα παρατηρείται **θετική ενίσχυση** όταν το κάπνισμα συνοδεύεται από ευχάριστα αποτελέσματα όπως αίσθηση ευχαρίστησης, χαλάρωσης, συγκέντρωσης ή κοινωνικής ένταξης. Επιπλέον παρατηρείται **αρνητική ενίσχυση** όταν το κάπνισμα μειώνει δυσάρεστες καταστάσεις όπως άγχος, μελαγχολία, ένταση, θυμός ή συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη. Η αρνητική ενίσχυση θεωρείται ιδιαίτερα ισχυρή, καθώς το άτομο μαθαίνει ότι το τσιγάρο λειτουργεί ως μέσο ανακούφισης από την ψυχολογική δυσφορία (Beck et al., 1993, Κοκκέβη, 2010). Με αυτόν τον τρόπο, το κάπνισμα παγιώνεται ως βασικός μηχανισμός αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Πέρα από τη συντελεστική μάθηση, η κλασική εξάρτηση συμβάλλει καθοριστικά στη δημιουργία της καπνιστικής συνήθειας (Pavlov, 1927). Ουδέτερα ερεθίσματα του περιβάλλοντος συνδέονται επανειλημμένα με το κάπνισμα και αποκτούν τη δύναμη να προκαλούν έντονη λαχτάρα και επιθυμία «craving». Τέτοια ερεθίσματα μπορεί να είναι ο καφές, το φαγητό, τα διαλείμματα εργασίας, κοινωνικές συναναστροφές, συγκεκριμένοι χώροι ή ώρες της ημέρας. Σταδιακά, τα

ερεθίσματα αυτά λειτουργούν ως αυτόματοι πυροδότες της συμπεριφοράς ακόμη και όταν το άτομο δεν βιώνει έντονη σωματική ανάγκη για νικοτίνη (Wood & Runger, 2016). Το φαινόμενο αυτό εξηγεί γιατί πολλοί καπνιστές αναφέρουν έντονη επιθυμία σε συγκεκριμένες καταστάσεις, παρά τη συνειδητή πρόθεση διακοπής. Σύγχρονες θεωρίες συνήθειας υποστηρίζουν ότι με την επανάληψη, η συμπεριφορά καθίσταται αυτοματοποιημένη, δηλαδή εκτελείται με ελάχιστη ή καθόλου συνειδητή επεξεργασία. Στο στάδιο αυτό, το κάπνισμα δεν αποτελεί πλέον προϊόν συνειδητής απόφασης αλλά αντίδραση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η αυτοματοποίηση αυτή μειώνει τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο του ατόμου και ενισχύει την αίσθηση αδυναμίας διακοπής.

Ένα κρίσιμο σημείο είναι ότι η καπνιστική συνήθεια μπορεί να διατηρείται ανεξάρτητα από τη σωματική εξάρτηση. Πολλοί πρώην καπνιστές αναφέρουν ότι οι δυσκολίες διακοπής σχετίζονται περισσότερο με τις καθιερωμένες ρουτίνες και τα καθημερινά μοτίβα παρά με τη σωματική ανάγκη για νικοτίνη (Κοκκέβη, 2010). Η διάκριση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, καθώς η επιτυχής διακοπή προϋποθέτει αποδόμηση των παγιωμένων συνηθειών, αναδιαμόρφωση νέων μοτίβων και τροποποίηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.

Η κοινωνική επιρροή αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, καθώς το κάπνισμα εντάσσεται σε ένα πλέγμα διαπροσωπικών σχέσεων, κοινωνικών κανόνων και πολιτισμικών αναπαραστάσεων. Η κοινωνική ψυχολογία έχει αναδείξει ότι οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ατόμων επηρεάζονται ουσιαστικά από την πραγματική ή φανταστική παρουσία άλλων, μέσω μηχανισμών κανονιστικής και πληροφοριακής επιρροής, αλλά και μέσω της εσωτερίκευσης κοινωνικών κανόνων (Cialdini & Goldstein, 2004, Μακρή & Μπότσαρη, 2005). Στο πλαίσιο αυτό, το κάπνισμα συχνά εμφανίζεται ως κοινωνικά αποδεκτή ή ακόμα και αναμενόμενη συμπεριφορά, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου η συχνότητα του είναι υψηλή. Η κοινωνική διάσταση του καπνίσματος καθίσταται εμφανής ήδη από τα πρώτα στάδια επαφής του ατόμου με το τσιγάρο. Η έναρξη του καπνίσματος παρατηρείται συχνά κατά την εφηβική ηλικία, μια κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο κατά την οποία το άτομο αναζητά την κοινωνική του ταυτότητα και επιδιώκει την αποδοχή από το περιβάλλον του. Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο και θεμελιώδες πλαίσιο κοινωνικοποίησης. Όταν το κάπνισμα είναι παρόν στο οικογενειακό περιβάλλον, τείνει να γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική και κοινωνικά αποδεκτή πρακτική.

Στην Ελλάδα, το κάπνισμα εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρά τη βελτίωση του θεσμικού πλαισίου και την ενίσχυση των αντικαπνιστικών ελέγχων. Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, σημαντικό ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού εξακολουθεί να καπνίζει, γεγονός που υπογραμμίζει τη βαθιά κοινωνική ενσωμάτωση της συμπεριφοράς αυτής (ΕΟΔΥ, 2023). Η κατανόηση του φαινομένου απαιτεί, επομένως, μια ολιστική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τον ρόλο της συνήθειας και της κοινωνικής επιρροής στη διαμόρφωση και διατήρηση του καπνίσματος.

Η κοινωνική διάσταση του καπνίσματος καθίσταται εμφανής ήδη από τα πρώτα στάδια επαφής του ατόμου με το τσιγάρο. Η έναρξη του καπνίσματος παρατηρείται συχνά κατά την εφηβική ηλικία, μια κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο κατά την οποία το άτομο αναζητά την κοινωνική του ταυτότητα και επιδιώκει την αποδοχή από το περιβάλλον του.

Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο και θεμελιώδες πλαίσιο κοινωνικοποίησης. Όταν το κάπνισμα είναι παρόν στο οικογενειακό περιβάλλον, τείνει να γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική και κοινωνικά αποδεκτή πρακτική. Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο και πλέον σταθερό πλαίσιο κοινωνικοποίησης, μέσα στο οποίο διαμορφώνονται βασικές στάσεις απέναντι στην υγεία και τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων λειτουργεί όχι μόνο ως άμεσο πρότυπο μίμησης αλλά και ως έμμεσο μήνυμα κοινωνικής αποδοχής του καπνίσματος. Παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες όπου το κάπνισμα είναι συχνό τείνουν να αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά ως φυσιολογική και λιγότερο επικίνδυνη, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης της σε μεταγενέστερα στάδια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Η οικογενειακή επιρροή αλληλεπιδρά με άλλους παράγοντες, όπως το επίπεδο γονικής εποπτείας και η ποιότητα της επικοινωνίας, διαμορφώνοντας ένα ευρύτερο πλαίσιο στάσεων και προσδοκιών. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης υποστηρίζει ότι τα άτομα μαθαίνουν συμπεριφορές μέσω της παρατήρησης και της μίμησης προτύπων που θεωρούν σημαντικά ή αξιόπιστα (Bandura, 1986). Στο πλαίσιο αυτό, η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων ή άλλων σημαντικών προσώπων λειτουργεί ως έμμεσο μήνυμα αποδοχής του καπνίσματος, ακόμη και όταν συνοδεύεται από λεκτικές προειδοποιήσεις. Η πρόωμη αυτή εξοικείωση μειώνει την αντίληψη του κινδύνου και αυξάνει την πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος σε μεταγενέστερη ηλικία. Στην ελληνική κοινωνία, όπου το κάπνισμα είχε επί δεκαετίες έντονη κοινωνική παρουσία, η έκθεση των παιδιών σε καπνιστικά πρότυπα εντός της

οικογένειας συνέβαλε στη φυσικοποίηση της συμπεριφοράς αυτής (Μακρής & Παπαϊωάννου, 2019).

Καθώς το άτομο εισέρχεται στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, ο ρόλος των συνομηλίκων καθίσταται ιδιαίτερα καθοριστικός. Η ανάγκη κοινωνικής αποδοχής και ένταξης σε ομάδες οδηγεί συχνά στην υιοθέτηση συμπεριφορών που ενισχύουν τη συνοχή και την ταυτότητα της ομάδας (Χατζηχρήστου, 2011). Το κάπνισμα μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο κοινωνικής ένταξης ή ως συμβολική επιβεβαίωση ανεξαρτησίας και ωριμότητας. Κατά την εφηβεία, η επιρροή των συνομηλίκων αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα και συχνά υπερτερεί της οικογενειακής επιρροής. Η ανάγκη ένταξης σε κοινωνικές ομάδες, η επιθυμία αποδοχής και ο φόβος κοινωνικού αποκλεισμού οδηγούν πολλούς νέους στην υιοθέτηση συμπεριφορών που κυριαρχούν στο φιλικό τους περιβάλλον. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη καπνιστών φίλων αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες έναρξης του καπνίσματος (Conrad, Flay & Hill, 1992). Στο ελληνικό κοινωνικό πλαίσιο, η επιρροή των συνομηλίκων συνδέεται συχνά με τη χρήση του καπνίσματος ως μέσου κοινωνικοποίησης και διαμόρφωσης κοινωνικής ταυτότητας (Χατζηχρήστου & Μπίκος, 2017).

Πέρα από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, σημαντική επιρροή ασκεί και η ευρύτερη κοινωνική και πολιτισμική κουλτούρα. Για δεκαετίες, το κάπνισμα προβαλλόταν μέσω της διαφήμισης και των μέσων μαζικής ενημέρωσης ως σύμβολο ανεξαρτησίας, ωριμότητας και κοινωνικής επιτυχίας. Αν και οι άμεσες διαφημίσεις καπνικών προϊόντων έχουν περιοριστεί, οι πολιτισμικές αναπαραστάσεις του καπνίσματος εξακολουθούν να επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων, ιδίως των νέων (Wakefield, Loken & Hornik, 2010). Η κοινωνική κανονικοποίηση του καπνίσματος μειώνει την αντίληψη του κινδύνου και διευκολύνει τη διατήρηση της συμπεριφοράς.

Η κανονιστική κοινωνική πίεση δεν εκδηλώνεται πάντοτε άμεσα, αλλά συχνά μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και της αντίληψης ότι το κάπνισμα αποτελεί κοινή και αποδεκτή πρακτική. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς διαδραματίζουν και οι ευρύτεροι κοινωνικοί κανόνες. Αφού το άτομο ξεκινήσει το κάπνισμα, η επαναλαμβανόμενη χρήση οδηγεί σταδιακά στη μετατροπή της συμπεριφοράς σε συνήθεια. Η νικοτίνη προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση μέσω της ενεργοποίησης του συστήματος ανταμοιβής του εγκεφάλου, ενισχύοντας την ανάγκη για επανάληψη της συμπεριφοράς (Benowitz, 2010). Ωστόσο, η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν περιορίζεται μόνο στη χημική δράση της νικοτίνης. Το τσιγάρο ενσωματώνεται στην καθημερινότητα του ατόμου

και συνδέεται με συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως η κατανάλωση καφέ, τα διαλείμματα εργασίας και η κοινωνική συναναστροφή.

Η θεωρία των συνηθειών υποστηρίζει ότι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές σε σταθερά πλαίσια τείνουν να αυτοματοποιούνται και να εκτελούνται χωρίς συνειδητό έλεγχο (Wood & Neal, 2007). Στην περίπτωση του καπνίσματος, το άτομο συχνά ανάβει τσιγάρο μηχανικά, χωρίς προηγούμενη συνειδητή απόφαση. Η αυτοματοποίηση αυτή καθιστά το κάπνισμα ιδιαίτερα ανθεκτικό στην αλλαγή και εξηγεί γιατί πολλοί καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν ακόμη και όταν γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες.

Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς διαδραματίζει και η λειτουργία του καπνίσματος ως μηχανισμού συναισθηματικής ρύθμισης. Πολλοί καπνιστές αντιλαμβάνονται το τσιγάρο ως μέσο χαλάρωσης ή αντιμετώπισης του άγχους, παρότι επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι το κάπνισμα συχνά συντηρεί τον κύκλο του άγχους μέσω της εξάρτησης και της στέρησης. Έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό αναδεικνύουν τη σημασία ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως το άγχος και η κοινωνική πίεση, στη διατήρηση του καπνίσματος (Κυριαζής & Καραδήμας, 2018).

Η κοινωνική επιρροή συνεχίζει να παίζει καθοριστικό ρόλο και στη φάση της διατήρησης του καπνίσματος. Τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να ενισχύσουν ή να αποδυναμώσουν τη συμπεριφορά, καθώς το κάπνισμα τείνει να εμφανίζεται σωρηδόν μέσα σε κοινωνικές ομάδες (Christakis & Fowler, 2008). Όταν το κάπνισμα αποτελεί κοινή πρακτική στο κοινωνικό περιβάλλον, η προσπάθεια διακοπής γίνεται δυσκολότερη.

Αντίθετα, η αλλαγή κοινωνικού πλαισίου και η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων μπορούν να λειτουργήσουν καταλυτικά στη διακοπή του καπνίσματος. Στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, η ελληνική πολιτεία έχει αναπτύξει στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου του καπνίσματος, με έμφαση στην αλλαγή κοινωνικών στάσεων και την ενίσχυση της πρόληψης από νεαρή ηλικία (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Συμπερασματικά, το κάπνισμα αποτελεί μια πολυδιάστατη συμπεριφορά που διαμορφώνεται και διατηρείται μέσω της στενής αλληλεπίδρασης της συνήθειας και της κοινωνικής επιρροής. Η αποτελεσματική αντιμετώπισή του απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τη βιολογική εξάρτηση όσο και το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει και δρα το άτομο.

Στην Ελλάδα, το κάπνισμα εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρά τη βελτίωση του θεσμικού πλαισίου και την ενίσχυση των

αντικαπνιστικών ελέγχων. Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, σημαντικό ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού εξακολουθεί να καπνίζει, γεγονός που υπογραμμίζει τη βαθιά κοινωνική ενσωμάτωση της συμπεριφοράς αυτής (ΕΟΔΥ, 2023). Η κατανόηση του φαινομένου απαιτεί, επομένως, μια ολιστική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τον ρόλο της συνήθειας και της κοινωνικής επιρροής στη διαμόρφωση και διατήρηση του καπνίσματος. Στην ελληνική κοινωνία, όπου το κάπνισμα είχε επί δεκαετίες έντονη κοινωνική παρουσία, η έκθεση των παιδιών σε καπνιστικά πρότυπα εντός της οικογένειας συνέβαλε στη φυσικοποίηση της συμπεριφοράς αυτής (Μακρής & Παπαϊωάννου, 2019).

Η Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1977), προσφέρει ένα ιδιαίτερα εύστοχο ερμηνευτικό πλαίσιο, υποστηρίζοντας ότι τα άτομα μαθαίνουν νέες συμπεριφορές μέσω παρατήρησης και μίμησης προτύπων που θεωρούνται σημαντικά ή κοινωνικά επιτυχημένα. Στην περίπτωση του καπνίσματος τα πρότυπα αυτά μπορεί να είναι οι γονείς, φίλοι, συνομήλικοι, καθώς και πρόσωπα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Όταν το κάπνισμα συνοδεύεται από κοινωνική αποδοχή ή συνδέεται με θετικά χαρακτηριστικά, όπως η ωριμότητα, η χαλάρωση ή η κοινωνικότητα, η πιθανότητα μίμησης του αυξάνεται σημαντικά. Ελληνικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η παρουσία καπνιστών στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον συνδέεται στενά με την έναρξη του καπνίσματος, ιδιαίτερα στην εφηβεία (Κοκκέβη & Richardson, 2007, Φαράντος & Παναγιωτόπουλος, 2014).

Καθώς το άτομο εισέρχεται στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, ο ρόλος των συνομηλίκων καθίσταται ιδιαίτερα καθοριστικός. Αφού το άτομο ξεκινήσει το κάπνισμα, η επαναλαμβανόμενη χρήση οδηγεί σταδιακά στη μετατροπή της συμπεριφοράς σε συνήθεια. Η νικοτίνη προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση μέσω της ενεργοποίησης του συστήματος ανταμοιβής του εγκεφάλου, ενισχύοντας την ανάγκη για επανάληψη της συμπεριφοράς (Benowitz, 2010). Ωστόσο, η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν περιορίζεται μόνο στη χημική δράση της νικοτίνης. Το τσιγάρο ενσωματώνεται στην καθημερινότητα του ατόμου και συνδέεται με συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως η κατανάλωση καφέ, τα διαλείμματα εργασίας και η κοινωνική συναναστροφή. Η θεωρία των συνηθειών υποστηρίζει ότι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές σε σταθερά πλαίσια τείνουν να αυτοματοποιούνται και να εκτελούνται χωρίς συνειδητό έλεγχο (Wood & Neal, 2007). Στην περίπτωση του καπνίσματος, το άτομο συχνά ανάβει τσιγάρο μηχανικά, χωρίς προηγούμενη συνειδητή απόφαση. Η αυτοματοποίηση αυτή καθιστά το κάπνισμα ιδιαίτερα ανθεκτικό στην αλλαγή και εξηγεί γιατί πολλοί καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν ακόμη και όταν γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες.

Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς διαδραματίζει και η λειτουργία του καπνίσματος ως μηχανισμού συναισθηματικής ρύθμισης. Πολλοί καπνιστές αντιλαμβάνονται το τσιγάρο ως μέσο χαλάρωσης ή αντιμετώπισης του άγχους, παρότι επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι το κάπνισμα συχνά συντηρεί τον κύκλο του άγχους μέσω της εξάρτησης και της στέρησης. Έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό αναδεικνύουν τη σημασία ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως το άγχος και η κοινωνική πίεση, στη διατήρηση του καπνίσματος (Κυριαζής & Καραδήμας, 2018).

Η κοινωνική επιρροή συνεχίζει να παίζει καθοριστικό ρόλο και στη φάση της διατήρησης του καπνίσματος. Τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να ενισχύσουν ή να αποδυναμώσουν τη συμπεριφορά, καθώς το κάπνισμα τείνει να εμφανίζεται σωρηδόν μέσα σε κοινωνικές ομάδες (Christakis & Fowler, 2008). Όταν το κάπνισμα αποτελεί κοινή πρακτική στο κοινωνικό περιβάλλον, η προσπάθεια διακοπής γίνεται δυσκολότερη.

Αντίθετα, η αλλαγή κοινωνικού πλαισίου και η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων μπορούν να λειτουργήσουν καταλυτικά στη διακοπή του καπνίσματος. Στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, η ελληνική πολιτεία έχει αναπτύξει στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου του καπνίσματος, με έμφαση στην αλλαγή κοινωνικών στάσεων και την ενίσχυση της πρόληψης από νεαρή ηλικία (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Το κάπνισμα αποτελεί μια πολυπαραγοντική εξαρτητική συμπεριφορά, η οποία δεν συντηρείται αποκλειστικά από τη φαρμακολογική δράση της νικοτίνης, αλλά και από ένα σύνολο ψυχολογικών, γνωσιακών και κοινωνικών παραγόντων. Στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία έχει τεκμηριωθεί ότι πολλοί καπνιστές χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο ρύθμισης του συναισθήματος, ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους, έντασης ή αρνητικής διάθεσης, ενώ η συμπεριφορά ενισχύεται από αυτόματες.

1.5 Αναζήτηση ευχαρίστησης

Ορισμένοι καπνιστές έχουν παρορμητική συμπεριφορά ή αποζητούν άμεση ευχαρίστηση. Το κάπνισμα προσφέρει άμεση ανταμοιβή, κάτι που ενισχύει τη συνήθεια. Η αναζήτηση ευχαρίστησης αποτελεί θεμελιώδη κινητήρια δύναμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και έχει αναγνωριστεί ως κεντρικός παράγοντας στην ανάπτυξη και διατήρηση εξαρτητικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος. Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα δεν συνιστά απλώς αποτέλεσμα φαρμακολογικής εξάρτησης

από τη νικοτίνη, αλλά μια πολυπαραγοντική συμπεριφορά που εξυπηρετεί ανάγκες ευχαρίστησης, ανταμοιβής και συναισθηματικής ρύθμισης (Berridge & Robinson, 1998, West, 2017).

Σε νευροβιολογικό επίπεδο, η νικοτίνη δρα άμεσα στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, ενεργοποιώντας τη μεσολιμβική ντοπαμινεργική οδό και αυξάνοντας την απελευθέρωση ντοπαμίνης στον επικλινή πυρήνα, περιοχή που σχετίζεται με την εμπειρία της ευχαρίστησης και της ενίσχυσης (Benowitz, 2010, Volkow et al., 2017). Η ενεργοποίηση αυτή δημιουργεί αισθήματα ευφορίας, χαλάρωσης και αυξημένης εγρήγορσης, τα οποία λειτουργούν ως ισχυροί θετικοί ενισχυτές της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο, η επαναλαμβανόμενη έκθεση στη νικοτίνη οδηγεί σε νευροπροσαρμογές, με αποτέλεσμα τη μείωση της ευχαρίστησης που αποκομίζεται από το κάπνισμα. Στο στάδιο αυτό, η συμπεριφορά διατηρείται κυρίως μέσω αρνητικής ενίσχυσης, δηλαδή της αποφυγής των δυσάρεστων συμπτωμάτων στέρησης, όπως άγχος, ευερεθιστότητα και συναισθηματική δυσφορία (Koob & Le Moal, 2008, Baker et al., 2004). Η μετάβαση αυτή από την αναζήτηση ευχαρίστησης στην αποφυγή δυσφορίας αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της εξαρτητικής διαδικασίας.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, το κάπνισμα λειτουργεί συχνά ως στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος. Έρευνες δείχνουν ότι οι καπνιστές αναφέρουν τη χρήση του τσιγάρου ως μέσο μείωσης του άγχους, της έντασης, της πλήξης και των αρνητικών συναισθημάτων (Kassel et al., 2003). Αν και η υποκειμενική εμπειρία είναι αυτή της ανακούφισης, η ανακούφιση αυτή σχετίζεται κυρίως με την αναστροφή των συμπτωμάτων στέρησης και όχι με πραγματική μείωση του στρες (Parrott, 1999). Η ευχαρίστηση που αποδίδεται στο κάπνισμα αποκτά συχνά τον χαρακτήρα «μικρής ανταμοιβής» στην καθημερινότητα, ιδιαίτερα σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων. Αυτή η γνωστική ερμηνεία ενισχύει τη συμπεριφορά, καθώς το άτομο μαθαίνει να συνδέει το κάπνισμα με την αυτοφροντίδα και τη συναισθηματική επιβράβευση (Brandon et al., 1999).

Οι γνωστικές προσδοκίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη σχέση αναζήτησης ευχαρίστησης και καπνίσματος. Οι καπνιστές συχνά πιστεύουν ότι το τσιγάρο βελτιώνει τη συγκέντρωση, τη χαλάρωση και τη διαχείριση κοινωνικών καταστάσεων, ανεξάρτητα από τα πραγματικά του αποτελέσματα (Copeland et al., 1995). Οι προσδοκίες αυτές ενισχύουν την υποκειμενική εμπειρία ευχαρίστησης και συμβάλλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς.

Επιπλέον, άτομα με υψηλή προτίμηση για άμεση ανταμοιβή και μειωμένη ανοχή στην καθυστέρηση της ευχαρίστησης εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα εξαρτητικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος (Bickel et al., 2014). Η υπερεκτίμηση των άμεσων ευχάριστων αποτελεσμάτων και η υποτίμηση των μακροπρόθεσμων κινδύνων αποτελούν βασικούς γνωστικούς μηχανισμούς.

Η θεωρία της αναζήτησης αισθήσεων προσφέρει σημαντική ερμηνευτική αξία στη μελέτη του καπνίσματος. Άτομα με υψηλά επίπεδα αναζήτησης αισθήσεων τείνουν να επιδιώκουν έντονες και ευχάριστες εμπειρίες, εμφανίζοντας μεγαλύτερη εμπλοκή σε συμπεριφορές κινδύνου, όπως το κάπνισμα (Zuckerman, 2007· Roberti, 2004). Για τα άτομα αυτά, το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί ως πηγή διέγερσης, ταυτότητας και κοινωνικής διαφοροποίησης.

Το κάπνισμα αποκτά συχνά κοινωνικό και τελετουργικό χαρακτήρα, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω την εμπειρία της ευχαρίστησης. Η σύνδεσή του με κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, διαλείμματα και καθημερινές ρουτίνες μετατρέπει το τσιγάρο σε σύμβολο κοινωνικής σύνδεσης και αποδοχής (Shiffman et al., 2004). Σύμφωνα με γνωστικά μοντέλα, τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα μπορούν να ενεργοποιούν αυτόματα την επιθυμία για κάπνισμα, ακόμη και απουσία συνειδητής πρόθεσης (Tiffany, 1990).

Η κατανόηση του ρόλου της ευχαρίστησης είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων διακοπής. Παρεμβάσεις που εστιάζουν αποκλειστικά στις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος συχνά αποτυγχάνουν, καθώς δεν λαμβάνουν υπόψη τις θετικές λειτουργίες που επιτελεί η συμπεριφορά για το άτομο (West, 2017). Σύγχρονες προσεγγίσεις προτείνουν την αντικατάσταση του καπνίσματος με εναλλακτικές πηγές ευχαρίστησης και ανταμοιβής, ενισχύοντας τη μακροπρόθεσμη διατήρηση της αποχής (Piper et al., 2011).

Συνολικά, το κάπνισμα μπορεί να κατανοηθεί ως συμπεριφορά που εξυπηρετεί την αναζήτηση ευχαρίστησης σε πολλαπλά επίπεδα: νευροβιολογικό, ψυχολογικό, γνωστικό και κοινωνικό. Η πολυδιάστατη αυτή λειτουργία εξηγεί τη δυσκολία διακοπής και υπογραμμίζει την ανάγκη για ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη σωματική εξάρτηση, αλλά και τις βαθύτερες ανάγκες ευχαρίστησης και συναισθηματικής ρύθμισης.

1.6 Αρνητική συναισθηματική κατάσταση

Το κάπνισμα μπορεί να αποτελέσει απάγκιο σε μια δύσκολη στιγμή. Άτομα με κατάθλιψη, άγχος ή άλλες ψυχικές διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να καπνίζουν, καθώς η νικοτίνη μπορεί να προσφέρει προσωρινή ανακούφιση. Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση, πέρα από ψυχολογικός μηχανισμός, αποτελεί κρίσιμο σημείο συνάντησης βιολογικών, κλινικών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά. Η κατανόηση της σχέσης αυτής απαιτεί όχι μόνο θεωρητική προσέγγιση, αλλά και κλινική και κοινωνιολογική ανάλυση, καθώς το κάπνισμα δεν συνιστά απλώς ατομική επιλογή, αλλά συμπεριφορά βαθιά ενταγμένη σε κοινωνικά, πολιτισμικά και θεραπευτικά πλαίσια.

Από κλινική σκοπιά, το κάπνισμα εμφανίζεται συχνά ως συνοδό σύμπτωμα ψυχικών διαταραχών και όχι ως απομονωμένη συνήθεια. Στην κλινική ψυχολογία και ψυχιατρική, έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας ή τραυματικό ιστορικό παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και μεγαλύτερη δυσκολία στη διακοπή (Στεφανής, 2013, Αδαλή, 2019). Το κάπνισμα σε αυτά τα άτομα συχνά λειτουργεί ως καθησυχαστικός μηχανισμός, ως μέσο μείωσης της εσωτερικής έντασης ή ως τρόπος ρύθμισης δυσάρεστων συναισθημάτων που το άτομο αδυνατεί να επεξεργαστεί λεκτικά ή γνωσιακά. Κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι σε πολλές περιπτώσεις η έντονη προσκόλληση στο τσιγάρο συνδέεται με δυσκολίες στη συναισθηματική ωρίμανση και στη δημιουργία ασφαλών σχέσεων, γεγονός που ενισχύει τη χρήση της ουσίας ως «σταθερού ρυθμιστή» της διάθεσης (Μαντζούνης, 2017).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η αρνητική συναισθηματική κατάσταση δεν αποτελεί μόνο παράγοντα έναρξης του καπνίσματος, αλλά και βασικό εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία διακοπής. Στην κλινική πράξη, τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης –όπως ευερεθιστότητα, άγχος, καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική απορρύθμιση– συχνά βιώνονται από τους ασθενείς ως απόδειξη ότι «δεν μπορούν να τα καταφέρουν χωρίς το τσιγάρο» (Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, 2020). Αυτό οδηγεί σε χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση και αυξημένα ποσοστά υποτροπής, ιδίως όταν η διακοπή δεν συνοδεύεται από παράλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Για τον λόγο αυτό, η σύγχρονη κλινική προσέγγιση υπογραμμίζει την ανάγκη συνδυαστικών παρεμβάσεων, όπου η φαρμακευτική αγωγή για τη

νικοτινική εξάρτηση πλαισιώνεται από ψυχοθεραπευτικές τεχνικές ενίσχυσης της συναισθηματικής ρύθμισης (Παπαδάτου, 2016).

Παράλληλα, η κοινωνιολογική ανάλυση αναδεικνύει ότι το κάπνισμα δεν μπορεί να ερμηνευτεί αποκλειστικά ως ατομική παθολογία. Το κάπνισμα είναι κοινωνικά κατασκευασμένη συμπεριφορά, βαθιά ριζωμένη σε πολιτισμικά πρότυπα, κοινωνικούς ρόλους και συλλογικές πρακτικές. Στην ελληνική κοινωνία, το κάπνισμα για δεκαετίες αποτέλεσε στοιχείο κοινωνικότητας, ανδρισμού, εκτόνωσης και ένταξης σε ομάδες, γεγονός που ενίσχυσε την κανονικοποίησή του, ακόμη και σε περιόδους έντονου κοινωνικού στρες (Σακελλαρόπουλος, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση που προκαλείται από κοινωνικές ανισότητες, οικονομική ανασφάλεια, ανεργία ή εργασιακή εξουθένωση λειτουργεί ως υπόβαθρο πάνω στο οποίο το κάπνισμα αναδύεται ως κοινωνικά αποδεκτός τρόπος διαχείρισης της πίεσης.

Η κοινωνιολογική βιβλιογραφία επισημαίνει ότι τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος, καθώς εκτίθενται συχνότερα σε χρόνιο στρες και διαθέτουν λιγότερους πόρους για την ανάπτυξη εναλλακτικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Βαμβακάς, 2018, Σακελλαρόπουλος, 2014). Σε αυτά τα πλαίσια, το κάπνισμα λειτουργεί όχι μόνο ως ατομική ρύθμιση συναισθημάτων, αλλά και ως συλλογική πρακτική εκτόνωσης και κοινωνικής συνοχής. Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση, επομένως, δεν αφορά μόνο το εσωτερικό βίωμα του ατόμου, αλλά αντικατοπτρίζει ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες που παράγουν και αναπαράγουν τη συναισθηματική δυσφορία. Η κλινική και κοινωνιολογική διάσταση συναντώνται ιδιαίτερα στο φαινόμενο της υποτροπής. Η υποτροπή δεν αποτελεί απλώς «αποτυχία βούλησης», αλλά συχνά αντανάκλα την επιστροφή του ατόμου σε ένα κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον που συνεχίζει να παράγει άγχος, ματαίωση και έλλειψη υποστήριξης. Όπως επισημαίνει ο OKANA (2018), η επιτυχής διακοπή του καπνίσματος προϋποθέτει όχι μόνο ατομική κινητοποίηση, αλλά και αλλαγές στο κοινωνικό πλαίσιο ζωής του ατόμου, καθώς και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στο πλαίσιο αυτό, η διακοπή του καπνίσματος αποκτά χαρακτήρα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και όχι απλώς ιατρικής σύστασης. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία συμφωνεί ότι προγράμματα διακοπής που λαμβάνουν υπόψη τη συναισθηματική κατάσταση, το κοινωνικό δίκτυο και τις συνθήκες ζωής του ατόμου εμφανίζουν σαφώς καλύτερα αποτελέσματα (Taylor et al., 2014, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, 2020). Η ενίσχυση της συναισθηματικής επίγνωσης, η εκπαίδευση

στη διαχείριση του στρες και η αναδόμηση κοινωνικών ρόλων χωρίς το τσιγάρο αποτελούν βασικούς άξονες μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης.

Συνολικά, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση δεν μπορεί να θεωρηθεί απλώς ως συνοδός παράγοντας του καπνίσματος, αλλά ως κεντρικός άξονας που διαπερνά τη βιολογική, κλινική και κοινωνική διάσταση της εξάρτησης. Το κάπνισμα αναδύεται ως απάντηση σε ατομικές ψυχικές ανάγκες και ταυτόχρονα ως προϊόν κοινωνικών συνθηκών που ευνοούν τη συναισθηματική δυσφορία. Η κατανόηση αυτής της πολυεπίπεδης σχέσης είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας, οι οποίες θα αντιμετωπίζουν το κάπνισμα όχι μόνο ως επιβλαβή συνήθεια, αλλά ως σύνθετο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

Ένα από τα πλέον διαδεδομένα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς είναι **το μοντέλο της αυτο-φαρμακευτικής** χρήσης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομα καταφεύγουν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως η νικοτίνη, προκειμένου να μειώσουν ή να διαχειριστούν δυσάρεστα συναισθήματα και ψυχική δυσφορία που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με άλλους τρόπους (Khantzian, 1997). Στο πλαίσιο του καπνίσματος, η νικοτίνη βιώνεται συχνά ως μέσο ανακούφισης από το άγχος, τη θλίψη ή την εσωτερική ένταση, ιδιαίτερα σε άτομα με αυξημένη συναισθηματική ευαλωτότητα ή ψυχικές διαταραχές (Αδαλή, 2019). Το πλεονέκτημα του μοντέλου αυτού έγκειται στο ότι αναγνωρίζει το υποκειμενικό βίωμα του καπνιστή, ωστόσο έχει δεχθεί κριτική επειδή υπερεκτιμά τη θεραπευτική δράση της νικοτίνης και δεν εξηγεί επαρκώς τις μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στη διάθεση.

Συμπληρωματικά, **το μοντέλο της αρνητικής ενίσχυσης** προσεγγίζει το κάπνισμα μέσα από τις αρχές της συμπεριφορικής μάθησης. Σύμφωνα με αυτό, η καπνιστική συμπεριφορά διατηρείται επειδή μειώνει ή απομακρύνει δυσάρεστες εσωτερικές καταστάσεις, όπως το άγχος, η ευερεθιστότητα και η συναισθηματική δυσφορία που συνοδεύουν τη στέρηση της νικοτίνης (Baker et al., 2004). Το κάπνισμα δεν ενισχύεται τόσο λόγω της ευχαρίστησης που προσφέρει, όσο λόγω της αποφυγής της δυσφορίας. Το μοντέλο αυτό θεωρείται ιδιαίτερα ισχυρό, καθώς εξηγεί τον φαύλο κύκλο εξάρτησης και τη δυσκολία διακοπής, ενώ ευθυγραμμίζεται με νευροβιολογικά δεδομένα. Παρά ταύτα, επικρίνεται για τον περιορισμένο του ρόλο στην ερμηνεία κοινωνικών και γνωσιακών παραμέτρων της συμπεριφοράς.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και **το γνωσιακό-συμπεριφορικό** μοντέλο, το οποίο δίνει έμφαση στις γνωσιακές διεργασίες που μεσολαβούν μεταξύ συναισθήματος και συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, το κάπνισμα συντηρείται από δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και προσδοκίες, όπως η αντίληψη ότι το τσιγάρο είναι απαραίτητο για τη διαχείριση του άγχους ή ότι χωρίς αυτό το άτομο δεν μπορεί να λειτουργήσει επαρκώς (Garey et al., 2020). Το μοντέλο αυτό έχει ιδιαίτερη θεραπευτική αξία, καθώς παρέχει συγκεκριμένες τεχνικές αναδόμησης σκέψεων και εκμάθησης εναλλακτικών συμπεριφορών. Ωστόσο, έχει επικριθεί για την τάση του να εστιάζει υπερβολικά στο γνωσιακό επίπεδο, υποτιμώντας τη συναισθηματική και βιολογική διάσταση της εξάρτησης.

Πιο πρόσφατες προσεγγίσεις βασίζονται στα **μοντέλα συναισθηματικής ρύθμισης**, τα οποία αντιμετωπίζουν το κάπνισμα ως αποτέλεσμα δυσκολιών στη διαχείριση και επεξεργασία των συναισθημάτων. Σύμφωνα με αυτά τα μοντέλα, τα άτομα που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν, να αντέξουν ή να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα είναι πιο πιθανό να καταφύγουν σε εξαρτητικές συμπεριφορές ως μέσο άμεσης ανακούφισης (Καλαντζή & Σταυρόπουλος, 2021). Τα μοντέλα αυτά θεωρούνται ιδιαίτερα χρήσιμα, καθώς γεφυρώνουν την ψυχολογική και κλινική προσέγγιση, αν και η επιχειρησιακή μέτρηση της συναισθηματικής ρύθμισης παραμένει ερευνητική πρόκληση.

Τέλος, **τα βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα** προσφέρουν μια συνθετική θεώρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, ενσωματώνοντας βιολογικούς μηχανισμούς, ψυχολογικές διεργασίες και κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση δεν θεωρείται ούτε αποκλειστική αιτία, ούτε απλό αποτέλεσμα του καπνίσματος, αλλά δυναμικός παράγοντας που διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση ατομικών και κοινωνικών συνθηκών (Σακελλαρόπουλος, 2014, Fluharty et al., 2017). Αν και τα μοντέλα αυτά θεωρούνται θεωρητικά ολοκληρωμένα, η πολυπλοκότητά τους δυσχεραίνει συχνά την άμεση εφαρμογή τους στην κλινική πράξη χωρίς διεπιστημονική συνεργασία.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της καπνιστικής συμπεριφοράς, ιδίως όταν αυτή συνδέεται με αρνητική συναισθηματική κατάσταση, προϋποθέτει μια ολιστική προσέγγιση που να συνδυάζει θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο με ευρύτερες πολιτικές δημόσιας υγείας. Όπως έχει αναδειχθεί από τη θεωρητική, κλινική και κοινωνιολογική ανάλυση, το κάπνισμα δεν αποτελεί απλώς μια επιβλαβή συνήθεια, αλλά μια σύνθετη εξαρτητική

συμπεριφορά που συχνά λειτουργεί ως μηχανισμός ρύθμισης άγχους, θλίψης και ψυχικής δυσφορίας (Baker et al., 2004, Αδαλή, 2019). Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που περιορίζονται αποκλειστικά στη βιολογική διάσταση της νικοτινικής εξάρτησης αποδεικνύονται ανεπαρκείς. Σε θεραπευτικό επίπεδο, η κλινική πράξη υποδεικνύει ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι πιο επιτυχής όταν συνοδεύεται από ψυχολογική υποστήριξη που στοχεύει άμεσα στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση. Στο πλαίσιο του μοντέλου της αυτο-φαρμακευτικής χρήσης, το κάπνισμα συχνά καλύπτει συναισθηματικές ανάγκες τις οποίες το άτομο δυσκολεύεται να ικανοποιήσει με άλλους τρόπους (Khantzian, 1997). Ως εκ τούτου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οφείλουν να βοηθούν το άτομο να αναγνωρίσει τη λειτουργία που επιτελεί το τσιγάρο στη ζωή του και να αναπτύξει εναλλακτικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης. Η ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα οι γνωσιακές -συμπεριφορικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στη ρύθμιση συναισθημάτων, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της εξάρτησης και στην πρόληψη της υποτροπής (Garey et al., 2020, Καλαντζή & Σταυρόπουλος, 2021). Παράλληλα, το μοντέλο της αρνητικής ενίσχυσης υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο των συμπτωμάτων στέρησης και του αρνητικού συναισθήματος στην αποτυχία διακοπής. Στο πλαίσιο αυτό, η φαρμακευτική υποστήριξη, όπως τα υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλες εγκεκριμένες φαρμακολογικές παρεμβάσεις, μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά μειώνοντας την ένταση της δυσφορίας και διευκολύνοντας την ψυχολογική επεξεργασία της αλλαγής συμπεριφοράς (Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, 2020). Η συνδυαστική εφαρμογή φαρμακευτικής και ψυχολογικής παρέμβασης θεωρείται πλέον βέλτιστη πρακτική τόσο διεθνώς όσο και στην ελληνική κλινική εμπειρία (Taylor et al., 2014, Παπαδάτου, 2016).

Ωστόσο, ακόμη και οι πιο ολοκληρωμένες ατομικές θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν μπορούν να είναι πλήρως αποτελεσματικές εάν δεν υποστηρίζονται από κατάλληλες πολιτικές δημόσιας υγείας. Από κοινωνιολογική σκοπιά, το κάπνισμα επηρεάζεται έντονα από κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως η κοινωνικοοικονομική ανισότητα, η εργασιακή ανασφάλεια και το χρόνιο στρες (Σακελλαρόπουλος, 2014, Βαμβακάς, 2018). Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση, επομένως, δεν αποτελεί μόνο ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά αντανάκλαση ευρύτερων κοινωνικών συνθηκών που ευνοούν την εξαρτητική συμπεριφορά. Στο πλαίσιο αυτό, οι πολιτικές δημόσιας υγείας οφείλουν να ενσωματώνουν τη διάσταση της ψυχικής υγείας στις αντικαπνιστικές στρατηγικές. Η ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος που παρέχουν δωρεάν ή χαμηλού κόστους ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ιδιαίτερα

σε ευάλωτες ομάδες, αποτελεί κρίσιμη προτεραιότητα (OKANA, 2018, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2017). Επιπλέον, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση του ρόλου του αρνητικού συναισθήματος στο κάπνισμα μπορεί να συμβάλει στη μετάβαση από μια ηθικολογική προσέγγιση σε μια ενσυναισθητική και θεραπευτικά αποτελεσματική πρακτική.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο επανασχεδιασμός των αντικαπνιστικών εκστρατειών. Εκστρατείες που εστιάζουν αποκλειστικά στους σωματικούς κινδύνους του καπνίσματος συχνά αποτυγχάνουν να αγγίζουν άτομα που καπνίζουν για λόγους συναισθηματικής ανακούφισης. Αντίθετα, μηνύματα που αναγνωρίζουν τη δυσκολία της διακοπής, αποδομούν τον μύθο ότι το κάπνισμα μειώνει το άγχος και προβάλλουν εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων μπορούν να μειώσουν το στίγμα και να ενισχύσουν την αναζήτηση βοήθειας (Δαρδαβέσης & Ζαμπέτας, 2018). Η σύνδεση θεραπευτικών παρεμβάσεων και πολιτικών δημόσιας υγείας καθιστά σαφές ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν αποτελεί μεμονωμένο γεγονός, αλλά διαδικασία αλλαγής που απαιτεί υποστήριξη σε πολλαπλά επίπεδα. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από βελτίωση της ψυχικής υγείας, με μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και αύξηση της ποιότητας ζωής (Taylor et al., 2014· Wu et al., 2023). Επομένως, η επένδυση σε πολιτικές που αντιμετωπίζουν το κάπνισμα ως ψυχοκοινωνικό φαινόμενο δεν αφορά μόνο τη μείωση της κατανάλωσης καπνού, αλλά και τη συνολική ενίσχυση της δημόσιας ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του καπνίσματος απαιτεί τη σύζευξη θεραπευτικών παρεμβάσεων και πολιτικών δημόσιας υγείας σε ένα ενιαίο, συνεκτικό πλαίσιο. Η αναγνώριση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης ως κεντρικού μηχανισμού της καπνιστικής συμπεριφοράς επιτρέπει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που δεν εστιάζουν μόνο στη διακοπή της χρήσης καπνού, αλλά και στη βελτίωση της ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας του πληθυσμού.

1.7 Δυσκολία στη διαχείριση συναισθημάτων

Το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί ως μέσο αποφυγής ή καταστολής δύσκολων και δυσάρεστων συναισθημάτων όπως ο θυμός, ο φόβος, η θλίψη, η οργή ή η μοναξιά. Η συναισθηματική ρύθμιση αποτελεί έναν από τους κεντρικότερους μηχανισμούς ψυχικής

λειτουργίας, καθώς επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις με τρόπο προσαρμοστικό και λειτουργικό. Δεν πρόκειται για την απουσία αρνητικών συναισθημάτων, αλλά για την ικανότητα κατανόησης, αποδοχής και διαχείρισής τους χωρίς υπερβολική παρορμητικότητα ή αποφυγή (Gross, 2015). Όταν αυτή η ικανότητα παρουσιάζει ελλείμματα, το άτομο συχνά αναζητά εξωτερικά μέσα ρύθμισης, τα οποία προσφέρουν άμεση αλλά πρόσκαιρη ανακούφιση. Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα τέτοια μέσα.

Η καπνιστική συμπεριφορά δεν μπορεί πλέον να ερμηνευθεί αποκλειστικά ως αποτέλεσμα φυσιολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη. Αντιθέτως, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις αναγνωρίζουν τον καίριο ρόλο που διαδραματίζει στη ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας. Σύμφωνα με το μοντέλο της αρνητικής ενίσχυσης, τα άτομα καπνίζουν κυρίως για να μειώσουν δυσάρεστα συναισθήματα και όχι απαραίτητα για να αυξήσουν την ευχαρίστηση (Baker et al., 2004). Το τσιγάρο λειτουργεί ως άμεσος, εύκολα προσβάσιμος και κοινωνικά αποδεκτός τρόπος μείωσης της συναισθηματικής έντασης, ιδιαίτερα σε άτομα που δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν πιο σύνθετες ή εσωτερικές στρατηγικές ρύθμισης.

Σε νευροβιολογικό επίπεδο, η συναισθηματική ρύθμιση βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ ανώτερων φλοιϊκών περιοχών και υποφλοιωδών δομών. Ο προμετωπιαίος φλοιός διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον γνωσιακό έλεγχο, στην αναστολή παρορμήσεων και στη γνωσιακή επανεκτίμηση συναισθηματικών ερεθισμάτων, ενώ η αμυγδαλή και το μεσομεταιχμιακό σύστημα σχετίζονται με την ταχεία συναισθηματική αντίδραση και την αναζήτηση ανταμοιβής (Ochsner & Gross, 2005). Όταν η λειτουργική σύνδεση μεταξύ αυτών των συστημάτων είναι μειωμένη, το άτομο εμφανίζει αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα και μειωμένη ικανότητα αυτορρύθμισης. Η νικοτίνη επιδρά άμεσα στο σύστημα ανταμοιβής, προκαλώντας αύξηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας και προσωρινή μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας. Ωστόσο, η χρόνια χρήση οδηγεί σε νευροπροσαρμοστικές αλλαγές, όπως αποδυνάμωση της φυσιολογικής ανταμοιβής και υπερενεργοποίηση των συστημάτων στρες, συμπεριλαμβανομένου του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (Koob & Volkow, 2016). Έτσι, το άτομο βιώνει αυξημένη βασική δυσφορία και χρειάζεται το τσιγάρο απλώς για να επανέλθει σε ένα υποκειμενικά «ανεκτό» συναισθηματικό επίπεδο. Αυτή η διαδικασία ενισχύει περαιτέρω τη σύνδεση καπνίσματος και συναισθηματικής ρύθμισης.

Η αναπτυξιακή διάσταση αυτής της σχέσης είναι κρίσιμη. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις, αυξημένη παρορμητικότητα και νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα του προμετωπιαίου φλοιού, ο οποίος συνεχίζει να ωριμάζει έως την πρώιμη ενήλικη ζωή (Steinberg, 2008). Παράλληλα, το σύστημα ανταμοιβής εμφανίζει αυξημένη ευαισθησία, γεγονός που καθιστά τους εφήβους ιδιαίτερα επιρρεπείς σε συμπεριφορές άμεσης ενίσχυσης. Σε αυτό το πλαίσιο, το κάπνισμα μπορεί να υιοθετηθεί ως πρώιμη στρατηγική διαχείρισης άγχους, κοινωνικής ανασφάλειας ή αρνητικών συναισθημάτων. Η πρώιμη χρήση του καπνίσματος ως μηχανισμού συναισθηματικής ρύθμισης τείνει να παγιώνεται και να μεταφέρεται στην ενήλικη ζωή. Το άτομο μαθαίνει, συχνά ασυνείδητα, ότι τα δυσάρεστα συναισθήματα αντιμετωπίζονται εξωτερικά και όχι μέσω εσωτερικής επεξεργασίας. Κατά την ενήλικη ζωή, σε συνθήκες χρόνιου στρες, επαγγελματικής πίεσης ή διαπροσωπικών δυσκολιών, το κάπνισμα ενεργοποιείται αυτόματα ως βασική στρατηγική αντιμετώπισης (Kassel et al., 2007).

Στο σημείο αυτό, οι στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης αποκτούν κεντρική σημασία. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα συνεχές από πιο προσαρμοστικές έως πιο δυσλειτουργικές. Η γνωσιακή επανεκτίμηση, για παράδειγμα, επιτρέπει στο άτομο να επαναανοηματοδοτεί στρεσογόνες καταστάσεις, μειώνοντας την ένταση του συναισθήματος πριν αυτό οδηγήσει σε παρορμητική συμπεριφορά (Gross & John, 2003). Η ικανότητα αυτή συνδέεται με αυξημένη ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού και καλύτερο συναισθηματικό έλεγχο. Αντίθετα, στρατηγικές όπως η συναισθηματική καταστολή και η αποφυγή σχετίζονται με αυξημένη φυσιολογική διέγερση και μειωμένη ψυχική ευεξία. Το κάπνισμα εντάσσεται συχνά σε αυτό το πλαίσιο αποφυγής, καθώς επιτρέπει στο άτομο να μην έρθει σε επαφή με το συναίσθημα, αλλά να το «μουδιάσει» προσωρινά (Aldao et al., 2010). Μακροπρόθεσμα, αυτή η αποφυγή εμποδίζει την ανάπτυξη συναισθηματικής ανθεκτικότητας.

Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι και η ικανότητα ανοχής στη συναισθηματική δυσφορία. Άτομα με χαμηλή ανοχή βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα ως απειλητικά και μη διαχειρίσιμα, γεγονός που αυξάνει την ανάγκη για άμεση ανακούφιση μέσω του καπνίσματος. Η ενίσχυση της ανοχής αυτής επιτρέπει στο άτομο να παραμένει σε επαφή με τη συναισθηματική εμπειρία χωρίς άμεση δράση, μειώνοντας σταδιακά την εξάρτηση από εξωτερικούς μηχανισμούς ρύθμισης.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν στη συναισθηματική ρύθμιση, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας, στοχεύουν ακριβώς σε αυτή τη διαδικασία. Μέσω της καλλιέργειας συναισθηματικής επίγνωσης, αποδοχής και ευελιξίας, το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα ως παροδικές εμπειρίες και όχι ως καταστάσεις που απαιτούν άμεση «διόρθωση» μέσω του καπνίσματος (Bowen & Marlatt, 2009). Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων είναι καθοριστική για τη μακροχρόνια διακοπή του καπνίσματος και τη συνολική ψυχική ευεξία.

Η έννοια της συναισθηματικής ρύθμισης έχει προσεγγιστεί από διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα, τα οποία, αν και διαφοροποιούνται ως προς το σημείο εστίασης, συγκλίνουν στην άποψη ότι η δυσλειτουργική ρύθμιση των συναισθημάτων αποτελεί κεντρικό μηχανισμό ανάπτυξης και διατήρησης εξαρτητικών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα. Η σύγκριση αυτών των μοντέλων προσφέρει ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο κατανόησης του τρόπου με τον οποίο το κάπνισμα ενσωματώνεται στη συναισθηματική λειτουργία του ατόμου.

Το διαδικαστικό μοντέλο συναισθηματικής ρύθμισης του Gross αποτελεί ένα από τα πιο επιδραστικά θεωρητικά σχήματα. Σύμφωνα με αυτό, η ρύθμιση των συναισθημάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διαφορετικά στάδια της συναισθηματικής διαδικασίας: πριν από την πλήρη ενεργοποίηση του συναισθήματος (π.χ. επιλογή ή τροποποίηση κατάστασης, γνωσιακή επανεκτίμηση) ή μετά την εκδήλωσή του (π.χ. καταστολή της έκφρασης) (Gross, 2015). Το μοντέλο αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην κατανόηση του καπνίσματος, καθώς το τσιγάρο συχνά λειτουργεί ως στρατηγική «μετά την ενεργοποίηση», δηλαδή ως μέσο άμεσης μείωσης της έντασης ενός ήδη βιωμένου αρνητικού συναισθήματος. Σε αντίθεση με τη γνωσιακή επανεκτίμηση, η οποία απαιτεί γνωσιακή επεξεργασία και ενεργό έλεγχο, το κάπνισμα προσφέρει μια ταχεία, σωματικά μεσολαβημένη ανακούφιση, γεγονός που το καθιστά ελκυστικό σε άτομα με μειωμένες δεξιότητες ανώτερης συναισθηματικής ρύθμισης.

Ένα δεύτερο σημαντικό πλαίσιο είναι **το μοντέλο της αρνητικής ενίσχυσης** στην εξάρτηση, όπως αυτό διατυπώθηκε από τους Baker και συνεργάτες. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η χρήση ουσιών δεν διατηρείται πρωτίστως λόγω της ευχαρίστησης που προσφέρει, αλλά λόγω της ικανότητάς της να μειώνει δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις (Baker et al., 2004). Στο πλαίσιο αυτό, το κάπνισμα λειτουργεί ως εργαλείο αποφυγής της συναισθηματικής δυσφορίας, ενισχύοντας τη μάθηση ότι τα αρνητικά συναισθήματα είναι καταστάσεις που

πρέπει να εξαλείφονται άμεσα. Το μοντέλο αυτό συμπληρώνει το διαδικαστικό μοντέλο του Gross, προσφέροντας μια πιο δυναμική εξήγηση της εξαρτητικής φύσης του καπνίσματος, ιδιαίτερα σε άτομα με υψηλή συναισθηματική ευαλωτότητα.

Ιδιαίτερη συμβολή στην κατανόηση του καπνίσματος έχει και **το μοντέλο της συναισθηματικής αποφυγής**, το οποίο υποστηρίζει ότι πολλές ψυχοπαθολογικές και εξαρτητικές συμπεριφορές εξυπηρετούν τη λειτουργία της αποφυγής εσωτερικών εμπειριών, όπως δυσάρεστα συναισθήματα, σκέψεις ή σωματικές αισθήσεις (Aldao et al., 2010). Από αυτή την οπτική, το κάπνισμα δεν στοχεύει τόσο στη ρύθμιση του συναισθήματος όσο στην απομάκρυνση από αυτό. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την κατανόηση της εμμονής στο κάπνισμα, ακόμη και όταν το άτομο γνωρίζει πλήρως τις αρνητικές συνέπειες, καθώς η βραχυπρόθεσμη αποφυγή της συναισθηματικής δυσφορίας υπερισχύει της μακροπρόθεσμης ωφέλειας.

Συμπληρωματικά, **το νευροβιολογικό μοντέλο της αυτορρύθμισης** εστιάζει στη λειτουργική ισορροπία μεταξύ του προμετωπιαίου φλοιού και των υποφλοιωδών συναισθηματικών δομών. Σύμφωνα με αυτό, η αποτελεσματική συναισθηματική ρύθμιση προϋποθέτει επαρκή «άνωθεν έλεγχο» (top-down control) των παρορμητικών αντιδράσεων. Σε άτομα με μειωμένη λειτουργία αυτών των μηχανισμών, το κάπνισμα λειτουργεί ως εξωτερικός ρυθμιστής που υποκαθιστά τις ανεπαρκείς εσωτερικές διεργασίες ελέγχου (Koob & Volkow, 2016). Το μοντέλο αυτό συνδέεται άμεσα με την αναπτυξιακή διάσταση, καθώς οι νευρωνικές δομές που υποστηρίζουν τον αυτοέλεγχο ωριμάζουν σταδιακά και παραμένουν ευάλωτες σε πρώιμες εξαρτητικές συμπεριφορές.

Τέλος, **οι προσεγγίσεις με διαγνωστική διάσταση της συναισθηματικής δυσλειτουργίας** αντιμετωπίζουν τη δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων ως έναν υπερδιαγνωστικό μηχανισμό που διαπερνά διαφορετικές μορφές ψυχοπαθολογίας. Από αυτή την οπτική, το κάπνισμα αποτελεί μία από τις πολλές πιθανές εκδηλώσεις μιας γενικότερης δυσκολίας διαχείρισης της συναισθηματικής εμπειρίας. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την κατανόηση του καπνίσματος όχι ως απομονωμένου προβλήματος, αλλά ως μέρους ενός ευρύτερου προφίλ συναισθηματικής ευαλωτότητας.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω μοντέλα, καθίσταται σαφές ότι το κάπνισμα μπορεί να κατανοηθεί ταυτόχρονα ως στρατηγική καθυστερημένης ρύθμισης (Gross), ως μηχανισμός αρνητικής

ενίσχυσης (Baker), ως μέσο συναισθηματικής αποφυγής και ως υποκατάστατο νευροβιολογικής αυτορρύθμισης. Η ενσωμάτωση αυτών των προσεγγίσεων προσφέρει ένα πολυεπίπεδο και συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο, το οποίο εξηγεί γιατί η διακοπή του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα δύσκολη όταν δεν συνοδεύεται από την ανάπτυξη νέων, πιο προσαρμοστικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης.

Συμπερασματικά, η δυσκολία στη διαχείριση συναισθημάτων και το κάπνισμα συνδέονται μέσω ενός πολυεπίπεδου πλέγματος ψυχολογικών, νευροβιολογικών και αναπτυξιακών παραγόντων. Η κατανόηση του καπνίσματος ως στρατηγικής συναισθηματικής ρύθμισης επιτρέπει τη μετάβαση από μια στενά βιοϊατρική προσέγγιση σε μια ολιστική θεώρηση, η οποία στοχεύει όχι μόνο στη διακοπή της συμπεριφοράς, αλλά και στη βαθύτερη ενίσχυση της συναισθηματικής αυτορρύθμισης και της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Κεφάλαιο 2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά των καπνιστών

Το κάπνισμα αποτελεί μια σύνθετη συμπεριφορά, η οποία δεν μπορεί να ερμηνευτεί αποκλειστικά ως ατομική επιλογή, αλλά συνδέεται άμεσα με κοινωνικούς παράγοντες και χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος των καπνιστών. Η υιοθέτηση και διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικές νόρμες, πρότυπα συμπεριφοράς και μηχανισμούς κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Σε κοινωνικά πλαίσια όπου το κάπνισμα είναι ευρέως διαδεδομένο, τείνει να γίνεται αντιληπτό ως κοινωνικά αποδεκτή ή ακόμη και αναμενόμενη συμπεριφορά, γεγονός που μειώνει την κοινωνική αποδοκιμασία και περιορίζει την πρόθεση διακοπής.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του άμεσου κοινωνικού περιγύρου. Η παρουσία καπνιστών στην οικογένεια, στο φιλικό περιβάλλον ή στον χώρο εργασίας αυξάνει την πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος, ιδίως σε νεαρές ηλικίες, μέσω της μίμησης και της πίεσης από συνομηλίκους. Το κάπνισμα συχνά λειτουργεί ως μηχανισμός κοινωνικής ένταξης, καθώς διευκολύνει την επικοινωνία, την ανάπτυξη κοινωνικών δεσμών και τη συμμετοχή σε ομάδες με κοινές πρακτικές και συνήθειες. Στο πλαίσιο αυτό, το τσιγάρο αποκτά συμβολικό χαρακτήρα, συνδεδεμένο με την κοινωνικότητα, τη χαλάρωση και τη διαχείριση της καθημερινότητας.

Παράλληλα, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Πλήθος μελετών καταδεικνύει ότι το κάπνισμα εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού και εισοδηματικού επιπέδου, όπου συχνά συνυπάρχουν αυξημένο εργασιακό άγχος, κοινωνική ανασφάλεια και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος. Οι κοινωνικές ανισότητες, επομένως, ενισχύουν τη διατήρηση της συνήθειας και δυσχεραίνουν την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.

Επιπλέον, πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάση των καπνιστών απέναντι στο κάπνισμα. Σε ορισμένες κοινωνίες, το κάπνισμα είναι στενά συνδεδεμένο με την καθημερινή κοινωνική ζωή, την ψυχαγωγία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, γεγονός που ενισχύει την ανθεκτικότητα της συμπεριφοράς απέναντι σε αντικαπνιστικές παρεμβάσεις. Οι καπνιστές συχνά αναπτύσσουν κοινωνικά διαμορφωμένες πεποιθήσεις και μηχανισμούς δικαιολόγησης, οι οποίοι μειώνουν τη γνωστική ασυμφωνία μεταξύ της γνώσης των επιβλαβών συνεπειών του καπνίσματος και της συνέχισης της συνήθειας.

Συνολικά, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των καπνιστών αναδεικνύουν το κάπνισμα ως κοινωνικά ενσωματωμένη συμπεριφορά, η οποία επηρεάζεται από το περιβάλλον, τις κοινωνικές σχέσεις και τις δομικές ανισότητες. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών πρόληψης και παρεμβάσεων, οι οποίες δεν θα στοχεύουν αποκλειστικά στο άτομο, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτό δρα και αλληλοεπιδρά.

2.1 Ηλικία

Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν το κάπνισμα στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Η συχνότητα του καπνίσματος τείνει να μειώνεται με την ηλικία κυρίως λόγω προβλημάτων υγείας ή λόγω αλλαγής στάσης. Η σχέση του καπνίσματος με την ηλικία είναι πολυδιάστατη και ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς η ηλικία έναρξης, η διάρκεια της καπνιστικής συμπεριφοράς και η ηλικία διακοπής καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο τη βαρύτητα των επιπτώσεων στην υγεία όσο και το προσδόκιμο ζωής (World Health Organization [WHO], 2023). Η ηλικία δεν λειτουργεί απλά ως χρονολογικός δείκτης, αλλά ως βιολογικός και κοινωνικός τροποποιητής των επιδράσεων του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό.

Η έναρξη του καπνίσματος παρατηρείται κατά κύριο λόγο στην εφηβεία και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Περισσότερο από το 80% των καπνιστών παγκοσμίως αναφέρουν ότι ξεκίνησαν να καπνίζουν πριν από την ηλικία των 18 ετών, γεγονός που αναδεικνύει την εφηβεία ως κρίσιμο στάδιο πρόληψης (WHO, 2021). Ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος είναι ιδιαίτερα ευάλωτος στη νικοτίνη, καθώς τα νευρωνικά κυκλώματα που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη λήψη αποφάσεων δεν έχουν ακόμη ολοκληρώσει την ωρίμανσή τους. Η πρώιμη έκθεση στη νικοτίνη ενισχύει τη νευροβιολογική εξάρτηση και αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα μακροχρόνιας καπνιστικής συμπεριφοράς (U.S. Surgeon General, 2014). Παράλληλα, το κάπνισμα στην εφηβεία επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των πνευμόνων, οδηγώντας σε μειωμένη μέγιστη πνευμονική λειτουργία, η οποία δεν αποκαθίσταται πλήρως στην ενήλικη ζωή (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Στην Ελλάδα, τα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων έχει πειραματιστεί με το κάπνισμα ήδη από την ηλικία των 15–16 ετών, γεγονός που αυξάνει

την πιθανότητα παγίωσης της καπνιστικής συμπεριφοράς στις επόμενες ηλικιακές φάσεις (ΕΠΨΥ, 2019). Η πρόωμη έναρξη δεν συνδέεται μόνο με σωματικές επιπτώσεις, αλλά και με ψυχοκοινωνικές συνέπειες, όπως αυξημένο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερη σχολική επίδοση (WHO, 2021).

Κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή, το κάπνισμα συχνά μετατρέπεται από περιστασιακή σε καθημερινή συνήθεια. Αν και οι άμεσες κλινικές εκδηλώσεις είναι συνήθως περιορισμένες, στο στάδιο αυτό εγκαθίστανται πρώιμες παθοφυσιολογικές αλλοιώσεις, όπως ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, αυξημένο οξειδωτικό στρες και φλεγμονώδεις μεταβολές στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα (Jha et al., 2013). Η σημασία της ηλικίας σε αυτό το στάδιο είναι καθοριστική, καθώς η διακοπή του καπνίσματος πριν από τα 30 έτη μπορεί να εξαλείψει σχεδόν πλήρως τον αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου που σχετίζεται με το κάπνισμα (Doll et al., 2004).

Στη μέση ηλικία, οι επιπτώσεις του καπνίσματος καθίστανται πλέον εμφανείς και κλινικά σημαντικές. Η συσσωρευτική έκθεση στον καπνό, που συχνά αποτυπώνεται με τον δείκτη «πακέτα-έτη», οδηγεί σε εκθετική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και κακοηθειών πολλών οργάνων, με κυριότερο τον καρκίνο του πνεύμονα (GBD Tobacco Collaborators, 2020). Στην Ελλάδα, τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος καταγράφονται στις παραγωγικές ηλικίες 25–64 ετών, γεγονός που συνεπάγεται αυξημένο φορτίο νοσηρότητας, πρόωρη απώλεια παραγωγικότητας και σημαντική οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας (ΕΟΔΥ, 2022).

Στην τρίτη ηλικία, το κάπνισμα δρα επιταχυντικά στη διαδικασία της βιολογικής γήρανσης. Η μειωμένη ικανότητα επιδιόρθωσης των ιστών και του DNA, καθιστά τις βλάβες πιο σοβαρές και λιγότερο αναστρέψιμες. Το κάπνισμα σε αυτή τη φάση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, οστεοπόρωσης, σαρκοπενίας, λειτουργικής ανικανότητας και γνωστικής έκπτωσης, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας (WHO, 2023). Παρά τις διαδεδομένες αντιλήψεις ότι η διακοπή του καπνίσματος σε προχωρημένη ηλικία δεν έχει ουσιαστικό όφελος, τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι ακόμη και μετά τα 60 ή 70 έτη παρατηρείται σημαντική μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και βελτίωση της ποιότητας ζωής (Jha et al., 2013).

Η ηλικία διακοπής του καπνίσματος αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες για το προσδόκιμο ζωής. Η διακοπή πριν από τα 40 έτη μειώνει τον σχετικό

κίνδυνο θανάτου κατά περίπου 90%, ενώ ακόμη και η διακοπή σε μεγαλύτερες ηλικίες συνοδεύεται από μετρήσιμα οφέλη για την υγεία (Doll et al., 2004). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί αποτελεσματική παρέμβαση δημόσιας υγείας σε κάθε ηλικιακό στάδιο.

Παρά την εκτενή επιστημονική τεκμηρίωση, η εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας υγείας παραμένει ανεπαρκής σε πολλές χώρες. Στην Ελλάδα, αν και έχει σημειωθεί μείωση των ποσοστών καπνίσματος τα τελευταία χρόνια, η χώρα εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΟΔΥ, 2022). Η ανάλυση της σχέσης ηλικίας και καπνίσματος αναδεικνύει την ανάγκη για ηλικιακά προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, που θα συνδυάζουν την πρόληψη της πρώιμης έναρξης, την ενεργή υποστήριξη της διακοπής στις παραγωγικές ηλικίες και τη συστηματική ενθάρρυνση της διακοπής ακόμη και στην τρίτη ηλικία.

Συνολικά, η ηλικία αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα κατανόησης της δυναμικής του καπνίσματος και των συνεπειών του στην υγεία. Η πρώιμη έναρξη αυξάνει τη σωρευτική βλάβη, ενώ η διακοπή, ανεξαρτήτως ηλικίας, προσφέρει ουσιαστικά και τεκμηριωμένα οφέλη. Η ενσωμάτωση της ηλικιακής διάστασης στον σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μείωση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων του καπνίσματος.

2.2 Φύλο

Παραδοσιακά, οι άνδρες είχαν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος από τις γυναίκες, μολονότι το χάσμα αυτό έχει μειωθεί σε πολλές χώρες. Οι γυναίκες μπορεί να μετατοπίζουν διαφορετικές κοινωνικές πιέσεις σχετικά με το κάπνισμα, για παράδειγμα σε σχέση με την εικόνα του σώματος, την αναπαραγωγική υγεία και γονιμότητα, την ψυχική ευαισθησία κ.α. Η καπνιστική συμπεριφορά δεν κατανέμεται ομοιόμορφα στον πληθυσμό, αλλά διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με κοινωνικούς, πολιτισμικούς και βιολογικούς παράγοντες, με το φύλο να αποτελεί έναν από τους πλέον καθοριστικούς.

Ιστορικά, το κάπνισμα υπήρξε κοινωνικά αποδεκτό και ενθαρρυντικό κυρίως στους άνδρες, συνδεδεμένο με έννοιες όπως η ανδρική ταυτότητα, η κοινωνική ισχύς και η επαγγελματική

δραστηριότητα. Αντίθετα, στις γυναίκες το κάπνισμα αντιμετωπιζόταν για δεκαετίες ως κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά. Ωστόσο, οι κοινωνικές αλλαγές του 20ού και 21ου αιώνα, η ενίσχυση της γυναικείας χειραφέτησης και η στοχευμένη διαφήμιση καπνικών προϊόντων προς το γυναικείο φύλο συνέβαλαν στη σταδιακή αύξηση της καπνιστικής συνήθειας στις γυναίκες (Hitchman & Fong, 2011). Στην Ελλάδα, τα δεδομένα δείχνουν ότι, αν και οι άνδρες εξακολουθούν να καπνίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά, η διαφορά μεταξύ των φύλων έχει μειωθεί αισθητά, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικιακές ομάδες (ΕΟΔΥ, 2022) (Γράφημα 4).

Η εξέταση της σχέσης φύλου και καπνίσματος αποκτά ιδιαίτερη σημασία λόγω των διαφοροποιημένων επιπτώσεων του καπνού στην υγεία ανδρών και γυναικών. Οι βιολογικές διαφορές, όπως η ορμονική λειτουργία, η σύσταση του σώματος και ο μεταβολισμός της νικοτίνης, φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός ανταποκρίνεται στις τοξικές ουσίες του καπνού. Πλήθος μελετών καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα και καρδιαγγειακών νοσημάτων ακόμη και με χαμηλότερα επίπεδα καπνίσματος σε σύγκριση με τους άνδρες (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Επιπλέον, το κάπνισμα στις γυναίκες σχετίζεται άμεσα με διαταραχές της αναπαραγωγικής υγείας, όπως μειωμένη γονιμότητα, αυξημένο κίνδυνο αποβολών, πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Οι βιολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την κατανόηση της διαφορετικής επίδρασης του καπνίσματος στην υγεία. Οι διαφορές αυτές αφορούν τόσο τη φυσιολογία όσο και τον μεταβολισμό της νικοτίνης και των λοιπών τοξικών ουσιών του καπνού, καθώς και τη λειτουργία ορμονικών και κυτταρικών μηχανισμών. Πλήθος επιστημονικών δεδομένων καταδεικνύουν ότι το φύλο επηρεάζει ουσιαστικά την ευαλωτότητα του οργανισμού στις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος, ακόμη και όταν η έκθεση στον καπνό είναι συγκρίσιμη.

Καταρχάς, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στον μεταβολισμό της νικοτίνης. Οι γυναίκες μεταβολίζουν τη νικοτίνη ταχύτερα από τους άνδρες, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στη δράση των οιστρογόνων στα ηπατικά ένζυμα (κυρίως CYP2A6). Ο ταχύτερος μεταβολισμός οδηγεί σε ταχύτερη απομάκρυνση της νικοτίνης από τον οργανισμό, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα στέρησης και να καπνίζουν εντονότερα ή συχνότερα

για να διατηρήσουν τα επιθυμητά επίπεδα νικοτίνης στο αίμα (Perkins, 2001). Το γεγονός αυτό συμβάλλει και στη μειωμένη αποτελεσματικότητα ορισμένων υποκατάστατων νικοτίνης στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος των ορμονικών διαφορών. Οι διακυμάνσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου επηρεάζουν τόσο τη βιολογική όσο και την ψυχολογική ανταπόκριση στο κάπνισμα. Έχει παρατηρηθεί ότι σε συγκεκριμένες φάσεις του κύκλου, ιδίως στη λουτεϊκή φάση, οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη επιθυμία για κάπνισμα και μεγαλύτερη δυσκολία στη διακοπή, λόγω εντονότερων συμπτωμάτων άγχους και ευερεθιστότητας (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Οι ορμονικές αυτές μεταβολές καθιστούν τη διακοπή του καπνίσματος μια πιο σύνθετη βιολογική διαδικασία για τις γυναίκες. Επιπλέον, το κάπνισμα επηρεάζει άμεσα το καρδιαγγειακό σύστημα με διαφορετικό τρόπο στα δύο φύλα. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες καπνίστριες παρουσιάζουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες καπνιστές, ακόμη και όταν καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα ημερησίως. Αυτό αποδίδεται σε συνδυασμό παραγόντων, όπως η μικρότερη διάμετρος των στεφανιαίων αγγείων, η επίδραση των ορμονών στο αγγειακό ενδοθήλιο και η αυξημένη ευαισθησία στη φλεγμονώδη δράση των τοξικών ουσιών του καπνού (WHO, 2023). Αντίστοιχες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και στο αναπνευστικό σύστημα. Οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και καρκίνου του πνεύμονα σε σύγκριση με τους άνδρες για παρόμοια επίπεδα καπνιστικής έκθεσης. Η μεγαλύτερη ευαισθησία των πνευμονικών ιστών, καθώς και οι διαφορές στη δομή και λειτουργία των αεραγωγών, φαίνεται να καθιστούν τις γυναίκες πιο ευάλωτες στη βλαπτική δράση του καπνού (Hitchman & Fong, 2011). Αξιοσημείωτο είναι ότι σε αρκετές μελέτες ο καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες εμφανίζεται ακόμη και σε καπνίστριες με μικρότερη διάρκεια καπνίσματος. Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και η επίδραση του καπνίσματος στην αναπαραγωγική υγεία των γυναικών. Το κάπνισμα συνδέεται με διαταραχές της ωοθηκικής λειτουργίας, πρόωρη εμμηνόπαυση, μειωμένη γονιμότητα και αυξημένο κίνδυνο εξωμήτριας κύησης. Κατά την εγκυμοσύνη, η έκθεση στον καπνό αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής, πρόωρου τοκετού και γέννησης νεογνών με χαμηλό βάρος, ενώ έχει συσχετιστεί και με μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού (Υπουργείο Υγείας, 2021). Αντίθετα, στους άνδρες, το κάπνισμα επηρεάζει κυρίως την ποιότητα του σπέρματος και τη στυτική λειτουργία, χωρίς όμως τις άμεσες επιπτώσεις στην κύηση. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι διαφορές φύλου επεκτείνονται και στο ανοσοποιητικό σύστημα και στη γονιδιακή έκφραση.

Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν ισχυρότερες φλεγμονώδεις και ανοσολογικές αποκρίσεις στον καπνό, γεγονός που μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο αυτοάνοσων και φλεγμονωδών νοσημάτων. Παράλληλα, φαίνεται ότι το κάπνισμα επηρεάζει διαφορετικά την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τον κυτταρικό θάνατο και την καρκινογένεση στα δύο φύλα (Perkins & Scott, 2008). Συνολικά, οι βιολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών καθιστούν σαφές ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί έναν ομοιόμορφο παράγοντα κινδύνου. Οι γυναίκες φαίνεται να υφίστανται σοβαρότερες ή ταχύτερα εξελισσόμενες βλάβες σε πολλαπλά οργανικά συστήματα, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν αυξημένες δυσκολίες στη διακοπή. Η αναγνώριση αυτών των διαφορών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη εξατομικευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας.

Παράλληλα με τις βιολογικές παραμέτρους, οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Οι άνδρες συχνά ξεκινούν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία στο πλαίσιο κοινωνικής ένταξης και επιβεβαίωσης, ενώ στις γυναίκες το κάπνισμα συνδέεται συχνότερα με τη διαχείριση συναισθημάτων, όπως το άγχος, η θλίψη και η ψυχολογική πίεση. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο ρόλος της εικόνας σώματος, καθώς πολλές γυναίκες αναφέρουν το φόβο αύξησης βάρους ως εμπόδιο στη διακοπή του καπνίσματος (Perkins & Scott, 2008). Στην ελληνική κοινωνία, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι πολιτισμικές αντιλήψεις συνεχίζουν να επηρεάζουν τη στάση απέναντι στο κάπνισμα, ιδίως στις μικρότερες ηλικίες (Κυριαζή & συν., 2019).

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί μία ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία, η οποία επίσης παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανά φύλο. Αν και οι γυναίκες εκδηλώνουν συχνά μεγαλύτερη πρόθεση διακοπής, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα σε σύγκριση με τους άνδρες (Perkins, 2001). Οι ορμονικές μεταβολές, η αυξημένη ευαισθησία στο στρες και η ψυχολογική εξάρτηση φαίνεται να δυσχεραίνουν τη διακοπή. Αντίθετα, οι άνδρες ανταποκρίνονται συχνότερα σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις και δομημένα προγράμματα διακοπής. Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος που λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες του φύλου παρουσιάζουν αυξημένη αποτελεσματικότητα (ΕΟΔΥ, 2022). Η ανάγκη για πολιτικές δημόσιας υγείας προσαρμοσμένες στο φύλο καθίσταται ολοένα και πιο επιτακτική. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, προγραμμάτων πρόληψης και στρατηγικών διακοπής που λαμβάνουν υπόψη τις βιολογικές και κοινωνικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών μπορεί

να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της καπνιστικής επιβάρυνσης. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου τα ποσοστά καπνίσματος παραμένουν υψηλά, η ενίσχυση τέτοιων παρεμβάσεων αποτελεί βασικό στόχο της εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία (Υπουργείο Υγείας, 2021).

Στην Ελλάδα, το κάπνισμα παραμένει ιδιαίτερα διαδεδομένο και αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία της Eurostat και του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, περίπου 36% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει καπνιστής, ποσοστό που κατατάσσει τη χώρα στις πρώτες θέσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ιδιαίτερα έντονες είναι οι διαφορές ανά φύλο: περίπου 39–40% των ανδρών στην Ελλάδα δηλώνουν καπνιστές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες ανέρχεται σε περίπου 32%, το οποίο αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό καπνιστριών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (G Αξιοσημείωτο είναι ότι το 22,6% του συνολικού πληθυσμού καπνίζει καθημερινά, με το καθημερινό κάπνισμα να είναι σημαντικά συχνότερο στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (ΕΟΔΥ, 2022, ΕΛΣΤΑΤ) (Γράφημα 3). Συνολικά, εκτιμάται ότι περίπου 22% των θανάτων στην Ελλάδα αποδίδονται άμεσα ή έμμεσα στο κάπνισμα, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επιβάρυνση αυτή καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη επικεντρωμένων πολιτικών πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος, οι οποίες να λαμβάνουν υπόψη τις βιολογικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες του φύλου. Η δυσμενής θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση ως προς τον επιπολασμό του καπνίσματος αντανακλά βαθύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές δομές, καθώς και διαχρονικές αδυναμίες στην εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας. Η αντιμετώπιση του φαινομένου απαιτεί ολιστικές παρεμβάσεις που δίνουν ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει στη διάσταση του φύλου, αφού οι Ελληνίδες εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που καπνίζουν συστηματικά, γεγονός που συνδέεται με κοινωνικές αλλαγές, μεταβολές στους ρόλους των φύλων και στις ανεπαρκώς στοχευμένες παρεμβάσεις πρόληψης. Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι γυναίκες συχνά καπνίζουν για λόγους που σχετίζονται με τη διαχείριση συναισθημάτων και στρες, ενώ αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στη διακοπή λόγω βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων (Perkins, 2001). Η έλλειψη προγραμμάτων διακοπής προσαρμοσμένων στο φύλο συμβάλλει στη διατήρηση των υψηλών αυτών ποσοστών.

Συνοψίζοντας, τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης κοινωνικών και πολιτισμικών παραδόσεων, θεσμικών αδυναμιών,

ψυχοκοινωνικών πιέσεων και ανεπαρκώς στοχευμένων πολιτικών δημόσιας υγείας. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου απαιτεί ολιστικές παρεμβάσεις, αυστηρή εφαρμογή της νομοθεσίας και στρατηγικές πρόληψης και διακοπής προσαρμοσμένες στο φύλο και την ηλικία. Η σχέση φύλου και καπνίσματος αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, στο οποίο αλληλοεπιδρούν βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Παρά τη μείωση των διαφορών στη συχνότητα καπνίσματος μεταξύ των φύλων, οι επιπτώσεις του καπνού εξακολουθούν να διαφοροποιούνται σημαντικά. Η συστηματική μελέτη και κατανόηση αυτών των διαφορών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών και δίκαιων πολιτικών δημόσιας υγείας, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζονται με το κάπνισμα.

2.3 Εκπαίδευση και κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καπνιστές. Το κάπνισμα συχνά συνδέεται με κοινωνικές ανισότητες και περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες ή υπηρεσίες υγείας. Παρότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μείωση της συνολικής καπνιστικής συνήθειας σε αρκετές ανεπτυγμένες χώρες, η μείωση αυτή δεν κατανέμεται ισότιμα στον πληθυσμό. Παρομοίως, το κάπνισμα εμφανίζει έντονη κοινωνική διαστρωμάτωση, με το επίπεδο εκπαίδευσης και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της καπνιστικής συμπεριφοράς.

Η εκπαίδευση αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας, καθώς επηρεάζει τόσο τις γνώσεις και τις στάσεις απέναντι στην υγεία όσο και τη δυνατότητα υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών. Πλήθος επιδημιολογικών μελετών καταδεικνύει ότι τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε σύγκριση με άτομα που έχουν ολοκληρώσει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Επιπλέον, τα άτομα αυτά τείνουν να ξεκινούν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία, να καπνίζουν μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ημερησίως και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη (Hiscock et al., 2012). Η χαμηλή εκπαίδευση συχνά συνδέεται με περιορισμένη υγειονομική παιδεία, γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων του καπνίσματος και μειώνει την αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων πρόληψης.

Παράλληλα με την εκπαίδευση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση —η οποία περιλαμβάνει το εισόδημα, την επαγγελματική θέση, την εργασιακή σταθερότητα και τις συνθήκες διαβίωσης— διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και χαμηλότερης επαγγελματικής βαθμίδας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και χαμηλότερα ποσοστά επιτυχούς διακοπής, σε σύγκριση με άτομα υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης (Pampel et al., 2010). Η οικονομική ανασφάλεια, η ανεργία και οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας συνδέονται με αυξημένα επίπεδα ψυχοκοινωνικού στρες, το οποίο συχνά οδηγεί στη χρήση καπνού ως μηχανισμού αντιμετώπισης της καθημερινής πίεσης (Laaksonen et al., 2005). Σε αυτό το πλαίσιο, το κάπνισμα δεν αποτελεί μόνο ατομική επιλογή, αλλά συμπεριφορά βαθιά ενσωματωμένη στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον του ατόμου.

Η άνιση κατανομή του καπνίσματος μεταξύ των κοινωνικών στρωμάτων συμβάλλει άμεσα στη διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου του πνεύμονα και χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων, με το κάπνισμα να αποτελεί έναν από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες (Stringhini et al., 2017). Η επιβάρυνση αυτή δεν περιορίζεται μόνο στο επίπεδο της υγείας, αλλά επεκτείνεται και στο κοινωνικό και οικονομικό πεδίο, καθώς η κακή υγεία μπορεί να μειώσει την εργασιακή ικανότητα, να αυξήσει τις δαπάνες υγείας και να ενισχύσει περαιτέρω τον κοινωνικό αποκλεισμό, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο φτώχειας και ασθένειας.

Η αντιμετώπιση του καπνίσματος ως κοινωνικά προσδιορισμένου φαινομένου καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ολοκληρωμένων πολιτικών δημόσιας υγείας. Αν και τα οριζόντια μέτρα, όπως η αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού και οι αντικαπνιστικοί νόμοι σε δημόσιους χώρους, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση της συνολικής κατανάλωσης καπνού, δεν επαρκούν από μόνα τους για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο κάπνισμα (Brown et al., 2014). Αντίθετα, απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως προγράμματα αγωγής υγείας προσαρμοσμένα σε χαμηλότερα μορφωτικά επίπεδα, δωρεάν υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και ευρύτερες κοινωνικές πολιτικές που στοχεύουν στη μείωση της φτώχειας και της κοινωνικής ανισότητας. Συνολικά, η εκπαίδευση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελούν βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά και τις

επιπτώσεις της στην υγεία. Η κατανόηση του καπνίσματος ως κοινωνικού φαινομένου και όχι αποκλειστικά ως ατομικής επιλογής είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών και δίκαιων πολιτικών δημόσιας υγείας. Η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο κάπνισμα μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη συνολική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στη μείωση των ανισοτήτων υγείας.

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα και πιο επίμονα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, επηρεάζοντας σημαντικά τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Παρά τη σταδιακή μείωση της καπνιστικής συνήθειας τις τελευταίες δεκαετίες, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, γεγονός που υποδηλώνει βαθύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές ρίζες του φαινομένου (World Health Organization [WHO], 2023). Το κάπνισμα δεν κατανέμεται ομοιόμορφα στον πληθυσμό, αλλά παρουσιάζει έντονες κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το επίπεδο εκπαίδευσης και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων. Η κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς στον ελληνικό πληθυσμό προϋποθέτει, συνεπώς, την ανάλυσή της στο πλαίσιο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και όχι αποκλειστικά ως αποτέλεσμα ατομικών επιλογών.

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που διαμορφώνουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Στην Ελλάδα, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε σύγκριση με άτομα ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης (Filippidis et al., 2016). Η εκπαίδευση επηρεάζει άμεσα την υγειονομική παιδεία, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί πληροφορίες υγείας, να αξιολογεί τους κινδύνους και να λαμβάνει τεκμηριωμένες αποφάσεις. Άτομα με περιορισμένη εκπαίδευση συχνά υποτιμούν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος ή τις αντιλαμβάνονται ως λιγότερο άμεσες και λιγότερο σχετικές με τη δική τους ζωή (Cutler & Lleras-Muney, 2010). Επιπλέον, η σχολική διαρροή και η πρώιμη είσοδος στην αγορά εργασίας, φαινόμενα που παρατηρούνται συχνότερα σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες στην Ελλάδα, συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα έναρξης καπνίσματος σε νεαρή ηλικία.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελεί έναν ακόμη κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει την καπνιστική συμπεριφορά. Η ελληνική οικονομική κρίση μετά το 2010 επέφερε δραματικές

αλλαγές στις συνθήκες ζωής μεγάλου μέρους του πληθυσμού, με αύξηση της ανεργίας, μείωση των εισοδημάτων και επιδείνωση της εργασιακής ανασφάλειας. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε περιόδους οικονομικής ύφεσης το κάπνισμα μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός αντιμετώπισης του στρες, της αβεβαιότητας και της κοινωνικής απογοήτευσης (Laaksonen et al., 2005). Στην Ελλάδα, άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και χαμηλότερης επαγγελματικής θέσης παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος, κυρίως λόγω οικονομικών και κοινωνικών εμποδίων (Pampel et al., 2010).

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα και πλέον επίμονα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, με βαθιές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές ρίζες. Παρά τις προσπάθειες περιορισμού της χρήσης καπνού μέσω αντικαπνιστικής νομοθεσίας και εκστρατειών ενημέρωσης, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το κάπνισμα ευθύνεται για σημαντικό αριθμό πρόωγων θανάτων και χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος του πνεύμονα και οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, επιβαρύνοντας σημαντικά τόσο το σύστημα υγείας όσο και την κοινωνική συνοχή (World Health Organization [WHO], 2023). Η καπνιστική συμπεριφορά δεν εμφανίζεται τυχαία στον πληθυσμό, αλλά παρουσιάζει έντονη κοινωνική διαστρωμάτωση, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ανάλυσή της στο πλαίσιο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, με έμφαση στο επίπεδο εκπαίδευσης και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η καπνιστική συμπεριφορά στους νέους και τους εφήβους, καθώς η περίοδος αυτή αποτελεί κρίσιμο στάδιο για τη διαμόρφωση μελλοντικών συνηθειών υγείας. Στην Ελλάδα, η έναρξη του καπνίσματος παρατηρείται συχνά κατά την εφηβική ηλικία, με έρευνες να δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό μαθητών γυμνασίου και λυκείου έχει δοκιμάσει καπνό σε νεαρή ηλικία (WHO, 2019) (Γράφημα 2). Η πρόωμη έναρξη του καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από τη νικοτίνη και μικρότερη πιθανότητα διακοπής στην ενήλικη ζωή. Η καπνιστική συμπεριφορά των εφήβων επηρεάζεται έντονα από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Παιδιά και έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή σε οικογένειες όπου το κάπνισμα είναι διαδεδομένο εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να υιοθετήσουν τη συνήθεια. Η έλλειψη γονικής επίβλεψης, οι περιορισμένες εκπαιδευτικές προσδοκίες και η έκθεση σε κοινωνικά περιβάλλοντα όπου το κάπνισμα θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό, ενισχύουν τη διάδοση του

καπνίσματος στους νέους. Παράλληλα, η επιρροή των συνομηλίκων, η ανάγκη κοινωνικής αποδοχής και η προβολή του καπνίσματος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση στάσεων υπέρ της χρήσης καπνού.

Επιπλέον, οι κοινωνικές ανισότητες στο κάπνισμα από νεαρή ηλικία συμβάλλουν στη διαγενεακή αναπαραγωγή των ανισοτήτων υγείας. Έφηβοι χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εξελιχθούν σε ενήλικες καπνιστές, με σοβαρές επιπτώσεις στη μελλοντική τους υγεία και κοινωνική ένταξη. Η έγκαιρη πρόληψη του καπνίσματος στους νέους αποτελεί, επομένως, κρίσιμη στρατηγική για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, παρά τη θεσμοθέτηση αντικαπνιστικών πολιτικών στην Ελλάδα, η εφαρμογή τους παραμένει συχνά αποσπασματική, ιδιαίτερα σε χώρους όπου συχνάζουν νέοι και έφηβοι. Οι γενικές πολιτικές, όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και η αύξηση της φορολογίας, είναι απαραίτητες αλλά όχι επαρκείς για την προστασία των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων (Brown et al., 2014). Απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον, ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας, υποστήριξη των οικογενειών χαμηλού εισοδήματος και δημιουργία κοινωνικών συνθηκών που αποθαρρύνουν την έναρξη του καπνίσματος.

Εν κατακλείδι, το κάπνισμα στην Ελλάδα αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο που συνδέεται άρρηκτα με το επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το κοινωνικό περιβάλλον από την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αντιμετώπισή του απαιτεί μια ολιστική και κοινωνικά ευαίσθητη προσέγγιση, η οποία να συνδυάζει πολιτικές δημόσιας υγείας, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και κοινωνική πολιτική. Η επένδυση στην πρόληψη του καπνίσματος στους νέους και η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στη διαμόρφωση μιας πιο υγιούς και κοινωνικά δίκαιης ελληνικής κοινωνίας.

2.4 Επαγγελματική κατάσταση

Ορισμένα επαγγέλματα με υψηλό άγχος ή χαμηλή κοινωνική θέση έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνιστών. Σε επαγγελματικά περιβάλλοντα με αυστηρές πολιτικές κατά του καπνίσματος, τα ποσοστά αυτών που καπνίζουν συνήθως είναι χαμηλότερα. Παρότι συχνά προσεγγίζεται ως

ατομική συμπεριφορά, η καπνιστική συνήθεια επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς και οικονομικούς προσδιοριστές της υγείας, μεταξύ των οποίων η επαγγελματική κατάσταση κατέχει κεντρική θέση (WHO, 2023). Η άνιση κατανομή του καπνίσματος μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων αναδεικνύει τον ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας.

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, η εργασία δεν παρέχει μόνο εισόδημα, αλλά συνδέεται με κοινωνικό κύρος, αίσθηση ταυτότητας, κοινωνική ένταξη και ψυχολογική σταθερότητα (WHO, 2010). Η απουσία εργασίας ή η επισφαλής απασχόληση συνεπάγονται αυξημένο άγχος, οικονομική ανασφάλεια και περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους υγείας, παράγοντες που ευνοούν την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα (Marmot et al., 2020).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σχέση μεταξύ ανεργίας και καπνίσματος. Πλήθος ερευνητικών δεδομένων δείχνει ότι οι άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και μικρότερη πιθανότητα διακοπής σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (Eurostat, 2022). Η ανεργία συνδέεται στενά με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας, καθώς συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικής απομόνωσης. Σε αυτό το πλαίσιο, το κάπνισμα συχνά λειτουργεί ως μηχανισμός διαχείρισης του στρες, προσφέροντας προσωρινή ανακούφιση, παρά τις σοβαρές μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία (Paul & Moser, 2009).

Πέραν της απασχόλησης καθαυτής, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και ανάλογα με το είδος του επαγγέλματος. Εργαζόμενοι σε χειρωνακτικά ή χαμηλής ειδίκευσης επαγγέλματα παρουσιάζουν συστηματικά υψηλότερα ποσοστά καθημερινού καπνίσματος σε σύγκριση με εργαζόμενους σε επαγγέλματα γραφείου ή υψηλής επιστημονικής κατάρτισης (CDC, 2023). Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως η σωματική καταπόνηση, τα ακανόνιστα ωράρια, η χαμηλή εργασιακή αυτονομία και η αυξημένη έκθεση σε επαγγελματικούς κινδύνους, ενισχύουν την πιθανότητα διατήρησης ανθυγιεινών συμπεριφορών. Επιπλέον, σε ορισμένους κλάδους το κάπνισμα ενσωματώνεται στην εργασιακή κουλτούρα και λειτουργεί ως μέσο κοινωνικοποίησης μεταξύ των εργαζομένων.

Καθοριστικό ρόλο στη σχέση επαγγελματικής κατάστασης και καπνίσματος διαδραματίζει το μορφωτικό επίπεδο. Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προστατευτικούς

παράγοντες έναντι του καπνίσματος, καθώς συνδέεται με αυξημένη γνώση των κινδύνων, καλύτερες δεξιότητες αυτορρύθμισης και μεγαλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και διακοπής καπνίσματος (OECD, 2021). Άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση όχι μόνο καπνίζουν λιγότερο, αλλά εμφανίζουν και υψηλότερα ποσοστά επιτυχούς διακοπής.

Η σχέση επαγγελματικής κατάστασης και καπνίσματος δεν είναι γραμμική, αλλά διαμεσολαβείται από ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς. Το αντιλαμβανόμενο στρες, η κοινωνική υποστήριξη, η αίσθηση ελέγχου και οι κοινωνικοί κανόνες στον χώρο εργασίας επηρεάζουν καθοριστικά την καπνιστική συμπεριφορά (Sorensen et al., 2011). Σε περιβάλλοντα όπου το κάπνισμα είναι κοινωνικά αποδεκτό ή λειτουργεί ως «διάλειμμα» από την εργασιακή πίεση, η πιθανότητα έναρξης και διατήρησής του αυξάνεται σημαντικά.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις για τον σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι οι οριζόντιες αντικαπνιστικές πολιτικές, αν και απαραίτητες, δεν επαρκούν για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο κάπνισμα. Αντίθετα, απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη την επαγγελματική κατάσταση, τις συνθήκες εργασίας και την εργασιακή ανασφάλεια (WHO, 2023). Η ανάπτυξη προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος στον χώρο εργασίας, η δωρεάν πρόσβαση ανέργων σε υπηρεσίες υποστήριξης και η σύνδεση πολιτικών υγείας με πολιτικές απασχόλησης αποτελούν κρίσιμες στρατηγικές για τη μείωση των ανισοτήτων.

Συνοψίζοντας, η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί βασικό κοινωνικό προσδιοριστή της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η ανεργία, η επισφαλής εργασία και τα επαγγέλματα χαμηλής ειδίκευσης συνδέονται με αυξημένα ποσοστά καπνίσματος μέσω κοινωνικοοικονομικών και ψυχοκοινωνικών μηχανισμών. Η κατανόηση αυτής της σχέσης είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ολιστικών και κοινωνικά δίκαιων πολιτικών δημόσιας υγείας, οι οποίες δεν περιορίζονται στην ατομική ευθύνη, αλλά αντιμετωπίζουν το κάπνισμα ως φαινόμενο κοινωνικά και επαγγελματικά προσδιορισμένο (Marmot et al., 2020).

Κεντρικό ρόλο στις πολιτικές δημόσιας υγείας διαδραματίζουν οι παρεμβάσεις στον χώρο εργασίας, καθώς το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα τις καθημερινές συνήθειες και τις κοινωνικές νόρμες των εργαζομένων. Η καθολική απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους εργασίας έχει αποδειχθεί αποτελεσματική τόσο στη μείωση της παθητικής έκθεσης στον καπνό όσο και στη μείωση της συνολικής κατανάλωσης, ιδιαίτερα σε κλάδους με υψηλή

καπνιστική συχνότητα, όπως οι κατασκευές, η βιομηχανία και η εστίαση (Sorensen et al., 2011). Επιπλέον, η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος εντός του χώρου εργασίας, με παροχή συμβουλευτικής και φαρμακευτικής υποστήριξης, μειώνει τα εμπόδια πρόσβασης για εργαζόμενους χαμηλής ειδίκευσης, οι οποίοι συχνά δεν αξιοποιούν υπηρεσίες υγείας εκτός εργασιακού πλαισίου.

Ιδιαίτερη πρόκληση για τις πολιτικές δημόσιας υγείας αποτελεί η αντιμετώπιση του καπνίσματος στους ανέργους και στους επισφαλώς εργαζόμενους. Η ανεργία συνδέεται με αυξημένο ψυχοκοινωνικό στρες, επιδείνωση της ψυχικής υγείας και υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα μειώνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και διακοπής (Paul & Moser, 2009). Για τον λόγο αυτό, οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές προτείνουν την ενσωμάτωση παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος σε προγράμματα κοινωνικής προστασίας και επανένταξης στην εργασία, αντιμετωπίζοντας το κάπνισμα ως μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου κοινωνικής ευαλωτότητας (WHO, 2023).

Σημαντικό εργαλείο πολιτικής αποτελεί επίσης η φορολόγηση των προϊόντων καπνού, η οποία θεωρείται ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέσα μείωσης της κατανάλωσης. Ωστόσο, η επίδραση της φορολογίας διαφοροποιείται ανάλογα με την επαγγελματική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και οι άνεργοι είναι πιο ευαίσθητοι στις αυξήσεις τιμών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή, αλλά και σε δυσανάλογη οικονομική επιβάρυνση (OECD, 2021). Για τον λόγο αυτό, οι πολιτικές φορολόγησης θεωρούνται κοινωνικά δικαιότερες όταν συνοδεύονται από επανεπένδυση των εσόδων σε δωρεάν ή επιδοτούμενα προγράμματα διακοπής καπνίσματος για ευάλωτες επαγγελματικές ομάδες. Η εκπαίδευση και η επικοινωνία κινδύνου αποτελούν επίσης βασικές συνιστώσες των πολιτικών δημόσιας υγείας. Ωστόσο, οι γενικές εκστρατείες ενημέρωσης συχνά αποδεικνύονται λιγότερο αποτελεσματικές σε εργαζόμενους χαμηλής ειδίκευσης και ανέργους, εάν δεν λαμβάνουν υπόψη το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κουλτούρα και τις καθημερινές πιέσεις των ομάδων αυτών. Στοχευμένες παρεμβάσεις, προσαρμοσμένες σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους, έχουν δείξει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη μεταβολή στάσεων και συμπεριφορών (CDC, 2023).

Συνολικά, η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει την ανάγκη υιοθέτησης μιας διατομεακής προσέγγισης στη χάραξη πολιτικών για το κάπνισμα, σύμφωνα με την αρχή Health in All

Policies. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η μείωση του καπνίσματος δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, την ενίσχυση της εργασιακής ασφάλειας και τη μείωση της ανεργίας (Marmot et al., 2020). Οι πολιτικές δημόσιας υγείας που λαμβάνουν υπόψη την επαγγελματική κατάσταση δεν περιορίζονται στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, αλλά στοχεύουν στη μείωση των δομικών ανισοτήτων που αναπαράγουν το κάπνισμα ως κοινωνικό φαινόμενο.

Η διεθνής εμπειρία παρέχει πληθώρα παραδειγμάτων πολιτικών δημόσιας υγείας που έχουν σχεδιαστεί ή εφαρμοστεί με στόχο τη μείωση του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη την επαγγελματική κατάσταση και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες:

Η καθολική απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους εργασίας, η οποία εφαρμόζεται πλέον στο σύνολο σχεδόν των κρατών-μελών της **Ευρωπαϊκής Ένωσης**, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα διαρθρωτικής πολιτικής δημόσιας υγείας. Η εφαρμογή της νομοθεσίας αυτής είχε ιδιαίτερα θετικό αντίκτυπο σε επαγγελματικές ομάδες με υψηλή έκθεση στον καπνό, όπως εργαζόμενοι στην εστίαση, στη βιομηχανία και στις μεταφορές. Μελέτες έχουν δείξει σημαντική μείωση τόσο της παθητικής έκθεσης όσο και της καθημερινής κατανάλωσης καπνού στους εργαζόμενους αυτών των κλάδων, συμβάλλοντας στη μείωση των επαγγελματικών ανισοτήτων στην υγεία (WHO, 2023).

Στις **Ηνωμένες Πολιτείες**, πολλά προγράμματα δημόσιας υγείας υλοποιούνται απευθείας στον χώρο εργασίας, ιδιαίτερα σε μεγάλες επιχειρήσεις και βιομηχανικούς κλάδους. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν δωρεάν συμβουλευτική, ομαδικές συνεδρίες διακοπής καπνίσματος και κάλυψη της φαρμακευτικής αγωγής μέσω της ασφάλισης υγείας. Η εφαρμογή τους έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των ποσοστών διακοπής καπνίσματος, ιδίως σε εργαζόμενους χαμηλής ειδίκευσης, οι οποίοι διαφορετικά θα είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες (CDC, 2023).

Σε σκανδιναβικές χώρες όπως η **Σουηδία και η Δανία**, οι πολιτικές απασχόλησης για ανέργους συνοδεύονται από παρεμβάσεις προαγωγής υγείας, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Στο πλαίσιο αυτό, οι άνεργοι έχουν δωρεάν πρόσβαση σε συμβουλευτική υποστήριξη, ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες και φαρμακευτική αγωγή. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η ανεργία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανθυγιεινές

συμπεριφορές και αντιμετωπίζει το κάπνισμα ως κοινωνικό και όχι αμιγώς ατομικό πρόβλημα (Paul & Moser, 2009).

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, η αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού συνδυάζεται με την επανεπένδυση μέρους των εσόδων σε δημόσιες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, οι οποίες απευθύνονται κυρίως σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος και σε ανέργους. Η πολιτική αυτή έχει συμβάλει στη μείωση των ποσοστών καπνίσματος στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, περιορίζοντας τον κίνδυνο περαιτέρω οικονομικής επιβάρυνσης (OECD, 2021).

Η **Αυστραλία** έχει αναπτύξει στοχευμένες αντικαπνιστικές καμπάνιες προσαρμοσμένες σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους, όπως οι κατασκευές και η εξόρυξη, όπου τα ποσοστά καπνίσματος είναι υψηλά. Οι καμπάνιες αυτές χρησιμοποιούν γλώσσα και παραδείγματα που σχετίζονται άμεσα με την εργασιακή καθημερινότητα, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων και τη συμμετοχή των εργαζομένων (WHO, 2023).

Η **Φινλανδία** αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής της προσέγγισης «Health in All Policies», όπου οι πολιτικές απασχόλησης, εκπαίδευσης και κοινωνικής πρόνοιας σχεδιάζονται με γνώμονα τις επιπτώσεις τους στην υγεία. Στο πλαίσιο αυτό, η μείωση του καπνίσματος αντιμετωπίζεται μέσω βελτίωσης των συνθηκών εργασίας, ενίσχυσης της εργασιακής ασφάλειας και καταπολέμησης της ανεργίας, οδηγώντας σε διαχρονική μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο κάπνισμα (Marmot et al., 2020).

Τα παραπάνω παραδείγματα καταδεικνύουν ότι οι πολιτικές δημόσιας υγείας είναι πιο αποτελεσματικές όταν συνδέονται άμεσα με την επαγγελματική κατάσταση και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από την ατομική ευθύνη στη διαρθρωτική παρέμβαση αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βιώσιμη μείωση του καπνίσματος και των ανισοτήτων στην υγεία.

Η **Ελλάδα** εξακολουθεί να συγκαταλέγεται στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, γεγονός που καθιστά τις πολιτικές δημόσιας υγείας ιδιαίτερα κρίσιμες. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία της Eurostat, το 36% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει τακτικός ή περιστασιακός καπνιστής, ποσοστό που κατατάσσει τη χώρα στη δεύτερη θέση στην ΕΕ, μετά τη Βουλγαρία (Γράφημα 5).

Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα δεδομένα σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική και επαγγελματική κατάσταση. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, οι άνεργοι στην Ελλάδα εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος, με περίπου 40% να δηλώνει ότι καπνίζει, σε σύγκριση με 37% των χειρωνακτικών εργαζομένων και μόλις 20% των διευθυντικών και επιστημονικών στελεχών. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν ότι το κάπνισμα κατανέμεται άνισα μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και συνδέεται στενά με την εργασιακή ανασφάλεια (Eurostat, 2022).

Παράλληλα, δεδομένα του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) δείχνουν ότι περίπου 38% των Ελλήνων χρησιμοποιούν κάποιο καπνικό προϊόν, ενώ η Ελλάδα καταγράφει το τρίτο υψηλότερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών (25%) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το κάπνισμα ευθύνεται για περίπου 22% των συνολικών θανάτων στη χώρα, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (ΕΟΔΥ, 2022).

Σε ό,τι αφορά τη διάσταση της ανεργίας, η Ελλάδα εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας, τα υψηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με 5,4% το 2024, σύμφωνα με τη Eurostat. Η μακροχρόνια ανεργία έχει συσχετιστεί διεθνώς με αυξημένη καπνιστική συμπεριφορά, καθώς η παρατεταμένη εργασιακή ανασφάλεια ενισχύει το χρόνιο στρες και την υιοθέτηση ανθυγιεινών μηχανισμών αντιμετώπισης (Eurostat, 2022).

Παρότι καταγράφεται σημαντική μείωση του καπνίσματος σε νεότερες ηλικίες, με συνολική μείωση έως και 52,4% σε άτομα κάτω των 24 ετών την τελευταία δεκαετία, τα ποσοστά στους ενήλικες εργαζόμενους και ανέργους παραμένουν υψηλά. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι υφιστάμενες πολιτικές πρόληψης είναι πιο αποτελεσματικές στην πρωτογενή πρόληψη (νέοι), αλλά λιγότερο αποδοτικές στην υποστήριξη των ενήλικων επαγγελματικών ομάδων (WHO, 2010).

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως και βασικό αίτιο πρόωρης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παρά τη συνολική μείωση της καπνιστικής συνήθειας σε ορισμένους πληθυσμούς, η επιβάρυνση δεν κατανέμεται ισότιμα, καθώς τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος εντοπίζονται συστηματικά σε άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής και επαγγελματικής θέσης (WHO, 2023). Η επαγγελματική κατάσταση, ως κεντρικός κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας, επηρεάζει τόσο την έκθεση σε κινδύνους όσο και την ικανότητα υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών,

καθιστώντας αναγκαίο τον σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας που λαμβάνουν υπόψη αυτή τη διάσταση. Οι σύγχρονες πολιτικές ελέγχου του καπνού βασίζονται στην παραδοχή ότι η καπνιστική συμπεριφορά δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική επιλογή, αλλά διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικά, οικονομικά και εργασιακά πλαίσια (Marmot et al., 2020). Ως εκ τούτου, οι οριζόντιες παρεμβάσεις, όπως η φορολόγηση και η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, αν και απαραίτητες, δεν επαρκούν από μόνες τους για τη μείωση των κοινωνικών και επαγγελματικών ανισοτήτων στο κάπνισμα. Απαιτείται συμπληρωματικά η ανάπτυξη στοχευμένων πολιτικών που απευθύνονται σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες υψηλού κινδύνου.

2.5 Πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα

Σε κάποιες κοινωνίες το κάπνισμα θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό ή ακόμα και στοιχείο της κοινωνικής ταυτότητας. Σε άλλες, υπάρχει έντονη κοινωνική πίεση για αποχή από το κάπνισμα. Η καπνιστική συμπεριφορά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο διαμορφώνονται στάσεις, αξίες και πρότυπα συμπεριφοράς. Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι τα πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα, οι μηχανισμοί κοινωνικοποίησης, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα η εφηβική ηλικία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στη διάδοση όσο και στη διατήρηση του καπνίσματος (World Health Organization “WHO”, 2019).

Ιστορικά, το κάπνισμα απέκτησε έντονο συμβολικό χαρακτήρα και συνδέθηκε με κοινωνικές αξίες όπως η ωριμότητα, η ανεξαρτησία, η κοινωνικότητα και η χαλάρωση. Σε πολλές κοινωνίες, το τσιγάρο λειτούργησε ως μέσο κοινωνικής αλληλεπίδρασης και ένταξης στην ομάδα, αποκτώντας νοήματα που υπερέβαιναν τη βιολογική του διάσταση. Η πολιτισμική κανονικοποίηση του καπνίσματος επέτρεψε τη διάδοσή του ακόμη και σε περιόδους όπου οι επιπτώσεις του στην υγεία ήταν ήδη επιστημονικά τεκμηριωμένες (Brandt, 2007). Το κάπνισμα, επομένως, δεν αποτέλεσε απλώς προσωπική επιλογή, αλλά κοινωνικά νομιμοποιημένη πρακτική.

Καθοριστική υπήρξε η συμβολή των πολιτισμικών αναπαραστάσεων στη διαμόρφωση αυτής της κοινωνικής αποδοχής. Μέσω της τέχνης, της λογοτεχνίας, του κινηματογράφου και αργότερα της τηλεόρασης, το κάπνισμα παρουσιάστηκε ως στοιχείο γοητείας, δύναμης ή συναισθηματικού βάθους. Οι καπνίζοντες χαρακτήρες συχνά ενσάρκωναν πρότυπα επιτυχίας, ανεξαρτησίας ή επαναστατικότητας, ενισχύοντας τη θετική ή ουδέτερη εικόνα του καπνίσματος. Το τσιγάρο χρησιμοποιήθηκε ως αφηγηματικό εργαλείο που προσέδιδε στους χαρακτήρες ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, χωρίς να συνοδεύεται από αναφορά στις αρνητικές συνέπειες για την υγεία (Brandt, 2007).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αποτέλεσαν βασικό μηχανισμό αναπαραγωγής αυτών των πολιτισμικών προτύπων. Η συστηματική παρουσία του καπνίσματος σε ταινίες, τηλεοπτικές σειρές και μουσικά βίντεο συνέβαλε στη δημιουργία της εντύπωσης ότι το κάπνισμα αποτελεί φυσιολογική και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Η επίδραση των MME είναι ιδιαίτερα έντονη στις νεαρές ηλικίες, καθώς τα μέσα λειτουργούν ως πηγές προτύπων και κοινωνικών αναφορών. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η έκθεση σε σκηνές καπνίσματος σε οπτικοακουστικά μέσα αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα έναρξης καπνίσματος στους εφήβους, ανεξάρτητα από άλλους κοινωνικούς παράγοντες (Dalton et al., 2003).

Παράλληλα, η διαφήμιση καπνικών προϊόντων αξιοποίησε συστηματικά πολιτισμικά στερεότυπα και κοινωνικές επιθυμίες, συνδέοντας το κάπνισμα με την ελευθερία, την επιτυχία, τη σεξουαλική απελευθέρωση και τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Η στοχευμένη προώθηση προς συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι γυναίκες ή οι νέοι, παρουσίασε το κάπνισμα ως μέσο αυτονομίας και κοινωνικής χειραφέτησης, αποκρύπτοντας τις σοβαρές επιπτώσεις του στην υγεία (Amos & Haglund, 2000). Παρότι η άμεση διαφήμιση καπνού έχει περιοριστεί σημαντικά μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων, έμμεσες μορφές προβολής εξακολουθούν να εμφανίζονται στο ψηφιακό περιβάλλον και στα κοινωνικά δίκτυα, συχνά μέσω lifestyle περιεχομένου ή επιρροών από δημόσια πρόσωπα (Freeman et al., 2014).

Οι κοινωνικές σχέσεις και το άμεσο περιβάλλον του ατόμου αποτελούν επίσης κρίσιμους παράγοντες στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Το κάπνισμα συχνά λειτουργεί ως μέσο κοινωνικής σύνδεσης και ένταξης σε ομάδες, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου αποτελεί κυρίαρχη πρακτική. Η επιρροή της οικογένειας, των φίλων και των συνομηλίκων είναι ιδιαίτερα έντονη, καθώς τα κοινωνικά πρότυπα που επικρατούν σε αυτά τα δίκτυα

επιηρεάζουν άμεσα τις ατομικές επιλογές (Hoffman et al., 2006). Σε κοινωνίες ή κοινωνικές ομάδες όπου το κάπνισμα είναι ανεκτό ή διαδεδομένο, η πιθανότητα έναρξής του αυξάνεται σημαντικά.

Ιδιαίτερη σημασία στο φαινόμενο του καπνίσματος έχει η εφηβική ηλικία, η οποία αποτελεί κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο για τη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας. Κατά την εφηβεία, οι νέοι αναζητούν την ταυτότητά τους, επιδιώκουν την κοινωνική αποδοχή και τείνουν να αμφισβητούν τους κανόνες των ενηλίκων. Η ανάγκη ένταξης στην ομάδα συνομηλίκων και η επιρροή κοινωνικών προτύπων καθιστούν τους εφήβους ιδιαίτερα ευάλωτους στην έναρξη του καπνίσματος (WHO, 2019). Παράλληλα, η περιορισμένη αντίληψη κινδύνου και η υποτίμηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών της συμπεριφοράς ενισχύουν αυτή την ευαλωτότητα. Ωστόσο οι έφηβοι, δεν αποτελούν μόνο ομάδα υψηλού κινδύνου, αλλά και δυναμικό παράγοντα κοινωνικής αλλαγής. Όταν ενδυναμώνονται μέσω εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που καλλιεργούν κριτική σκέψη, δεξιότητες αντίστασης στην κοινωνική πίεση και κατανόηση των μηχανισμών επιρροής των ΜΜΕ, μπορούν να λειτουργήσουν ως φορείς πρόληψης στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Hoffman et al., 2006). Η ενεργή συμμετοχή των εφήβων στον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων πρόληψης ενισχύει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και συμβάλλει στη μεταβολή των κοινωνικών προτύπων. Οι στρατηγικές πρόληψης του καπνίσματος βασίζονται σε μια ολιστική και πολυεπίπεδη προσέγγιση. Κεντρικός στόχος της πρόληψης είναι η αποτροπή της έναρξης του καπνίσματος, ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες, μέσω της μείωσης της κοινωνικής αποδοχής και της ελκυστικότητας του καπνού. Η σχολική αγωγή υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα πρόληψης, όταν εστιάζει όχι μόνο στην παροχή πληροφοριών, αλλά και στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η αυτοεκτίμηση, η λήψη αποφάσεων και η κριτική ανάλυση των κοινωνικών και πολιτισμικών προτύπων (Hoffman et al., 2006).

Σε θεσμικό επίπεδο, η νομοθεσία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση του καπνίσματος. Μέτρα όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, οι περιορισμοί στη διαφήμιση καπνικών προϊόντων, οι προειδοποιητικές εικόνες στα πακέτα καπνού και η απαγόρευση πώλησης σε ανηλίκους έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση της κατανάλωσης καπνού και στη μεταβολή των κοινωνικών προτύπων (WHO, 2021). Ένα νομοσχέδιο που απαγορεύει σε οποιονδήποτε γεννηθεί μετά το 2008 να αγοράζει προϊόντα καπνού στο Ηνωμένο Βασίλειο ολοκλήρωσε την ψήφιση του, αφού η Βουλή των

Λόρδων ενέκρινε τις τροπολογίες που υπέβαλαν βουλευτές στη Βουλή των Κοινοτήτων, σε μια επαναστατική κίνηση που οι υπουργοί ελπίζουν ότι θα δημιουργήσει μια « γενιά χωρίς καπνό». Σύμφωνα με το νομοσχέδιο αυτό για τον καπνό και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, όποιος γεννήθηκε από την 1^η Ιανουαρίου 2009 και μετά δεν θα μπορεί ποτέ να του πωλείται νόμιμα καπνός σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο σε μια προσπάθεια να σωθούν ζωές και να μειωθεί το βάρος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Απώτερος στόχος αυτής της πρωτοβουλίας, είναι με την πάροδο του χρόνου, να τερματιστεί εντελώς η πώληση προϊόντων καπνού, να σπάσει τον κύκλο του εθισμού και των μειονεκτημάτων που σχετίζονται με τον καπνό (D.Campbell, 2026). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή αυτών των μέτρων στην αποκανονικοποίηση του καπνίσματος, δηλαδή στη μετατόπισή του από κοινωνικά αποδεκτή πρακτική σε συμπεριφορά με κοινωνικούς περιορισμούς.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του καπνίσματος περιλαμβάνουν, πέρα από τη νομοθεσία, παρεμβάσεις σε ατομικό, κοινωνικό και επικοινωνιακό επίπεδο. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, η συμβουλευτική υποστήριξη και η φαρμακευτική αγωγή αποτελούν βασικά εργαλεία για τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν τη συνήθεια. Παράλληλα, οι αντικαπνιστικές καμπάνιες στα ΜΜΕ στοχεύουν στην αποδόμηση των θετικών πολιτισμικών αναπαραστάσεων του καπνίσματος και στην ανάδειξη των πραγματικών συνεπειών του στην υγεία και στην ποιότητα ζωής (Hammond, 2011).

Ιδιαίτερη πρόκληση για τις σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης αποτελεί το ψηφιακό περιβάλλον. Τα κοινωνικά δίκτυα και οι πλατφόρμες διαμοιρασμού περιεχομένου λειτουργούν ως νέοι χώροι κοινωνικοποίησης, όπου αναπαράγονται έμμεσες μορφές προβολής του καπνίσματος. Η ανάγκη ρύθμισης αυτού του περιβάλλοντος και η αξιοποίησή του για την προώθηση θετικών προτύπων υγείας αποτελούν κρίσιμες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία (Freeman et al., 2014).

Το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο γενικού πληθυσμού συνολικά όσο και σε επίπεδο εφήβων ειδικά. Σύμφωνα με στοιχεία διεθνών και εθνικών οργανισμών, η Ελλάδα συγκαταλέγεται διαχρονικά στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, παρά τη σταδιακή μείωση που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες (World Health Organization “WHO”, 2019). Εκτιμάται ότι περίπου το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο του ενήλικου

πληθυσμού στην Ελλάδα είναι καθημερινοί καπνιστές, ποσοστό υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, γεγονός που καταδεικνύει τη βαθιά κοινωνική και πολιτισμική ενσωμάτωση της καπνιστικής συμπεριφοράς (OECD, 2022).

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, το κάπνισμα ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό της συνολικής θνησιμότητας στη χώρα, με εκτιμήσεις που αποδίδουν περίπου το 20–22% των θανάτων σε ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα. Το στοιχείο αυτό τοποθετεί την Ελλάδα σε δυσμενή θέση σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αναδεικνύοντας το κάπνισμα ως έναν από τους σημαντικότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία (ΕΟΔΥ, 2023). Παράλληλα, το οικονομικό κόστος που σχετίζεται με τις ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα επιβαρύνει σημαντικά το σύστημα υγείας και την εθνική οικονομία.

Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα δεδομένα που αφορούν τον εφηβικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Πανελλήνιας Έρευνας για τις Συμπεριφορές Υγείας των Μαθητών ένα σημαντικό ποσοστό περίπου 25–30% των μαθητών ηλικίας 15-16 ετών στην Ελλάδα, έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μία φορά συμβατικό τσιγάρο, ενώ ακόμη υψηλότερα είναι τα ποσοστά δοκιμής ηλεκτρονικού τσιγάρου ή άλλων νέων καπνικών προϊόντων (HBSC/WHO, 2022) (Εικόνα 2). Η αύξηση της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου και ατμιστικών προϊόντων στους εφήβους αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Έρευνες δείχνουν ότι σχεδόν τέσσερις στους δέκα Έλληνες εφήβους έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο έστω και μία φορά, ενώ ένα μικρότερο αλλά σταθερό ποσοστό δηλώνει πρόσφατη ή συστηματική χρήση (ESPAD, 2019, HBSC/WHO, 2022) (Γράφημα 2). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα νέα προϊόντα νικοτίνης λειτουργούν συχνά ως «πύλη εισόδου» στην καπνιστική συμπεριφορά, αντί να περιορίζουν τη χρήση καπνού. Σύμφωνα με ίδιες έρευνες, οι έφηβοι που ζουν σε οικογένειες όπου τουλάχιστον ένας γονέας καπνίζει εμφανίζουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να δοκιμάσουν καπνό σε σύγκριση με συνομηλίκους τους που προέρχονται από οικογένειες μη καπνιστών (HBSC/WHO, 2022). Επιπλέον, η κοινωνική αποδοχή του καπνίσματος σε χώρους ψυχαγωγίας και η συχνή έκθεση των εφήβων σε ενήλικες καπνιστές ενισχύουν την αντίληψη ότι το κάπνισμα αποτελεί «κανονική» κοινωνική συμπεριφορά.

Παράλληλα, τα δεδομένα δείχνουν ότι παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό Ελλήνων καπνιστών δηλώνει πρόθεση διακοπής του καπνίσματος, μόνο ένα μικρό μέρος καταφεύγει σε

οργανωμένες υπηρεσίες υποστήριξης. Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΔΥ, λιγότερο από το 15% των καπνιστών που επιχειρούν διακοπή αξιοποιεί ιατρεία διακοπής καπνίσματος ή επαγγελματική συμβουλευτική υποστήριξη, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη ενίσχυσης και καλύτερης προβολής των διαθέσιμων δομών (ΕΟΔΥ, 2023). Αυτό το χάσμα μεταξύ πρόθεσης και επιτυχούς διακοπής συνδέεται άμεσα με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική πίεση, η συνήθεια και η πολιτισμική κανονικοποίηση του καπνίσματος.

Τα ελληνικά στατιστικά στοιχεία ενισχύουν τη διαπίστωση ότι, παρά τις θετικές εξελίξεις στη νομοθεσία και τη σταδιακή μείωση της καπνιστικής συνήθειας στους ενήλικες, το κάπνισμα εξακολουθεί να αναπαράγεται μέσω των νεότερων ηλικιακών ομάδων. Η αντίφαση αυτή — μείωση στους ενήλικες και αυξημένος πειραματισμός στους εφήβους— υποδηλώνει ότι οι υφιστάμενες στρατηγικές πρόληψης δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσουν τις νέες μορφές καπνιστικής συμπεριφοράς και τους σύγχρονους μηχανισμούς κοινωνικής επιρροής. Συνεπώς, η ενσωμάτωση των ελληνικών επιδημιολογικών δεδομένων αναδεικνύει με σαφήνεια ότι το κάπνισμα στην Ελλάδα δεν αποτελεί μόνο ζήτημα ατομικής επιλογής, αλλά κοινωνικό φαινόμενο με έντονη διαγενεακή διάσταση. Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής κοινωνίας, τη δυναμική των ΜΜΕ και τις σύγχρονες τάσεις καπνιστικής συμπεριφοράς στους εφήβους.

Είναι κοινά παραδεκτό ότι, το κάπνισμα στην Ελλάδα αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό και πολιτισμικό φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά ως ατομική επιλογή ή ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη. Παρά τη μακρόχρονη ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού, η χώρα διατηρεί υψηλά ποσοστά καπνιστών σε ευρωπαϊκό επίπεδο, γεγονός που αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο των πολιτισμικών και κοινωνικών προτύπων στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς (World Health Organization “WHO”, 2019). Είναι άξιο αναφοράς, ότι η έναρξη, η διατήρηση και η διακοπή του καπνίσματος επηρεάζονται από ένα πλέγμα κοινωνικών επιρροών, αξιών και συμβολικών νοημάτων που αναπαράγονται στο ελληνικό κοινωνικό πλαίσιο.

Διαχρονικά, το κάπνισμα στην Ελλάδα συνδέθηκε στενά με την καθημερινή κοινωνική ζωή, την ψυχαγωγία και τη διαπροσωπική επικοινωνία. Η παρουσία του σε καφέ, ταβέρνες και

χώρους διασκέδασης διαμόρφωσε μια κουλτούρα ανοχής, όπου το κάπνισμα θεωρήθηκε για δεκαετίες κοινωνικά αποδεκτό και «φυσιολογικό». Το τσιγάρο λειτούργησε όχι μόνο ως καταναλωτικό προϊόν, αλλά και ως πολιτισμικό σύμβολο κοινωνικότητας, χαλάρωσης και ένταξης στην ομάδα, συμβάλλοντας στην κανονικοποίηση του (Brandt, 2007). Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των αντιλήψεων διαδραμάτισαν οι πολιτισμικές αναπαραστάσεις του καπνίσματος στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Στον ελληνικό κινηματογράφο και την τηλεόραση, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, το κάπνισμα παρουσιαζόταν συχνά ως στοιχείο ανδρισμού, ανεξαρτησίας, συναισθηματικής έντασης ή γοητείας. Δημοφιλείς χαρακτήρες απεικονίζονταν να καπνίζουν χωρίς αναφορά στις επιπτώσεις στην υγεία, συμβάλλοντας στη δημιουργία θετικών ή ουδέτερων στάσεων απέναντι στο κάπνισμα. Παράλληλα, η διαφήμιση καπνικών προϊόντων, πριν από την απαγόρευσή της, αξιοποίησε κοινωνικά και πολιτισμικά στερεότυπα, συνδέοντας το κάπνισμα με την ελευθερία, τη χαλάρωση και τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Αν και η άμεση διαφήμιση έχει πλέον περιοριστεί, έμμεσες μορφές προβολής εξακολουθούν να εμφανίζονται σε ψηφιακά μέσα και κοινωνικά δίκτυα, αναπαράγοντας εξιδανικευμένες εικόνες του καπνίσματος, ιδίως στο νεανικό κοινό (Freeman et al., 2014).

Η πρόληψη του καπνίσματος στην Ελλάδα εστιάζει κυρίως στην αποτροπή της έναρξης σε νεαρές ηλικίες και απαιτεί πολυεπίπεδες παρεμβάσεις. Η σχολική αγωγή υγείας οφείλει να υπερβαίνει την απλή παροχή πληροφοριών και να ενισχύει ψυχοκοινωνικές δεξιότητες, όπως η αυτοεκτίμηση και η κριτική προσέγγιση των μηνυμάτων των ΜΜΕ (Hoffman et al., 2006). Το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει επίσης καθοριστικό ρόλο, καθώς οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς και επηρεάζουν άμεσα τις στάσεις των παιδιών απέναντι στο κάπνισμα. Κεντρικό πυλώνα της πρόληψης και αντιμετώπισης αποτελεί το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο. Ο Νόμος 3730/2008 (ΦΕΚ Α' 262/23.12.2008) εισήγαγε την προστασία των ανηλίκων από τον καπνό και απαγόρευσε την πώληση καπνικών προϊόντων σε ανηλίκους, ενώ ο Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ Α' 129/03.08.2010) ενίσχυσε την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους και εργασιακούς χώρους. Η ενσωμάτωση της Οδηγίας 2014/40/ΕΕ μέσω του Νόμου 4419/2016 (ΦΕΚ Α' 174/20.09.2016) καθιέρωσε μεγάλες προειδοποιητικές εικόνες στα πακέτα καπνού και απαγόρευσε τα αρωματικά τσιγάρα, με στόχο τη μείωση της ελκυστικότητας του καπνίσματος στους εφήβους. Η εφαρμογή της νομοθεσίας ενισχύθηκε περαιτέρω με τον Νόμο 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161/16.10.2019), ο οποίος προέβλεπε

αυστηρότερους ελέγχους και πρόστιμα. Παρά την ύπαρξη ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου, η αποτελεσματικότητα της αντικαπνιστικής πολιτικής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνέπεια εφαρμογής και την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων ανοχής. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν, πέρα από τη νομοθεσία, τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τη συμβουλευτική υποστήριξη και τις αντικαπνιστικές καμπάνιες στα ΜΜΕ, οι οποίες στοχεύουν στην αποδόμηση των θετικών πολιτισμικών αναπαραστάσεων του καπνίσματος (Hammond, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, το κάπνισμα στην Ελλάδα αποτελεί προϊόν σύνθετης αλληλεπίδρασης ατομικών επιλογών και συλλογικών πολιτισμικών και κοινωνικών προτύπων. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι έφηβοι κατέχουν κεντρικό ρόλο τόσο στη διάδοση όσο και στην πρόληψη του φαινομένου. Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του καπνίσματος προϋποθέτει συντονισμένες παρεμβάσεις σε θεσμικό, εκπαιδευτικό, κοινωνικό και επικοινωνιακό επίπεδο, με στόχο τη μακροπρόθεσμη αλλαγή των κοινωνικών προτύπων και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

2.6 Ψυχολογικά και κοινωνικά κίνητρα

Το κάπνισμα συχνά συνδέεται με την αντιμετώπιση του άγχους, της μοναξιάς ή της κοινωνικής πίεσης. Επιπλέον λειτουργεί ως μέσο κοινωνικοποίησης, ειδικά σε νεότερες ηλικίες. Παρότι η νικοτίνη έχει αναγνωριστεί ως ισχυρή εθιστική ουσία, η μονοδιάστατη βιοϊατρική προσέγγιση αδυνατεί να εξηγήσει επαρκώς τόσο την έναρξη όσο και τη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, αλλά και τη συχνή αποτυχία των προσπαθειών διακοπής. Η σύγχρονη επιστημονική θεώρηση αντιμετωπίζει το κάπνισμα ως προϊόν δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών γνωστικών και συναισθηματικών διεργασιών, κοινωνικών επιρροών και πολιτισμικών πλαισίων (WHO, 2021).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, το κάπνισμα έχει περιγραφεί εκτενώς ως μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης και αυτοκαταπράυνσης. Η θεωρία της αρνητικής ενίσχυσης υποστηρίζει ότι οι καπνιστές δεν καπνίζουν πρωτίστως για την επίτευξη ευχαρίστησης, αλλά για την αποφυγή ή τη μείωση της δυσφορίας που προκαλείται τόσο από εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και από τα ίδια τα στερητικά συμπτώματα της νικοτίνης (Benowitz, 2010). Έτσι, το κάπνισμα

εντάσσεται σε έναν φαύλο κύκλο, όπου η προσωρινή ανακούφιση ενισχύει τη συμπεριφορά, παγιώνοντας την ως προτιμώμενη στρατηγική αντιμετώπισης του στρες (Kassel et al., 2003). Για ορισμένα άτομα το τσιγάρο αποκτά συμβολική λειτουργία, συνδεδεμένη με αισθήματα ασφάλειας, ελέγχου ή ακόμη και ταυτότητας. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής επάρκειας σχετίζονται συστηματικά με αυξημένα ποσοστά καπνίσματος, ενώ η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας τόσο για την πρόθεση διακοπής όσο και για τη διατήρηση της αποχής (Bandura, 1997). Άτομα που δεν πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους τείνουν να βιώνουν τη διακοπή ως απειλή και όχι ως εφικτό στόχο. Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο ρόλος των γνωστικών αναπαραστάσεων του κινδύνου. Στο κάπνισμα, η αισιοδοξία κινδύνου (optimistic bias) και η κοινωνική κανονικοποίηση της συμπεριφοράς οδηγούν συχνά σε υποτίμηση της απειλής, μειώνοντας την κινητοποίηση για αλλαγή.

Η κοινωνική διάσταση του καπνίσματος είναι εξίσου καθοριστική. Από την οπτική της κοινωνικής μάθησης, το κάπνισμα μαθαίνεται και ενισχύεται μέσα από πρότυπα, μίμηση και κοινωνική επιβεβαίωση. Η έναρξη του καπνίσματος κατά την εφηβεία συνδέεται στενά με την επιρροή των συνομηλίκων και με την ανάγκη ένταξης και αποδοχής (Simons-Morton & Farhat, 2010). Το κάπνισμα λειτουργεί συχνά ως πρακτική κοινωνικής ταύτισης, προσδίδοντας στο άτομο την αίσθηση συμμετοχής σε μια ομάδα ή κουλτούρα. Σε μακροκοινωνικό επίπεδο, οι κοινωνικές νόρμες και οι πολιτισμικές αφηγήσεις γύρω από το κάπνισμα επηρεάζουν καθοριστικά τόσο τη συχνότητα όσο και τη νοσηματοδότηση του. Η θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων υποστηρίζει ότι το κάπνισμα δεν είναι απλώς ατομική πράξη, αλλά κοινωνικά κατασκευασμένη πρακτική, η οποία φέρει συμβολικά νοήματα που διαφοροποιούνται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Οι αντικαπνιστικές πολιτικές δεν λειτουργούν μόνο περιοριστικά, αλλά και αναδιαμορφώνουν τα κοινωνικά πρότυπα, μετατοπίζοντας το κάπνισμα από κοινωνικά αποδεκτή σε κοινωνικά αποδοκιμαζόμενη συμπεριφορά (WHO, 2021).

Η θεωρητική κατανόηση της αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς ενισχύεται περαιτέρω από μοντέλα πρόθεσης και δράσης. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής προσφέρει μια δυναμική αντίληψη της διακοπής ως εξελικτικής διαδικασίας, εντός της οποίας η αμφιθυμία και η υποτροπή αποτελούν αναμενόμενα στάδια και όχι αποτυχία (Prochaska & Di Clemente, 1983).

Οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος που βασίζονται σε αυτές τις θεωρητικές προσεγγίσεις τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, για παράδειγμα, δεν περιορίζεται στη διακοπή της συμπεριφοράς, αλλά στοχεύει στην αναδόμηση των γνωστικών σχημάτων που συνδέουν το κάπνισμα με τη συναισθηματική ανακούφιση, καθώς και στην ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων αντιμετώπισης (Zvolensky et al., 2008). Η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας και η σταδιακή μετατόπιση της ταυτότητας από «καπνιστής» σε «πρώην καπνιστής» θεωρούνται κρίσιμες διεργασίες για τη μακροπρόθεσμη διατήρηση της αποχής.

Η φαρμακευτική υποστήριξη λειτουργεί συμπληρωματικά, μειώνοντας τη βιολογική επιβάρυνση της εξάρτησης, χωρίς ωστόσο να αρκεί από μόνη της για τη διατήρηση της αλλαγής. Η διεθνής βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι οι συνδυαστικές παρεμβάσεις, οι οποίες ενσωματώνουν ψυχολογική, κοινωνική και φαρμακευτική υποστήριξη, επιτυγχάνουν τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας (WHO, 2021).

Οπότε, το κάπνισμα δεν μπορεί να κατανοηθεί ούτε να αντιμετωπιστεί εν συνόλω, ως μια απλή συνήθεια ή αποκλειστικά ως μια βιολογική εξάρτηση. Πρόκειται για μια σύνθετη ψυχοκοινωνική πρακτική, η οποία ενσωματώνεται στην ταυτότητα του ατόμου και στο κοινωνικό του πλαίσιο. Η ανάγκη ολιστικών, θεωρητικά θεμελιωμένων παρεμβάσεων, που λαμβάνουν υπόψη τη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της συμπεριφοράς, είναι ουσιαστική, προκειμένου η διακοπή του καπνίσματος να καταστεί βιώσιμη και μακροπρόθεσμα αποτελεσματική.

Κεφάλαιο 3 Πεποιθήσεις των καπνιστών

Οι καπνιστές συχνά υιοθετούν και διατηρούν ένα σύνολο κοινών πεποιθήσεων και γνωστικών σχημάτων που λειτουργούν ως μηχανισμοί αιτιολόγησης και ενίσχυσης της καπνιστικής συμπεριφοράς, παρά την εκτεταμένη γνώση των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία. Οι πεποιθήσεις αυτές δεν αντανakλούν απλώς έλλειψη πληροφόρησης, αλλά συνδέονται στενά με ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας, κοινωνικές επιρροές και τη νευροβιολογική βάση της εξάρτησης από τη νικοτίνη (Benowitz, 2010, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2018).

Μία από τις πιο διαδεδομένες πεποιθήσεις είναι ότι το κάπνισμα συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στη συναισθηματική χαλάρωση. Η αντίληψη αυτή έχει καταγραφεί τόσο σε διεθνείς όσο και σε ελληνικές μελέτες, όπου οι καπνιστές περιγράφουν το τσιγάρο ως βασικό μέσο αντιμετώπισης της καθημερινής πίεσης (Parrott, 1999, Κυριακίδου και συν., 2016). Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η αίσθηση χαλάρωσης οφείλεται κυρίως στην προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης της νικοτίνης και όχι σε πραγματική αγχολυτική δράση. Αντιθέτως, η νικοτίνη ενισχύει έναν φαύλο κύκλο εξάρτησης, αυξάνοντας συνολικά τα επίπεδα άγχους μακροπρόθεσμα (West, 2017).

Μία ακόμα συχνή πεποίθηση αφορά την υποτίμηση του κινδύνου, ιδιαίτερα από καπνιστές χαμηλής ή περιστασιακής κατανάλωσης, οι οποίοι θεωρούν ότι το « λίγο κάπνισμα» δεν συνεπάγεται με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Στον ελληνικό πληθυσμό, το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο σε νεότερες ηλικιακές ομάδες, όπου καταγράφεται χαμηλή αντίληψη προσωπικής ευαλωτότητας (Τζάνης και συν., 2019). Παρ'όλα αυτά, επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν ότι ακόμη και η κατανάλωση λίγων τσιγάρων ημερησίως αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου και πρόωρης θνησιμότητας (Hackshaw et al., 2018, WHO 2023). Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΔΥ, το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα (ΕΟΔΥ, 2022).

Παράλληλα, πολλοί καπνιστές εκφράζουν την πεποίθηση ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν, υποτιμώντας τον ισχυρό εθιστικό χαρακτήρα της νικοτίνης. Η πεποίθηση αυτή λειτουργεί συχνά ως γνωστικός μηχανισμός άμυνας και

συνδέεται με μειωμένη πρόθεση διακοπής του καπνίσματος (Benowitz, 2010, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2018). Επιπλέον, η επίκληση μεμονωμένων παραδειγμάτων μακροβιότητας καπνιστών χρησιμοποιείται συχνά για την άρνηση ή την εκλογίκευση του κινδύνου, αγνοώντας τη στατιστική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένης νοσηρότητας σε πληθυσμιακό επίπεδο (Weinstein, 1987).

Τέλος, η ευρεία διάδοση εναλλακτικών προϊόντων νικοτίνης, όπως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, έχει ενισχύσει την πεποίθηση ότι αποτελούν ακίνδυνη επιλογή, συγκριτικά με τα συμβατικά τσιγάρα, μολονότι τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι δεν στερούνται κινδύνων για την υγεία και διατηρούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη (CDC, 2024, Υπουργείο Υγείας, 2020).

Συνολικά, οι κοινές πεποιθήσεις των καπνιστών αποτελούν κρίσιμο παράγοντα στη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς και θα πρέπει να λαμβάνονται υποψη στον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος, τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο.

3.1 Γνωστικές πεποιθήσεις

Στο πλαίσιο της ψυχολογίας της υγείας, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη μελέτη των γνωστικών πεποιθήσεων των καπνιστών, δηλαδή των σταθερών μοτίβων σκέψης, βασικών υποθέσεων και ερμηνευτικών σχημάτων μέσω των οποίων το άτομο αντιλαμβάνεται το κάπνισμα, αξιολογεί τους κινδύνους και καθορίζει τη συμπεριφορά του. Οι γνωστικές πεποιθήσεις λειτουργούν ως φίλτρα επεξεργασίας της πληροφορίας και επηρεάζουν τόσο τη συναισθηματική εμπειρία όσο και τις συμπεριφορικές επιλογές του ατόμου (Beck, 2011). Στην περίπτωση του καπνίσματος, οι πεποιθήσεις αυτές συχνά λειτουργούν αμυντικά, μειώνοντας τη γνωστική και συναισθηματική δυσφορία που προκύπτει από τη σύγκρουση μεταξύ γνώσης και συμπεριφοράς.

Μία από τις πιο διαδεδομένες γνωστικές πεποιθήσεις των καπνιστών αφορά την αντίληψη ελέγχου και αυτοαποτελεσματικότητας. Πολλοί καπνιστές δηλώνουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσουν, ακόμη και όταν έχουν προηγηθεί πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες. Η πεποίθηση αυτή αντικατοπτρίζει συχνά υπερεκτίμηση των προσωπικών δυνατοτήτων και ταυτόχρονα υποτίμηση της δύναμης της

νικοτινικής εξάρτησης. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας, η πίστη του ατόμου στις ικανότητές του επηρεάζει σημαντικά την κινητοποίηση και την επιμονή στη συμπεριφορική αλλαγή (Bandura, 1997). Ωστόσο, όταν η αυτοαποτελεσματικότητα δεν βασίζεται σε ρεαλιστική εκτίμηση των δυσκολιών, μπορεί να λειτουργήσει παραδόξως ανασταλτικά, οδηγώντας σε αναβολή της διακοπής και παγίωση της συνήθειας.

Παράλληλα, συχνά παρατηρείται ελαχιστοποίηση του κινδύνου μέσω γνωστικών στρεβλώσεων, όπως η αισιόδοξη προκατάληψη. Οι καπνιστές τείνουν να πιστεύουν ότι οι σοβαρές συνέπειες του καπνίσματος αφορούν κυρίως άλλους και όχι τους ίδιους, ιδιαίτερα όταν δεν έχουν εμφανίσει ακόμη άμεσα προβλήματα υγείας. Η σύγκριση με άτομα που καπνίζουν περισσότερο ή φαίνονται υγιή παρά τη μακροχρόνια καπνιστική τους συμπεριφορά λειτουργεί καθησυχαστικά και μειώνει την αντιλαμβανόμενη τρωτότητα (Weinstein, 1987). Με τον τρόπο αυτό, η απειλή αποδυναμώνεται γνωστικά και η συμπεριφορική αλλαγή καθίσταται λιγότερο πιθανή.

Ιδιαίτερο ρόλο στη διατήρηση του καπνίσματος διαδραματίζουν και οι λειτουργικές πεποιθήσεις που αποδίδονται στο τσιγάρο. Το κάπνισμα συχνά βιώνεται ως μέσο διαχείρισης του άγχους, της έντασης και των αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και ως στοιχείο κοινωνικής ένταξης και ταυτότητας. Πολλοί καπνιστές θεωρούν ότι το τσιγάρο τους βοηθά να χαλαρώσουν, να συγκεντρωθούν ή να κοινωνικοποιηθούν ευκολότερα. Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ανακούφιση που αποδίδεται στο κάπνισμα σχετίζεται κυρίως με τη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης της νικοτίνης και όχι με πραγματική αγχολυτική δράση (Parrott, 1999). Παρ' όλα αυτά, οι πεποιθήσεις αυτές ενισχύονται μέσα από την επαναλαμβανόμενη εμπειρία και καθίστανται κεντρικό στοιχείο της ψυχολογικής εξάρτησης.

Η θεωρητική κατανόηση των γνωστικών πεποιθήσεων των καπνιστών ενισχύεται από ψυχοκοινωνικά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας. Σύμφωνα με τη θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας, η αντίφαση μεταξύ της γνώσης των κινδύνων του καπνίσματος και της συνέχισης της συμπεριφοράς προκαλεί ψυχολογική δυσφορία. Για να μειωθεί η δυσφορία αυτή, οι καπνιστές τείνουν να τροποποιούν τις πεποιθήσεις τους αντί να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, υιοθετώντας δικαιολογίες και αναπλαισιώσεις της πραγματικότητας (Festinger, 1957). Η διαδικασία αυτή λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας και ενισχύει τη σταθερότητα της καπνιστικής συμπεριφοράς.

Η κατανόηση των γνωστικών πεποιθήσεων αποκτά ιδιαίτερη σημασία στον σχεδιασμό παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος. Οι σύγχρονες παρεμβάσεις έχουν απομακρυνθεί από μονοδιάστατες βιοϊατρικές προσεγγίσεις και υιοθετούν πολυεπίπεδα μοντέλα που συνδυάζουν φαρμακολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία. Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις, όπως η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, στοχεύουν στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων και της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα, αυξάνοντας τις πιθανότητες βραχυπρόθεσμης αποχής. Ωστόσο, η αποκλειστική χρήση φαρμακευτικών μέσων χωρίς ψυχολογική υποστήριξη παρουσιάζει περιορισμένη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, καθώς δεν αντιμετωπίζει τις γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες της εξάρτησης (Benowitz, 2010).

Στον πυρήνα των σύγχρονων προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος βρίσκονται οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν άμεσα στις δυσλειτουργικές γνωστικές πεποιθήσεις που συντηρούν την καπνιστική συμπεριφορά. Μέσα από τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης, οι καπνιστές ενθαρρύνονται να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν σκέψεις όπως «το τσιγάρο με χαλαρώνει» ή «δεν κινδυνεύω πραγματικά», αντικαθιστώντας τις με πιο ρεαλιστικές και λειτουργικές πεποιθήσεις (Bandura, 1997). Παράλληλα, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων, όπως η εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης, αναπνοής και επίλυσης προβλημάτων (Kassel et al., 2003).

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην **ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας**, η οποία έχει αναδειχθεί ως βασικός προγνωστικός παράγοντας επιτυχούς διακοπής. Μέσα από σταδιακούς και εφικτούς στόχους, θετική ανατροφοδότηση και ενίσχυση της επιτυχίας, οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης του ατόμου στις δυνατότητές του να διαχειριστεί τις δυσκολίες της αποχής (Bandura, 1997). Οι ομαδικές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος προσφέρουν επιπλέον κοινωνική υποστήριξη και αίσθηση κοινής εμπειρίας, ενισχύοντας τη δέσμευση για αλλαγή και μειώνοντας το αίσθημα αποτυχίας.

Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, οι ατομικές παρεμβάσεις συμπληρώνονται από δομικές και πολιτικές παρεμβάσεις, όπως η αύξηση της φορολογίας στα καπνικά προϊόντα, οι αντικαπνιστικοί νόμοι και οι εκστρατείες ενημέρωσης. Οι παρεμβάσεις αυτές επηρεάζουν έμμεσα τις γνωστικές πεποιθήσεις, μεταβάλλοντας τις κοινωνικές νόρμες και μειώνοντας την κανονικοποίηση του καπνίσματος (WHO, 2023).

Συνοψίζοντας, οι γνωστικές πεποιθήσεις των καπνιστών αποτελούν κεντρικό μηχανισμό στη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς και κρίσιμο στόχο των παρεμβάσεων διακοπής. Η κατανόηση και τροποποίηση των πεποιθήσεων αυτών είναι απαραίτητη τόσο για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος όσο και για την πρόληψη της έναρξης, ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες.

3.2 Συναισθηματικές πεποιθήσεις

Οι συναισθηματικές πεποιθήσεις των καπνιστών συγκροτούν ένα σύνθετο και ανθεκτικό σύστημα ψυχολογικών νοημάτων, μέσω του οποίου το άτομο ερμηνεύει τόσο τη λειτουργία του καπνίσματος όσο και τις συνέπειες της διακοπής του. Οι πεποιθήσεις αυτές δεν αναπτύσσονται αποκλειστικά σε γνωστικό επίπεδο, αλλά εδράζονται κυρίως στη βιωματική μάθηση, στη συναισθηματική εμπειρία και στην επαναλαμβανόμενη σύζευξη συγκεκριμένων συναισθηματικών καταστάσεων με την πράξη του καπνίσματος (West, 2006). Ως αποτέλεσμα, αποκτούν ισχυρό συναισθηματικό φορτίο και εμφανίζουν σημαντική αντίσταση στην αλλαγή, ακόμη και όταν το άτομο διαθέτει υψηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία.

Κεντρική συναισθηματική πεποίθηση είναι ότι το κάπνισμα αποτελεί αναγκαίο και αποτελεσματικό μηχανισμό συναισθηματικής ρύθμισης. Πολλοί καπνιστές βιώνουν το τσιγάρο ως μέσο μείωσης του άγχους, της έντασης και της ψυχικής δυσφορίας, καθώς και ως τρόπο επαναφοράς σε μια υποκειμενική αίσθηση ισορροπίας (Kassel et al., 2003). Η πεποίθηση αυτή ενισχύεται μέσω της άμεσης ανακούφισης που ακολουθεί το κάπνισμα, η οποία αποδίδεται στο ίδιο το τσιγάρο και όχι στη φαρμακολογική ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης της νικοτίνης (Parrott, 1999).

Στο πλαίσιο της θεωρίας της αρνητικής ενίσχυσης, το κάπνισμα διατηρείται επειδή μειώνει τη δυσφορία και όχι επειδή προκαλεί απαραίτητα ευχαρίστηση (Baker et al., 2004). Με την πάροδο του χρόνου, το άτομο μαθαίνει ότι συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις — όπως άγχος, θυμός, πλήξη ή ματαίωση — «απαιτούν» κάπνισμα για να γίνουν ανεκτές. Έτσι, διαμορφώνεται η πεποίθηση της συναισθηματικής αναγκαιότητας του καπνίσματος, σύμφωνα με την οποία η καθημερινή λειτουργικότητα χωρίς τσιγάρο βιώνεται ως συναισθηματικά ανέφικτη.

Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η ανάπτυξη της πεποίθησης ότι η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται απώλεια συναισθηματικού ελέγχου. Πολλοί καπνιστές προβλέπουν ότι χωρίς το τσιγάρο θα είναι πιο ευερέθιστοι, λιγότερο ανεκτικοί στο στρες και συναισθηματικά «αποδιοργανωμένοι» (Mc Kee et al., 2003). Η προσδοκία αυτή συνδέεται με φαινόμενα συναισθηματικής πρόβλεψης (affective forecasting), όπου το άτομο υπερεκτιμά τη διάρκεια και την ένταση της μελλοντικής δυσφορίας. Η υπερεκτίμηση αυτή ενισχύει τον φόβο της διακοπής και λειτουργεί ανασταλτικά στη λήψη απόφασης για αλλαγή συμπεριφοράς.

Παράλληλα, το κάπνισμα αποκτά έντονη συναισθηματική και συμβολική αξία, οδηγώντας σε συναισθηματική εξάρτηση που υπερβαίνει τη σωματική διάσταση της νικοτίνης. Το τσιγάρο συχνά συνδέεται με στιγμές παύσης, αυτοφροντίδας ή κοινωνικής επαφής και βιώνεται ως σταθερός, προβλέψιμος «σύμμαχος» σε συνθήκες ψυχικής κόπωσης ή μοναξιάς (Baker et al., 2004). Σε αυτό το πλαίσιο, η διακοπή του καπνίσματος βιώνεται συναισθηματικά ως απώλεια, παρόμοια με τον αποχωρισμό ενός υποστηρικτικού αντικειμένου.

Οι συναισθηματικές πεποιθήσεις ενσωματώνονται επίσης στην προσωπική και κοινωνική ταυτότητα του καπνιστή. Το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί ως στοιχείο αυτοπροσδιορισμού ή ως μέσο κοινωνικής ένταξης, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου η συμπεριφορά είναι κοινωνικά αποδεκτή. Η διακοπή, επομένως, απαιτεί όχι μόνο αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά και αναδόμηση της αυτοεικόνας, γεγονός που συνοδεύεται από συναισθηματική ανασφάλεια και αντίσταση (Hertel & Mermelstein, 2012).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης οι συναισθηματικοί και γνωστικοί μηχανισμοί άμυνας, οι οποίοι επιτρέπουν τη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς χωρίς έντονη συναισθηματική σύγκρουση. Η υποτίμηση του προσωπικού κινδύνου, η μη ρεαλιστική αισιοδοξία και ο εξορθολογισμός της συμπεριφοράς λειτουργούν προστατευτικά για την αυτοεκτίμηση και μειώνουν το άγχος που θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγή (Weinstein, 1987). Οι άμυνες αυτές είναι βαθιά συναισθηματικές, καθώς διαφυλάσσουν την αίσθηση συνοχής του εαυτού.

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχει η χαμηλή αντιλαμβανόμενη συναισθηματική αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή η πεποίθηση ότι το άτομο δεν διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα χωρίς το κάπνισμα. Η πεποίθηση

αυτή ενισχύεται από προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής και οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο μαθημένης αδυναμίας και υποτροπής (Bandura, 1997).

Οι συναισθηματικές πεποιθήσεις των καπνιστών έχουν ισχυρή νευροψυχολογική βάση και συνδέονται με τη λειτουργία εγκεφαλικών συστημάτων που εμπλέκονται στην ανταμοιβή, τη ρύθμιση του συναισθήματος και τον εκτελεστικό έλεγχο. Η νικοτίνη ενεργοποιεί το μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα, προκαλώντας απελευθέρωση ντοπαμίνης και ενισχύοντας την αίσθηση ανακούφισης από τη συναισθηματική δυσφορία. Μέσω επαναλαμβανόμενης χρήσης, το σύστημα αυτό μαθαίνει να συνδέει το κάπνισμα με τη μείωση αρνητικών συναισθημάτων, παγιώνοντας την πεποίθηση ότι το τσιγάρο είναι απαραίτητο για τη συναισθηματική ισορροπία. Παράλληλα, η αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής κατά τη στέρηση νικοτίνης ενισχύει το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα, καθιστώντας τη διακοπή του καπνίσματος συναισθηματικά απειλητική. Το κάπνισμα λειτουργεί έτσι ως νευροβιολογικός μηχανισμός καταστολής του στρες. Επιπλέον, η χρόνια χρήση νικοτίνης επηρεάζει τον προμετωπιαίο φλοιό, μειώνοντας τον εκτελεστικό έλεγχο και την ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων, γεγονός που ενισχύει την αίσθηση χαμηλής αυτοαποτελεσματικότητας. Οι συναισθηματικές πεποιθήσεις ενδυναμώνονται περαιτέρω μέσω μαθημένων συνειρμών με περιβαλλοντικά ερεθίσματα, τα οποία ενεργοποιούν αυτόματα προσδοκίες ανακούφισης πριν από τη συνειδητή σκέψη. Επιπλέον, οι καπνιστές τείνουν να υπερεκτιμούν τη μελλοντική συναισθηματική δυσφορία της διακοπής, λόγω δυσλειτουργικής συνεργασίας μεταξύ συναισθηματικών και εκτελεστικών εγκεφαλικών περιοχών. Συνεπώς, οι συναισθηματικές πεποιθήσεις των καπνιστών δεν αποτελούν απλές γνωστικές στρεβλώσεις, αλλά αντανακλούν πραγματικές νευροψυχολογικές προσαρμογές του εγκεφάλου. Η κατανόηση αυτής της βάσης εξηγεί τη μεγάλη ανθεκτικότητά τους και αναδεικνύει την ανάγκη παρεμβάσεων που στοχεύουν τόσο στη γνωστική όσο και στη συναισθηματική και νευροβιολογική ρύθμιση. Η χρόνια χρήση νικοτίνης αναπρογραμματίζει τα συστήματα ανταμοιβής, στρες και αυτορρύθμισης, καθιστώντας το κάπνισμα συναισθηματικά προνομιακό και τη διακοπή συναισθηματικά απειλητική. Αυτό εξηγεί γιατί οι πεποιθήσεις αυτές είναι τόσο ανθεκτικές και γιατί η διακοπή απαιτεί όχι μόνο θέληση, αλλά και νευροσυναισθηματική αποκατάσταση.

Συνολικά, οι συναισθηματικές πεποιθήσεις των καπνιστών συγκροτούν ένα συνεκτικό, πολυδιάστατο σύστημα συναισθηματικής νοσηματοδότησης, το οποίο εξηγεί σε μεγάλο βαθμό

γιατί το κάπνισμα επιμένει παρά τη γνώση των κινδύνων. Η κατανόηση και αποδόμηση αυτών των πεποιθήσεων αποτελεί βασική προϋπόθεση για αποτελεσματικές παρεμβάσεις διακοπής, οι οποίες οφείλουν να στοχεύουν όχι μόνο στη συμπεριφορά, αλλά και στη συναισθηματική σχέση του ατόμου με το τσιγάρο.

3.3 Κοινωνικές πεποιθήσεις

Οι κοινωνικές πεποιθήσεις των καπνιστών αποτελούν έναν πολυδιάστατο γνωστικό και κοινωνικό μηχανισμό μέσω του οποίου το κάπνισμα νοσηματοδοτείται, δικαιολογείται και διατηρείται στο χρόνο. Δεν πρόκειται απλώς για ατομικές στάσεις ή προσωπικές απόψεις, αλλά για συλλογικά διαμορφωμένα συστήματα αντιλήψεων που εδράζονται σε κοινωνικές νόρμες, πολιτισμικά πρότυπα και διαπροσωπικές σχέσεις (Nichter, 2003). Μέσα από αυτές τις πεποιθήσεις, το κάπνισμα μετασχηματίζεται από επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας σε κοινωνικά λειτουργική πρακτική.

Μία από τις πιο ισχυρές κοινωνικές πεποιθήσεις των καπνιστών είναι η αντίληψη ότι το κάπνισμα αποτελεί κοινωνικά συνηθισμένη συμπεριφορά. Όταν η χρήση καπνού είναι ευρέως διαδεδομένη στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, οι καπνιστές τείνουν να την αντιλαμβάνονται ως αυτονόητη και μη προβληματική. Η κοινωνική κανονικοποίηση λειτουργεί σιωπηρά, μέσω της επανάληψης και της απουσίας κοινωνικής αποδοκιμασίας, και οδηγεί στη μείωση της αντιλαμβανόμενης σοβαρότητας των συνεπειών (Poland et al., 2000). Η αντίληψη αυτή ενισχύεται ιδιαίτερα σε πολιτισμικά πλαίσια όπου το κάπνισμα συνδέεται ιστορικά με την κοινωνική ζωή, την ψυχαγωγία και την καθημερινή συναναστροφή. Σε τέτοια περιβάλλοντα, το κάπνισμα παύει να αποτελεί ατομική επιλογή και ενσωματώνεται σε συλλογικές πρακτικές.

Οι καπνιστές συχνά αποδίδουν στο κάπνισμα σαφή κοινωνική λειτουργία, θεωρώντας το μέσο ένταξης σε ομάδες και διατήρησης κοινωνικών δεσμών. Το τσιγάρο λειτουργεί ως κοινός κοινωνικός κώδικας, διευκολύνοντας την επικοινωνία, μειώνοντας την κοινωνική αμηχανία και δημιουργώντας άτυπους χώρους κοινωνικοποίησης, όπως τα διαλείμματα στον χώρο εργασίας ή οι κοινωνικές συναθροίσεις (Bottorff et al., 2013). Η πεποίθηση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς οδηγεί πολλούς καπνιστές να αντιλαμβάνονται τη διακοπή ως πιθανή απώλεια

κοινωνικής επαφής. Η προοπτική κοινωνικής απομόνωσης λειτουργεί ως ισχυρό εμπόδιο αλλαγής, ακόμη και όταν υπάρχει επίγνωση των κινδύνων για την υγεία.

Για αρκετούς καπνιστές, το κάπνισμα αποκτά συμβολικό χαρακτήρα και ενσωματώνεται στην κοινωνική τους ταυτότητα. Δεν αποτελεί απλώς συμπεριφορά, αλλά στοιχείο αυτοπροσδιορισμού, συνδεδεμένο με έννοιες όπως η ανεξαρτησία, η αυτονομία ή η αντίσταση στους κοινωνικούς κανόνες (Farrimond & Joffe, 2006). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η καπνιστική συμπεριφορά αποκτά νοηματικό βάθος που υπερβαίνει τη βιολογική εξάρτηση. Η διακοπή του καπνίσματος, σε αυτό το πλαίσιο, βιώνεται ως απειλή για την κοινωνική εικόνα του εαυτού και απαιτεί αναδόμηση της ταυτότητας, γεγονός που καθιστά την αλλαγή ιδιαίτερα απαιτητική.

Οι κοινωνικές πεποιθήσεις των καπνιστών ενισχύονται μέσω διαδικασιών κοινωνικής σύγκρισης. Οι καπνιστές συγκρίνουν συχνά τον εαυτό τους με άλλους καπνιστές που δεν εμφανίζουν άμεσα προβλήματα υγείας, οδηγούμενοι στην υποτίμηση της προσωπικής τους ευαλωτότητας (Weinstein, 1987). Η απουσία άμεσων αρνητικών συνεπειών λειτουργεί ως κοινωνική επιβεβαίωση της «ασφάλειας» στη διατήρηση της συμπεριφοράς.

Παράλληλα, αναπτύσσονται συλλογικοί εξορθολογισμοί, κοινωνικά αποδεκτοί, όπως η αντίληψη ότι «όλοι κάνουν κάτι ανθυγιεινό» ή ότι «το άγχος είναι πιο επικίνδυνο από το κάπνισμα». Οι πεποιθήσεις αυτές μειώνουν τη γνωστική ασυμφωνία και επιτρέπουν τη συνέχιση της συμπεριφοράς χωρίς έντονη ψυχολογική δυσφορία (Festinger, 1957).

Επιπλέον η αυξανόμενη εφαρμογή αντικαπνιστικών πολιτικών έχει οδηγήσει στη μεταβολή των κοινωνικών πεποιθήσεων των καπνιστών σε σχέση με το κοινωνικό στίγμα. Αν και το στίγμα μπορεί να λειτουργήσει ως κίνητρο διακοπής, συχνά προκαλεί αμυντικές αντιδράσεις, όπως άρνηση, θυμό ή ενίσχυση της καπνιστικής ταυτότητας (Stuber et al., 2008). Πολλοί καπνιστές αντιλαμβάνονται τα αντικαπνιστικά μέτρα ως μορφή κοινωνικού ελέγχου ή ηθικής στοχοποίησης, γεγονός που ενισχύει την απόσταση από τους μη καπνιστές και μειώνει την προθυμία συνεργασίας με παρεμβάσεις δημόσιας υγείας (Bell et al., 2010).

Τέλος, σημαντική κοινωνική πεποίθηση αφορά την αντίληψη ελέγχου πάνω στη συμπεριφορά. Σε κοινωνικά πλαίσια όπου το κάπνισμα παρουσιάζεται ως συνήθεια και όχι ως εξάρτηση, ενισχύεται η πεποίθηση ότι η διακοπή είναι εύκολη και μπορεί να πραγματοποιηθεί ανά πάσα

στιγμή. Η πεποίθηση αυτή συχνά οδηγεί σε αναβολή της προσπάθειας διακοπής και υποτίμηση της πραγματικής δυσκολίας αλλαγής (West, 2006).

Καταλήγοντας γίνεται φανερό ότι, οι κοινωνικές πεποιθήσεις των καπνιστών συγκροτούν ένα σύνθετο πλέγμα νοημάτων που συνδέει το κάπνισμα με την κανονικότητα, την κοινωνική ένταξη, την ταυτότητα, τη σύγκριση και το στίγμα. Η ανάλυσή τους αποκαλύπτει ότι η καπνιστική συμπεριφορά δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς χωρίς τη συνεκτίμηση του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και διατηρείται.

3.4 Πρακτικές πεποιθήσεις

Κεντρικό ρόλο στη διατήρηση του καπνίσματος διαδραματίζουν οι πρακτικές πεποιθήσεις των καπνιστών, δηλαδή οι αντιλήψεις που αποδίδουν στο κάπνισμα λειτουργική αξία στην καθημερινότητα και παράλληλα υποβαθμίζουν τη σημασία ή τη δυνατότητα της διακοπής (Τούντας, 2002, Λιονή & Τούντας, 2010).

Οι πρακτικές πεποιθήσεις περιλαμβάνουν την αντίληψη ότι το κάπνισμα μειώνει το άγχος, βοηθά στη συναισθηματική ρύθμιση και βελτιώνει τη συγκέντρωση. Στην πραγματικότητα, η ανακούφιση που βιώνεται σχετίζεται κυρίως με την αναστροφή των στερητικών συμπτωμάτων της νικοτίνης, γεγονός που ενισχύει έναν φαύλο κύκλο εξάρτησης (Βάρβογλη, 2017). Παράλληλα, το κάπνισμα συχνά εντάσσεται σε κοινωνικά πλαίσια, λειτουργώντας ως μέσο κοινωνικοποίησης και ένταξης, ιδιαίτερα σε επαγγελματικά περιβάλλοντα όπου τα διαλείμματα καπνίσματος αποτελούν σημείο κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Χατζηχρήστου, 2011).

Επιπλέον, οι καπνιστές συχνά εμφανίζουν χαμηλή αντιλαμβανόμενη τρωτότητα και σοβαρότητα απέναντι στις επιπτώσεις του καπνίσματος. Οι κίνδυνοι θεωρούνται μακροπρόθεσμοι, μη άμεσοι ή αφορώντες άλλους πληθυσμούς, γεγονός που μειώνει την αίσθηση επείγοντος για αλλαγή (Κρεμαστινού, 2011). Τέλος, συχνή είναι η πεποίθηση ότι η διακοπή αποτελεί επιλογή πλήρως ελέγξιμη, οδηγώντας σε αναβολή της προσπάθειας ή σε επαναλαμβανόμενες, αποτυχημένες απόπειρες διακοπής (Τσίρος & Κουτσογιάννης, 2015).

Το κάπνισμα παραμένει ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, με υψηλά ποσοστά επιπολασμού σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Παρά τη βελτίωση του θεσμικού πλαισίου και την αυξημένη ενημέρωση του πληθυσμού, η καπνιστική συμπεριφορά εξακολουθεί να διατηρείται, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη κατανόησης όχι μόνο των βιολογικών, αλλά κυρίως των γνωσιακών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων που τη συντηρούν (Τούντας, 2002, Λιονή & Τούντας, 2010).

Κεντρικό ρόλο στη διατήρηση του καπνίσματος διαδραματίζουν οι πρακτικές πεποιθήσεις των καπνιστών, δηλαδή οι αντιλήψεις που καθιστούν το κάπνισμα «χρήσιμο» και λειτουργικό στην καθημερινή ζωή. Στον ελληνικό πληθυσμό, οι πεποιθήσεις αυτές συνδέονται συχνά με την αντίληψη ότι το κάπνισμα μειώνει το άγχος, προσφέρει στιγμές χαλάρωσης και διευκολύνει την κοινωνική επαφή. Η κουλτούρα του καφέ, οι κοινωνικές συναναστροφές και τα εργασιακά διαλείμματα ενισχύουν την κανονικοποίηση του καπνίσματος ως αποδεκτής και αναμενόμενης συμπεριφοράς (Χατζηχρήστου, 2011). Παράλληλα, παρατηρείται συστηματική υποτίμηση της προσωπικής επικινδυνότητας. Αν και οι περισσότεροι καπνιστές γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος, τείνουν να τις αντιλαμβάνονται ως μακροπρόθεσμες ή ως προβλήματα που αφορούν κυρίως τους «βαρείς» ή τους «ηλικιωμένους» καπνιστές. Η αντίληψη αυτή μειώνει την αίσθηση επείγοντος και μεταθέτει τη διακοπή στο απροσδιόριστο μέλλον (Κρεμαστινού, 2011). Επιπλέον, είναι διαδεδομένη η πεποίθηση ότι η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί θέμα προσωπικής βούλησης και ελέγχου, γεγονός που συχνά οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες προσπάθειες και τελικά σε αποθάρρυνση (Τσίρος & Κουτσογιάννης, 2015).

Οι παρεμβάσεις στην Ελλάδα εφαρμόζονται κυρίως σε κλινικό και πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας. Τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος, που λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, αξιοποιούν την προσωποποιημένη ενημέρωση. Μετρήσεις όπως το μονοξείδιο του άνθρακα στην εκπνοή και η αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας βοηθούν τον καπνιστή να συνδέσει το κάπνισμα με άμεσα και απτά αποτελέσματα στην υγεία του (Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, 2019). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων, τα οποία στον ελληνικό πληθυσμό συχνά σχετίζονται με τον φόβο άγχους, ευερεθιστότητας και αύξησης βάρους. Η φαρμακοθεραπεία, σε συνδυασμό με ψυχοεκπαίδευση, αποτελεί βασικό πυλώνα των παρεμβάσεων αυτών. Η ενημέρωση σχετικά με τη φύση της εξάρτησης και τα αναμενόμενα στάδια στέρξης συμβάλλει στη διαμόρφωση ρεαλιστικών προσδοκιών και στη μείωση της πρόωρης

εγκατάλειψης της προσπάθειας (Λιονή & Τούντας, 2010). Τα ερεθίσματα για δράση αποτελούν επίσης κρίσιμο στοιχείο. Στην Ελλάδα, η κινητοποίηση συχνά προκύπτει μετά από ιατρική σύσταση ή την εμφάνιση συμπτωμάτων. Οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας επιχειρούν να μετατοπίσουν αυτό το σημείο ενεργοποίησης προς την πρόληψη, μέσω προληπτικών ελέγχων, καμπανιών και συστηματικής συμβουλευτικής από επαγγελματίες υγείας (Κρεμαστινού, 2011).

Συμπληρωματικά, οι παρεμβάσεις στην Ελλάδα εστιάζουν στη μεταβολή των στάσεων απέναντι στο κάπνισμα μέσω γνωσιακών και βιωματικών τεχνικών. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, που εφαρμόζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, στοχεύει στην γνωστική αναδόμηση των πεποιθήσεων ότι το κάπνισμα αποτελεί απαραίτητο μέσο διαχείρισης άγχους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Οι καπνιστές ενθαρρύνονται να αναπτύξουν εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, προσαρμοσμένες στην καθημερινότητά τους. Σε επίπεδο υποκειμενικών κοινωνικών κανόνων, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι ομαδικές παρεμβάσεις και τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος που λειτουργούν σε νοσοκομεία, δήμους και χώρους εργασίας. Τα προγράμματα αυτά συμβάλλουν στη δημιουργία ενός νέου κοινωνικού πλαισίου, όπου η διακοπή γίνεται κοινωνικά αποδεκτή και ενισχυμένη επιλογή. Η εμπλοκή της οικογένειας και του στενού κοινωνικού δικτύου θεωρείται κρίσιμη για τη διατήρηση της αποχής, ιδιαίτερα σε πολιτισμικά πλαίσια όπως το ελληνικό, όπου οι διαπροσωπικές σχέσεις έχουν αυξημένη σημασία (Χατζηχρήστου, 2011). Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς ενισχύεται μέσω της συνέντευξης κινητοποίησης και της σταδιακής προσέγγισης της διακοπής. Η θέσπιση μικρών, ρεαλιστικών στόχων και η απενοχοποίηση των υποτροπών συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας και στη μακροπρόθεσμη επιτυχία της παρέμβασης (Τσίρος & Κουτσογιάννης, 2015).

Είναι κοινά παραδεκτό ότι, το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, παρά τη θεσμική εναρμόνιση της χώρας με τις ευρωπαϊκές οδηγίες και τη διεθνή τεκμηρίωση των επιπτώσεών του στην υγεία. Η εμπειρία της Ευρωπαϊκής Ένωσης δείχνει ότι η αποτελεσματική μείωση του καπνίσματος δεν επιτυγχάνεται μέσω μεμονωμένων μέτρων, αλλά απαιτεί συνεκτικές, μακροπρόθεσμες και πολυεπίπεδες πολιτικές, οι οποίες επηρεάζουν ταυτόχρονα τις ατομικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές νόρμες και το θεσμικό περιβάλλον (WHO, 2019, European Commission, 2021).

Συνολικά, οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στην Ελλάδα οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες και τις πρακτικές πεποιθήσεις των καπνιστών. Στην ελληνική πραγματικότητα, βασικό εμπόδιο δεν αποτελεί τόσο η απουσία νομοθεσίας, όσο η μη πιστή εφαρμογή, η περιορισμένη διασύνδεση πολιτικών και υπηρεσιών υγείας και η ανεπαρκής στόχευση των πρακτικών πεποιθήσεων των καπνιστών, οι οποίες διατηρούν τη συμπεριφορά (Τούντας, 2002, Λιονή & Τούντας, 2010).

Σε πολλές χώρες της ΕΕ (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Σκανδιναβικές χώρες), η μείωση του καπνίσματος βασίστηκε στην υλοποίηση εθνικών στρατηγικών με σαφείς στόχους, δείκτες και μηχανισμούς αξιολόγησης. Αντίθετα, στην Ελλάδα οι παρεμβάσεις χαρακτηρίζονται από αποσπασματικότητα και χρονική ασυνέχεια. Η υιοθέτηση μιας Εθνικής Στρατηγικής Ελέγχου του Καπνίσματος, με δεκαετή ορίζοντα και διακομματική δέσμευση, θα λειτουργούσε ως σταθερό ερέθισμα για δράση και θα συνέβαλε στη σταδιακή αλλαγή των κοινωνικών νόρμων (Τούντας, 2002, WHO, 2019).

Επίσης η εμπειρία της ΕΕ δείχνει ότι η αυστηρή και καθολική εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους οδηγεί σε ταχεία απονομιμοποίηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Στην Ελλάδα, η ατελής εφαρμογή της νομοθεσίας ενισχύει την πεποίθηση ότι το κάπνισμα παραμένει κοινωνικά αποδεκτό, διατηρώντας ισχυρούς υποκειμενικούς κοινωνικούς κανόνες υπέρ της συμπεριφοράς (Χατζηχρήστου, 2011). Η ενίσχυση των ελέγχων και η θεσμική συνέπεια στην εφαρμογή του νόμου θα επηρέαζαν άμεσα τον άξονα των κοινωνικών νόρμων, μειώνοντας την κοινωνική πίεση για συνέχιση του καπνίσματος και ενισχύοντας την πρόθεση διακοπής, όπως έχει αποδειχθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (European Commission, 2021).

Ακόμη, η αύξηση της φορολογίας των καπνικών προϊόντων αποτελεί ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα μείωσης της κατανάλωσης στην ΕΕ. Ωστόσο, η ευρωπαϊκή εμπειρία υποδεικνύει ότι το μέτρο είναι πιο αποδεκτό και αποτελεσματικό όταν συνδέεται με επανεπένδυση των εσόδων σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Στην Ελλάδα, η απουσία αυτής της σύνδεσης περιορίζει τόσο την κοινωνική αποδοχή όσο και τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της φορολογικής πολιτικής (Λιονή & Τούντας, 2010). Η δέσμευση μέρους των εσόδων για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος θα μείωνε τα

αντιλαμβανόμενα εμπόδια, ιδίως για κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, και θα ευθυγραμμίζονταν με τις ευρωπαϊκές πρακτικές κοινωνικής δικαιοσύνης στη δημόσια υγεία (WHO, 2019).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος είναι πλήρως ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σταθερή χρηματοδότηση και συστηματική παρακολούθηση. Στην Ελλάδα, τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος αποτελούν σημαντική πρωτοβουλία, αλλά χαρακτηρίζονται από άνιση γεωγραφική κατανομή και περιορισμένη διασύνδεση με την «ΠΦΥ» (Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, 2019). Η θεσμική ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στην «ΠΦΥ» θα ενίσχυε τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, παρέχοντας συνεχή υποστήριξη, έγκαιρα ερεθίσματα για δράση και μείωση των πρακτικών εμποδίων της διακοπής.

Η ευρωπαϊκές και διεθνείς εκστρατείες κατά του καπνίσματος που βασίζονται αποκλειστικά στον φόβο έχουν περιορισμένη και συχνά βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, πιο επιτυχημένες είναι οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν: αύξηση της αντιλαμβανόμενης τρωτότητας και σοβαρότητας, ανάδειξη άμεσων και χειροπιαστών οφελών της διακοπής, ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας και σαφή πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης (Kreuter et al., 2014, Κρεμαστινού, 2011). Στην Ελλάδα, απαιτείται μετάβαση σε συνεχείς, στρατηγικά σχεδιασμένες εκστρατείες, ευθυγραμμισμένες με τις διαθέσιμες υπηρεσίες διακοπής.

Η εμπειρία της ΕΕ δείχνει ότι το κάπνισμα συγκεντρώνεται δυσανάλογα σε πληθυσμούς χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση ενίσχυσε αυτή τη συσχέτιση, καθιστώντας αναγκαία τη στοχευμένη πολιτική παρέμβαση (Τσίρος & Κουτσογιάννης, 2015). Η ανάπτυξη προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος για ανέργους, άτομα χαμηλού εισοδήματος και ομάδες υψηλού ψυχοκοινωνικού στρες θα μείωνε τόσο τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια, όσο και τις κοινωνικές πιέσεις διατήρησης της συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, η σύγκλιση της Ελλάδας με τις ευρωπαϊκές βέλτιστες πρακτικές στον έλεγχο του καπνίσματος προϋποθέτει τη μετάβαση από τυπική συμμόρφωση με ευρωπαϊκές οδηγίες σε ένα ολιστικό, τεκμηριωμένο και κοινωνικά ευαίσθητο σύστημα πολιτικών, το οποίο λαμβάνει υπόψη τις πρακτικές πεποιθήσεις των καπνιστών. Μόνο μέσω αυτής της προσέγγισης μπορεί να επιτευχθεί βιώσιμη μείωση του καπνίσματος και ουσιαστική προαγωγή της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

3.5 Αμυντικοί μηχανισμοί

Η επιμονή της καπνιστικής συμπεριφοράς δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς μόνο μέσω βιολογικών μηχανισμών εξάρτησης ή κοινωνικών επιρροών, αλλά απαιτεί την κατανόηση βαθύτερων ψυχολογικών διεργασιών, στις οποίες περιλαμβάνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου (Vaillant, 1992). Ως αμυντικοί μηχανισμοί ορίζονται οι ασυνείδητες ψυχικές στρατηγικές που ενεργοποιούνται με στόχο τη μείωση του άγχους και τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας απέναντι σε εσωτερικές συγκρούσεις ή εξωτερικές απειλές (Freud, 1936). Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας, οι μηχανισμοί αυτοί θεωρούνται φυσιολογικό μέρος της ψυχικής λειτουργίας, ωστόσο η άκαμπτη ή υπερβολική χρήση τους συνδέεται με ψυχοπαθολογία και δυσλειτουργικές συμπεριφορές (McWilliams, 2011). Το κάπνισμα συχνά λειτουργεί ως συμπεριφορική έκφραση αυτών των μηχανισμών, ιδιαίτερα σε άτομα με αυξημένη ψυχική ευαλωτότητα. Η σχέση καπνίσματος και ψυχικής υγείας είναι αμφίδρομη. Έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερα σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές, μελαγχολία, διαταραχές προσωπικότητας και σοβαρές ψυχικές νόσους, όπως η σχιζοφρένεια (Royal College of Psychiatrists, 2013). Το κάπνισμα συχνά χρησιμοποιείται ως μέσο αυτορρύθμισης του συναισθήματος, γεγονός που καθιστά τους αμυντικούς μηχανισμούς κεντρικό στοιχείο στη διατήρηση της εξάρτησης.

Ένας από τους βασικότερους αμυντικούς μηχανισμούς που παρατηρούνται στους καπνιστές είναι η **άρνηση**. Το άτομο απορρίπτει ή υποβαθμίζει τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, προστατεύοντας έτσι τον εαυτό του από το άγχος που θα προκαλούσε η αποδοχή της απειλής για την υγεία. Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας, η άρνηση λειτουργεί συχνά ως άμυνα απέναντι στον φόβο της απώλειας ενός βασικού μηχανισμού αντιμετώπισης του άγχους ή της καταθλιπτικής διάθεσης (Taylor & Brown, 1988). Ιδιαίτερα σε άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία, η αναγνώριση της εξάρτησης μπορεί να βιώνεται ως απειλή για την ήδη εύθραυστη αυτοεκτίμηση.

Ο **εξορθολογισμός** αποτελεί επίσης έναν συχνό αμυντικό μηχανισμό, μέσω του οποίου το άτομο αποδίδει στο κάπνισμα λειτουργίες που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική του ισορροπία. Το τσιγάρο παρουσιάζεται ως μέσο χαλάρωσης, ελέγχου του άγχους ή «στήριγμα» σε

περιόδους συναισθηματικής έντασης. Αν και η νικοτίνη προσφέρει πρόσκαιρη ανακούφιση, στην πραγματικότητα ενισχύει τον φαύλο κύκλο άγχους και στερητικών συμπτωμάτων, επιβαρύνοντας μακροπρόθεσμα την ψυχική υγεία (West, 2017) (Εικόνα 5). Ο εξορθολογισμός επιτρέπει τη διατήρηση της συμπεριφοράς χωρίς έντονη ενοχή, μειώνοντας τη γνωσιακή ασυμφωνία (Festinger, 1957).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η χρήση του καπνίσματος ως **μηχανισμού καταστολής και αποφυγής συναισθημάτων**. Σε πολλές περιπτώσεις, το τσιγάρο λειτουργεί ως τρόπος αποφυγής της επεξεργασίας επώδυνων συναισθημάτων, όπως θλίψη, πόνος, θυμός, μοναξιά ή υπαρξιακό κενό. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοθεραπείας, τα άτομα χρησιμοποιούν ουσίες για να ανακουφιστούν από ψυχικό πόνο ή ελλείμματα στη συναισθηματική ρύθμιση (Khantzian, 1997). Το κάπνισμα, αν και κοινωνικά αποδεκτό, μπορεί να λειτουργήσει με παρόμοιο τρόπο με άλλες εξαρτήσεις, καλύπτοντας προσωρινά ψυχικές ανάγκες χωρίς να τις επιλύει.

Η **μετατόπιση συναισθημάτων** αποτελεί έναν ακόμη αμυντικό μηχανισμό με ιδιαίτερη σημασία για την ψυχική υγεία. Το άτομο μεταφέρει συναισθηματική ένταση από δυσκολίες που δεν μπορεί να εκφράσει άμεσα – όπως διαπροσωπικές συγκρούσεις ή τραυματικές εμπειρίες – στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Το τσιγάρο γίνεται έτσι ένα «ασφαλές αντικείμενο» εκτόνωσης, ενισχύοντας τη συναισθηματική εξάρτηση από αυτό (McWilliams, 2011).

Από γνωσιακή-συμπεριφορική σκοπιά, οι αμυντικοί μηχανισμοί εκφράζονται μέσω δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που συνδέονται άμεσα με την ψυχική υγεία. Πεποιθήσεις όπως «χωρίς τσιγάρο δεν μπορώ να ηρεμήσω» ή «αν το κόψω θα χειροτερέψει η ψυχολογία μου» λειτουργούν ως γνωσιακά εμπόδια στη διακοπή και ενισχύουν το άγχος της αλλαγής (Beck et al., 2011). Οι πεποιθήσεις αυτές συχνά ενισχύονται σε άτομα με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, καθιστώντας τη διακοπή ιδιαίτερα απαιτητική.

Η σύνδεση καπνίσματος και ψυχικής υγείας καθιστά αναγκαία μία ολιστική θεραπευτική προσέγγιση. Η απλή εστίαση στη συμπεριφορά χωρίς διερεύνηση των υποκείμενων ψυχολογικών μηχανισμών συχνά οδηγεί σε υποτροπές. Η αναγνώριση των αμυντικών μηχανισμών επιτρέπει στο άτομο να κατανοήσει τον ρόλο που παίζει το κάπνισμα στη

συναισθηματική του ζωή και να αναπτύξει πιο προσαρμοστικούς τρόπους διαχείρισης του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων (Prochaska & DiClemente, 2005).

Στο πλαίσιο της προαγωγής της ψυχικής υγείας, η παρέμβαση στη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να περιλαμβάνει ψυχολογική εκπαίδευση, ενίσχυση της συναισθηματικής επίγνωσης και ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. Η ψυχοδυναμική κατανόηση των αμυντικών μηχανισμών σε συνδυασμό με γνωσιακές τεχνικές αναδόμησης δυσλειτουργικών πεποιθήσεων έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και εξάρτησης από τη νικοτίνη (Khantzian, 2013).

Επιλογικά, το κάπνισμα αποτελεί μία σύνθετη συμπεριφορά που σχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία και τη λειτουργία των αμυντικών μηχανισμών. Η κατανόηση του ρόλου τους επιτρέπει την ανάπτυξη παρεμβάσεων που δεν στοχεύουν μόνο στη διακοπή της χρήσης καπνού, αλλά και στη βελτίωση της συνολικής ψυχικής ευεξίας. Η ενσωμάτωση της διάστασης της ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση του καπνίσματος αποτελεί βασικό στοιχείο για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία και την πρόληψη υποτροπών.

3.6 Μετατόπιση ευθύνης

Παρά τη σαφή επιστημονική γνώση ότι το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο, χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και πληθώρα άλλων παθολογικών καταστάσεων (World Health Organization, 2021), εξακολουθεί να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα σε πολλές χώρες, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πληροφόρηση από μόνη της δεν επαρκεί για την αλλαγή συμπεριφοράς. Η αντίφαση μεταξύ γνώσης και πράξης έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονου επιστημονικού ενδιαφέροντος. Ένας από τους πλέον καθοριστικούς μηχανισμούς είναι η μετατόπιση ευθύνης, η οποία επιτρέπει στο άτομο να αποδίδει τη συνέχιση της καπνιστικής συμπεριφοράς σε εξωτερικούς παράγοντες, μειώνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση για αλλαγή.

Η μετατόπιση ευθύνης συνδέεται άμεσα με τη **θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας**, όπως αυτή διατυπώθηκε από τον Festinger (1957). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τα άτομα βιώνουν ψυχολογική δυσφορία όταν οι συμπεριφορές τους έρχονται σε σύγκρουση με τις γνώσεις, τις αξίες ή τις πεποιθήσεις τους. Στην περίπτωση του καπνίσματος, η γνώση ότι πρόκειται για μια

επιβλαβή συμπεριφορά συγκρούεται με τη συνέχισή της, δημιουργώντας έντονη εσωτερική ένταση. Για να μειωθεί αυτή η ένταση, το άτομο είτε αλλάζει συμπεριφορά είτε τροποποιεί τις πεποιθήσεις του. Δεδομένου ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη λόγω της εξάρτησης από τη νικοτίνη, η τροποποίηση των πεποιθήσεων και η μετατόπιση ευθύνης λειτουργούν ως στρατηγική μείωσης αυτής της πίεσης, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί την αυτοεικόνα του χωρίς να χρειάζεται άμεση αλλαγή συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με την πλήρη άρνηση, η μετατόπιση ευθύνης είναι ένας πιο «ώριμος» και κοινωνικά αποδεκτός μηχανισμός, καθώς αναγνωρίζει έμμεσα το πρόβλημα, αλλά μεταφέρει την αιτιότητά του αλλού. Έτσι, το κάπνισμα δεν παρουσιάζεται ως ελεύθερη επιλογή, αλλά ως αποτέλεσμα αναγκών, πιέσεων ή εξαρτήσεων.

Επιπροσθέτως, η μετατόπιση ευθύνης λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας και εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ηθικής αποδέσμευσης, όπως αυτή περιγράφεται από τον Bandura (1999). **Μέσω της ηθικής αποδέσμευσης**, το άτομο αποσυνδέει τη συμπεριφορά του από τις ηθικές και κοινωνικές συνέπειες της, διατηρώντας θετική αυτοεικόνα. Στο κάπνισμα, αυτό επιτυγχάνεται με τη μεταφορά της ευθύνης σε παράγοντες όπως το άγχος, οι συνθήκες ζωής, η κοινωνική πίεση ή η βιολογική εξάρτηση, με αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει τη συμπεριφορά ως λιγότερο προσωπική επιλογή και περισσότερο ως αναγκαστική αντίδραση. Η διαδικασία αυτή ενισχύεται από την κοινωνική κανονικοποίηση του καπνίσματος. Όταν μια συμπεριφορά είναι ευρέως διαδεδομένη, η ατομική ευθύνη εξασθενεί και μετατρέπεται σε συλλογικό χαρακτηριστικό, γεγονός που διευκολύνει τη μετατόπιση ευθύνης από το άτομο στο κοινωνικό πλαίσιο.

Η διεθνής έρευνα έχει καταδείξει ότι οι καπνιστές αναπτύσσουν ένα συνεκτικό σύστημα γνωστικών πεποιθήσεων που υποστηρίζει και ενισχύει τη μετατόπιση ευθύνης. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται **η υποβάθμιση του προσωπικού κινδύνου**, η σύγκριση με άλλες απειλές υγείας, η ανάδειξη λειτουργικών οφελών του καπνίσματος και η ψευδαίσθηση ελέγχου της συμπεριφοράς (Hammond et al., 2006). Τέτοιες πεποιθήσεις επιτρέπουν στο άτομο να συνεχίζει το κάπνισμα χωρίς να αμφισβητεί σε βάθος τη συμπεριφορά του ή να βιώνει έντονα συναισθήματα ενοχής.

Ιδιαίτερα συχνή είναι η απόδοση του καπνίσματος στο άγχος και στις πιεστικές συνθήκες της καθημερινότητας. Η φράση «καπνίζω λόγω άγχους» αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα

μετατόπισης ευθύνης, καθώς μεταφέρει την αιτία της συμπεριφοράς σε έναν εξωτερικό και συχνά ανεξέλεγκτο παράγοντα. Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η νικοτίνη, αν και προσφέρει βραχυπρόθεσμη ανακούφιση, ενισχύει μακροπρόθεσμα τα επίπεδα άγχους, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο εξάρτησης (West, 2017). Παρά ταύτα, η πεποίθηση της «χαλάρωσης» παραμένει ισχυρή, καθώς εξυπηρετεί τη διατήρηση της συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά η μετατόπιση ευθύνης δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομικό φαινόμενο, αλλά διαμορφώνεται και ενισχύεται από το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τη θεωρία των κοινωνικών κανόνων, οι αντιλήψεις για το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό επηρεάζουν καθοριστικά τη συμπεριφορά υγείας (Cialdini et al., 2006). Σε κοινωνίες όπου το κάπνισμα παραμένει κοινωνικά ανεκτό ή ενσωματωμένο στην καθημερινότητα, η ευθύνη μεταφέρεται ευκολότερα στην «κουλτούρα» ή στις κοινωνικές πρακτικές, μειώνοντας την αίσθηση ατομικής επιλογής.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μετατόπιση ευθύνης συνιστά έναν πολυεπίπεδο ψυχοκοινωνικό μηχανισμό, μέσω του οποίου το άτομο αποδίδει τη συμπεριφορά του ή τις συνέπειές της σε εξωτερικούς παράγοντες, μειώνοντας την προσωπική του εμπλοκή στην αιτιότητα της πράξης. Στο κάπνισμα, η μετατόπιση ευθύνης δεν αποτελεί απλώς μια αμυντική δικαιολόγηση, αλλά έναν κεντρικό μηχανισμό διατήρησης της συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε συνθήκες όπου η γνώση των κινδύνων είναι εκτεταμένη και κοινωνικά διαθέσιμη.

Η μετατόπιση ευθύνης στο κάπνισμα εμφανίζεται σε διακριτές αλλά αλληλοσυνδεόμενες μορφές: Την **ψυχολογική μετατόπιση**, όπου το κάπνισμα αποδίδεται στο άγχος, στη συναισθηματική πίεση ή στην ανάγκη χαλάρωσης. Η φράση «καπνίζω λόγω άγχους» λειτουργεί ως ισχυρή δικαιολόγηση, καθώς μεταφέρει την ευθύνη σε έναν παράγοντα που βιώνεται ως εξωτερικός και ανεξέλεγκτος. Τη **βιολογική μετατόπιση**, όπου η εξάρτηση από τη νικοτίνη παρουσιάζεται ως καθοριστικός και αναπόφευκτος παράγοντας. Αν και η εξάρτηση είναι πραγματική, η αποκλειστική επίκλησή της μπορεί να περιορίσει την αίσθηση προσωπικής δυνατότητας αλλαγής. Την **κοινωνική και πολιτισμική μετατόπιση**, όπου η ευθύνη αποδίδεται στην «κουλτούρα», στην παρέα ή στον τρόπο ζωής. Ιδιαίτερα σε κοινωνίες με υψηλή κοινωνική ανοχή στο κάπνισμα, αυτή η μορφή μετατόπισης είναι ιδιαίτερα ισχυρή. Τελευταία αλλά εξίσου σημαντική, η **θεσμική μετατόπιση**, όπου η ευθύνη μεταφέρεται στο κράτος ή στο σύστημα υγείας («το κράτος δεν βοηθά», «αν ήταν τόσο σοβαρό θα το είχαν

λύσει», «Φταίνει αυτοί, που δεν εφαρμόζουν τη νομοθεσία.», «Φταίει η κυβέρνηση που δεν τολμάει να το απαγορεύσει»). Αυτή η μορφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάλυση των πολιτικών παρεμβάσεων και τον ρόλο του κράτους στη διαμόρφωση της ευθύνης ενός ατόμου. Πολιτικές που εστιάζουν αποκλειστικά στην απαγόρευση και την επιβολή κυρώσεων τείνουν να ενισχύουν την αίσθηση εξωτερικού ελέγχου και να μεταφέρουν την ευθύνη από το άτομο στο κράτος. Αντίθετα, κράτη που επένδυσαν σε υποστηρικτικές πολιτικές, όπως η ενσωμάτωση της διακοπής καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η αποστιγματιστική επικοινωνία, κατάφεραν να μειώσουν τη μετατόπιση ευθύνης και να ενισχύσουν την αυτοαποτελεσματικότητα των πολιτών (Wakefield et al., 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, η μείωση της μετατόπισης ευθύνης δεν σημαίνει μεταφορά όλης της ευθύνης στο άτομο, αλλά ανακατανομή της ευθύνης μεταξύ ατόμου, κοινωνίας και κράτους. Η ευθύνη γίνεται έτσι εφικτή και βιώσιμη, όχι καταναγκαστική.

Είναι αξιοσημείωτο ότι, η μετατόπιση ευθύνης δεν κατανέμεται ομοιόμορφα στον πληθυσμό, αλλά είναι πιο έντονη σε πληθυσμούς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπου το κάπνισμα συνδέεται στενά με χρόνιο στρες, επισφάλεια και περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Σε αυτά τα πλαίσια, η μετατόπιση ευθύνης αποκτά και δομικό χαρακτήρα, καθώς το άτομο βιώνει αντικειμενικούς περιορισμούς στις επιλογές του. Η αναγνώριση αυτής της διάστασης είναι κρίσιμη, καθώς πολιτικές που αγνοούν τις κοινωνικές ανισότητες κινδυνεύουν να ενισχύσουν τη μετατόπιση ευθύνης, παρουσιάζοντας τη διακοπή ως ζήτημα ατομικής θέλησης.

Η δημόσια πολιτική δεν είναι ουδέτερη ως προς τη μετατόπιση ευθύνης. Πολιτικές που εστιάζουν αποκλειστικά στην απαγόρευση και την τιμωρία τείνουν να ενισχύουν τη θεσμική μετατόπιση ευθύνης, καθώς οι καπνιστές βιώνουν την παρέμβαση ως εξωτερικό καταναγκασμό. Αντίθετα, πολιτικές που συνδυάζουν ρύθμιση με υποστήριξη μειώνουν την ανάγκη άμυνας και διευκολύνουν την εσωτερίκευση της αλλαγής.

Ειδικότερα στην ελληνική κοινωνία, το κάπνισμα έχει ιστορικά συνδεθεί με την κοινωνική ζωή, την εργασία και την έξοδο, γεγονός που έχει ενισχύσει την κανονικοποίηση του. Παρά την εφαρμογή αντικαπνιστικής νομοθεσίας, η κοινωνική ανοχή παραμένει υψηλή, ενώ η εφαρμογή των νόμων συχνά βιώνεται ως εξωτερικός καταναγκασμός και όχι ως συλλογική προσπάθεια προστασίας της υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι στην Ελλάδα η μετατόπιση

ευθύνης ενισχύεται από τη δυσπιστία προς το κράτος και την αντίληψη ότι οι αντικαπνιστικές πολιτικές είναι τιμωρητικές και όχι υποστηρικτικές (Filippidis et al., 2019).

Σε επίπεδο πληθυσμού, αυτό μεταφράζεται σε περιορισμένη αποτελεσματικότητα καμπανιών που βασίζονται αποκλειστικά στην ενημέρωση ή στον φόβο. Πράγματι, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι καμπάνιες που χρησιμοποιούν έντονα φοβικά μηνύματα χωρίς παράλληλη παροχή υποστήριξης συχνά ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς, οδηγώντας σε άρνηση ή αποστασιοποίηση από το μήνυμα (Witte & Allen, 2000). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η μετατόπιση ευθύνης ενισχύεται, καθώς το άτομο απορρίπτει το μήνυμα ως υπερβολικό ή μη σχετικό με την προσωπική του κατάσταση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ότι οι πιο αποτελεσματικές αντικαπνιστικές στρατηγικές είναι εκείνες που συνδυάζουν ρυθμιστικά μέτρα, αλλαγή κοινωνικών κανόνων και παροχή υποστήριξης στους καπνιστές (World Health Organization, 2021). Η ευθύνη, σε αυτό το πλαίσιο, δεν παρουσιάζεται ως ηθική υποχρέωση, αλλά ως υποστηριζόμενη δυνατότητα αλλαγής.

Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, η ανάλυση της μετατόπισης ευθύνης στο κάπνισμα δεν μπορεί να περιοριστεί σε ατομικό ψυχολογικό επίπεδο, καθώς η ίδια η δημόσια πολιτική συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο οι καπνιστές αντιλαμβάνονται την ευθύνη για τη συμπεριφορά τους. Όπως έχει υποστηριχθεί στη βιβλιογραφία της δημόσιας υγείας, οι πολιτικές παρεμβάσεις δεν λειτουργούν μόνο ρυθμιστικά, αλλά και συμβολικά, παράγοντας νοήματα σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την υγεία και με ποιον τρόπο (Burris, 2004· Bayer & Fairchild, 2016).

Προς αυτή την κατεύθυνση, η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι πιο αποτελεσματικές αντικαπνιστικές πολιτικές είναι εκείνες που καταφέρνουν να μειώσουν τη μετατόπιση ευθύνης, όχι μέσω ενοχοποίησης, αλλά μέσω της επαναπλαισίωσης της ευθύνης ως υποστηριζόμενης, κοινωνικά κατανεμημένης και θεσμικά αναγνωρισμένης διαδικασίας:

Η καμπάνια «Stoptober», που εφαρμόζεται στο **Ηνωμένο Βασίλειο** από το 2012, αποτελεί ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα πολιτικής που στοχεύει έμμεσα αλλά αποτελεσματικά στη μετατόπιση ευθύνης. Η βασική της καινοτομία δεν έγκειται στο περιεχόμενο της πληροφορίας, αλλά στον τρόπο πλαισίωσης της αλλαγής: η διακοπή καπνίσματος παρουσιάζεται ως συλλογικό εγχείρημα περιορισμένης διάρκειας, στο οποίο η αποτυχία δεν στιγματίζεται και η δυσκολία αναγνωρίζεται εκ των προτέρων (Brown et al.,

2014· Beard et al., 2016). Με αυτόν τον τρόπο, η γνωστική ασυμφωνία που βιώνει ο καπνιστής (Festinger, 1957) δεν αντιμετωπίζεται μέσω άρνησης ή μετατόπισης ευθύνης («φταίει το άγχος», «φταίει η ζωή»), αλλά μέσω μιας κοινωνικά αποδεκτής δοκιμής αλλαγής. Η ευθύνη παύει να βιώνεται ως ατομικό ηθικό βάρος και μετατρέπεται σε συμμετοχή σε μια κοινή πρακτική, γεγονός που μειώνει την ανάγκη άμυνας και δικαιολόγησης.

Η καμπάνια «Tips From Former Smokers» των CDC στις **Ηνωμένες Πολιτείες** συνιστά ένα διαφορετικό αλλά εξίσου διδακτικό παράδειγμα. Αντί να βασίζεται αποκλειστικά σε αφηρημένες πληροφορίες κινδύνου, χρησιμοποιεί μαρτυρίες πραγματικών πρώην καπνιστών, οι οποίοι περιγράφουν τις συνέπειες του καπνίσματος στην καθημερινότητά τους (McAfee et al., 2013, Davis et al., 2017). Η στρατηγική αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τη μετατόπιση ευθύνης, καθώς περιορίζει το φαινόμενο της αισιόδοξης μεροληψίας («σε εμένα δεν θα συμβεί») και τη σχετικοποίηση του κινδύνου (Hammond et al., 2006). Όταν το μήνυμα προέρχεται από άτομα με τα οποία ο καπνιστής μπορεί να ταυτιστεί, μειώνεται η δυνατότητα απόρριψής του ως μη σχετικού, και άρα περιορίζεται η ανάγκη μετατόπισης ευθύνης σε εξωτερικούς παράγοντες.

Η **αυστραλιανή** «National Tobacco Campaign» αποτελεί παράδειγμα μακροχρόνιας και συνεκτικής πολιτικής παρέμβασης, όπου η επικοινωνία, η φορολογία, η ρύθμιση της καπνοβιομηχανίας και οι υπηρεσίες διακοπής λειτουργούν συμπληρωματικά (Wakefield et al., 2010). Κρίσιμο στοιχείο της επιτυχίας αυτής της προσέγγισης είναι ότι το κράτος αναλαμβάνει ρητά μέρος της ευθύνης για το πρόβλημα, αναγνωρίζοντας τον εθιστικό χαρακτήρα της νικοτίνης και περιορίζοντας τη δομική έκθεση των πολιτών στο κάπνισμα. Αυτή η θεσμική ανάληψη ευθύνης μειώνει την ανάγκη του καπνιστή να δικαιολογήσει τη συμπεριφορά του μέσω μετατόπισης ευθύνης, καθώς το πρόβλημα δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά ως ατομική αποτυχία, αλλά ως αποτέλεσμα ενός ευρύτερου περιβάλλοντος που απαιτεί συλλογική ρύθμιση (Bayer & Fairchild, 2016).

Σε **χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως η Σουηδία και η Φινλανδία**, το κάπνισμα έχει σταδιακά απωλέσει τον χαρακτήρα της κοινωνικά κανονικής συμπεριφοράς. Η αλλαγή αυτή δεν προέκυψε μόνο από νομοθετικές απαγορεύσεις, αλλά από μακροχρόνιες πολιτικές αλλαγής κοινωνικών κανόνων, οι οποίες περιόρισαν τη δυνατότητα μετατόπισης ευθύνης στην «κουλτούρα» (Cialdini et al., 2006).

Στον **Καναδά**, οι αντικαπνιστικές πολιτικές έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στη στοχευμένη επικοινωνία ανά πληθυσμιακή ομάδα, αναγνωρίζοντας ότι η μετατόπιση ευθύνης εκδηλώνεται διαφορετικά σε νέους, εγκύους, χαμηλού εισοδήματος πληθυσμούς και αυτόχθονες κοινότητες. Καμπάνιες όπως “Break It Off” (για νέους) και “Quit for You, Quit for Two” (για εγκύους) πλαισιώνουν τη διακοπή όχι ως ηθική υποχρέωση, αλλά ως πράξη φροντίδας και αγάπης (Health Canada, 2018). Η προσέγγιση αυτή είναι κρίσιμη για τη μετατόπιση ευθύνης, καθώς μετακινεί την αιτιότητα από το «δεν έχω αυτοέλεγχο» στο «βρίσκομαι σε μια σχέση ευθύνης με άλλους». Η ευθύνη παύει να είναι ατομικό βάρος και μετατρέπεται σε κοινωνικά νοηματοδοτημένη επιλογή, μειώνοντας την ανάγκη αμυντικής δικαιολόγησης.

Η καμπάνια “Mois Sans Tabac” (Μήνας Χωρίς Καπνό), εμπνευσμένη εν μέρει από το βρετανικό Stoptober, εφαρμόζεται στη **Γαλλία** από το 2016. Η γαλλική εκδοχή δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη θεσμική παρουσία του κράτους ως υποστηρικτή, παρέχοντας δωρεάν εργαλεία διακοπής, ψηφιακή υποστήριξη και μαζική επικοινωνία (Santé Publique France, 2020). Από θεωρητική σκοπιά, η καμπάνια αυτή μειώνει τη θεσμική μετατόπιση ευθύνης, καθώς το κράτος δεν εμφανίζεται μόνο ως ρυθμιστής ή ελεγκτής, αλλά ως ενεργός συμμετέχων στη διαδικασία αλλαγής. Η ευθύνη επαναπλαισιώνεται ως κοινή προσπάθεια κράτους–πολίτη, γεγονός που μειώνει την αμυντική στάση και αυξάνει την εσωτερίκευση της αλλαγής.

Η στρατηγική “Smoke-free Generation” στην **Ολλανδία** επικεντρώνεται στην προστασία των παιδιών από την έκθεση στο κάπνισμα, τόσο άμεσα όσο και συμβολικά. Το κάπνισμα πλαισιώνεται όχι ως προσωπική απόλαυση ενηλίκων, αλλά ως συμπεριφορά με κοινωνικές και διαγενεακές συνέπειες (RIVM, 2019). Αυτή η προσέγγιση μετασχηματίζει ριζικά τη μετατόπιση ευθύνης: η αιτιότητα δεν αποδίδεται πλέον στο άτομο μόνο για τον εαυτό του, αλλά για τον ρόλο του σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Η ευθύνη γίνεται διαγενεακή, μειώνοντας τη δυνατότητα δικαιολόγησης μέσω ατομικών λόγων («είναι δική μου επιλογή») και ενισχύοντας την κοινωνική νομιμοποίηση της διακοπής.

Η **Νέα Ζηλανδία** έχει υιοθετήσει μια φιλόδοξη στρατηγική “Smokefree 2025”, με στόχο τη σχεδόν πλήρη εξάλειψη του καπνίσματος. Η πολιτική αυτή αναγνωρίζει ρητά τον ρόλο της καπνοβιομηχανίας και των κοινωνικών ανισοτήτων στη διατήρηση του καπνίσματος, μεταφέροντας μέρος της ευθύνης από το άτομο στο δομικό περιβάλλον (Edwards et al., 2022).

Η στρατηγική αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεωρία της μετατόπισης ευθύνης, καθώς αποδομεί την αφήγηση της «ελεύθερης ατομικής επιλογής» και επανατοποθετεί το κάπνισμα ως κοινωνικά παραγόμενο πρόβλημα. Η αναγνώριση αυτή μειώνει την ανάγκη των καπνιστών να δικαιολογούν τη συμπεριφορά τους, καθώς η ευθύνη μοιράζεται θεσμικά.

Στην **Ιαπωνία**, όπου το κάπνισμα ήταν ιστορικά έντονα κανονικοποιημένο, οι παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν σε σταδιακή αλλαγή κοινωνικών κανόνων, κυρίως μέσω περιορισμών σε εσωτερικούς χώρους και εργασιακά περιβάλλοντα, χωρίς έντονη ηθικολογία (WHO, 2020). Η σταδιακή αυτή προσέγγιση μείωσε την αντίδραση και τη μετατόπιση ευθύνης, καθώς οι αλλαγές δεν βιώθηκαν ως απότομος καταναγκασμός. Αντίθετα, το κάπνισμα άρχισε να χάνει τον χαρακτήρα της κοινωνικής κανονικότητας, επιτρέποντας την εσωτερίκευση της αλλαγής χωρίς έντονη άμυνα. Συγκριτικά με την Ελλάδα, όπου η πολιτική κατά του καπνίσματος, συχνά εκλαμβάνεται ως τιμωρητική και αποσπασματική, η παράθεση όλων αυτών των διεθνών παραδειγμάτων δείχνουν τις πολιτικές που μεταχειρίζονται άλλα κράτη ώστε να μειώσουν ουσιαστικά τη μετατόπιση ευθύνης και να αυξήσουν τη βιωσιμότητα της διακοπής.

Η **ελληνική πολιτική** ελέγχου του καπνίσματος έχει διαμορφωθεί ιστορικά μέσα από μια έντονη έμφαση στη νομοθετική ρύθμιση και λιγότερο μέσα από συστηματικές παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς. Η προσέγγιση αυτή, αν και ευθυγραμμισμένη τυπικά με τις διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας στο πλαίσιο της Σύμβασης-Πλαισίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού (WHO FCTC), έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα ως προς τη μείωση της μετατόπισης ευθύνης, η οποία αποτελεί κεντρικό μηχανισμό διατήρησης της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η βασική κρατική παρέμβαση στην Ελλάδα υπήρξε η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και κλειστούς χώρους, με διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις από το 2009 και εφεξής. Οι παρεμβάσεις αυτές συνέβαλαν αναμφίβολα στη μείωση της έκθεσης στον παθητικό καπνό και στη θεσμική αναγνώριση του καπνίσματος ως προβλήματος δημόσιας υγείας. Ωστόσο, από ψυχοκοινωνική σκοπιά, η μονομερής έμφαση στη συμμόρφωση και στον έλεγχο είχε ως αποτέλεσμα η πολιτική να βιωθεί από μεγάλο μέρος των καπνιστών ως τιμωρητική και εξωτερικά επιβεβλημένη. Σε αυτό το πλαίσιο, η ευθύνη για το κάπνισμα μετατοπίστηκε συχνά από το άτομο προς το κράτος («το κράτος με κυνηγά», «δεν με στηρίζει») ή προς τις συνθήκες εφαρμογής του νόμου, περιορίζοντας την εσωτερίκευση της αλλαγής συμπεριφοράς (Filippidis et al., 2019). Παράλληλα με τις νομοθετικές ρυθμίσεις, οι μαζικές αντικαπνιστικές καμπάνιες στην Ελλάδα υπήρξαν κατά κανόνα περιορισμένης

διάρκειας και ασυνεχείς. Τα περισσότερα επικοινωνιακά μηνύματα επικεντρώθηκαν στην ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος ή στην προστασία των μη καπνιστών, χωρίς να λαμβάνουν επαρκώς υπόψη τις λειτουργικές πεποιθήσεις των καπνιστών και τους μηχανισμούς γνωστικής ασυμφωνίας. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι καμπάνιες που βασίζονται αποκλειστικά στην πληροφόρηση ή στον φόβο συχνά ενεργοποιούν αμυντικές αντιδράσεις και ενισχύουν τη μετατόπιση ευθύνης, καθώς το άτομο απορρίπτει το μήνυμα ως υπερβολικό ή μη σχετικό με τον εαυτό του (Witte & Allen, 2000). Στην ελληνική περίπτωση, η απουσία μιας σταθερής, επαναλαμβανόμενης εθνικής καμπάνιας που να πλαισιώνει τη διακοπή καπνίσματος ως συλλογική και υποστηριζόμενη διαδικασία –κατά το πρότυπο του «Stoptober» στο Ηνωμένο Βασίλειο ή του «Mois Sans Tabac» στη Γαλλία– έχει ως αποτέλεσμα η διακοπή να βιώνεται κυρίως ως ατομική και μοναχική προσπάθεια. Αυτή η εμπειρία ενισχύει τη μετατόπιση ευθύνης προς το άγχος, την καθημερινότητα ή την έλλειψη προσωπικής δύναμης, αντί να ενισχύει την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας.

Ιδιαίτερη σημασία στο ελληνικό πλαίσιο έχουν τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία και δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι δομές αυτές συνιστούν ουσιαστική παρέμβαση, καθώς μετατοπίζουν το κάπνισμα από το πεδίο της ηθικής αξιολόγησης στο πεδίο της υγείας και της εξάρτησης. Μέσω της ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης, η ευθύνη επαναπλαισιώνεται ως θεραπευτική διαδικασία και όχι ως ζήτημα ατομικής αποτυχίας, γεγονός που μπορεί να μειώσει τη μετατόπιση ευθύνης (West, 2017). Ωστόσο, η περιορισμένη προβολή των ιατρείων αυτών, η άνιση γεωγραφική τους κατανομή και η ελλιπής ενσωμάτωσή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιορίζουν σημαντικά τον πληθυσμιακό τους αντίκτυπο.

Στο πεδίο της πρόληψης, έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, τα οποία στοχεύουν κυρίως στην αποτροπή της έναρξης καπνίσματος. Όταν τα προγράμματα αυτά περιορίζονται στη μετάδοση πληροφοριών ή στη χρήση φόβου, εμφανίζουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων, στη διαχείριση άγχους και στην κατανόηση των μηχανισμών εθισμού μπορούν να μειώσουν τη μελλοντική μετατόπιση ευθύνης, ενισχύοντας την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και ικανότητας επιλογής (Hammond et al., 2006).

Συνολικά, η ελληνική εμπειρία δείχνει ότι, παρά την πρόοδο στο επίπεδο της νομοθεσίας, οι παρεμβάσεις και οι καμπάνιες κατά του καπνίσματος δεν έχουν στοχεύσει επαρκώς στους γνωστικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς που συντηρούν τη συμπεριφορά. Η μετατόπιση ευθύνης παραμένει ισχυρή, ιδιαίτερα προς το άγχος, τις κοινωνικές συνθήκες και το κράτος, γεγονός που περιορίζει την αποτελεσματικότητα των πολιτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, η αποτελεσματική αντικαπνιστική πολιτική απαιτεί μια μετατόπιση από την αποσπασματική απαγόρευση προς μια συνεκτική στρατηγική υποστήριξης, η οποία θα αναγνωρίζει τη δυσκολία της εξάρτησης, θα αποστιγματίζει την υποτροπή και θα παρέχει ορατά και προσβάσιμα μονοπάτια διακοπής. Μόνο μέσα από μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να μειωθεί ουσιαστικά η μετατόπιση ευθύνης και να ενισχυθεί η βιώσιμη αλλαγή συμπεριφοράς στο ελληνικό πλαίσιο.

Η συγκριτική ανάλυση δείχνει ότι η επιτυχία των διεθνών παρεμβάσεων δεν οφείλεται στην αυστηρότητα των μέτρων, αλλά στην ικανότητά τους να αναδιανέμουν την ευθύνη μεταξύ ατόμου, κράτους και κοινωνίας. Για την Ελλάδα, αυτό μεταφράζεται σε συγκεκριμένες κατευθύνσεις πολιτικής όπως: υιοθέτηση συλλογικών καμπανιών τύπου «Stoptober», ενίσχυση της προσωποποιημένης επικοινωνίας, σταθερή επανεπένδυση φορολογικών εσόδων σε υπηρεσίες διακοπής και μακροχρόνιες πολιτικές αλλαγής κοινωνικών κανόνων. Η σύνδεση αυτών των παρεμβάσεων με το θεωρητικό πλαίσιο της μετατόπισης ευθύνης καθιστά σαφές ότι η αποτελεσματική αντικαπνιστική πολιτική δεν αποσκοπεί απλώς στη μείωση της κατανάλωσης, αλλά στη μεταβολή των γνωστικών και κοινωνικών μηχανισμών που τη συντηρούν.

Συνοψίζοντας, η μετατόπιση ευθύνης αποτελεί κεντρικό ψυχολογικό και κοινωνικό μηχανισμό που εξηγεί τη διατήρηση του καπνίσματος παρά τη γνώση των κινδύνων. Η αντιμετώπισή της απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψη τις ατομικές πεποιθήσεις, το κοινωνικό πλαίσιο και τον ρόλο του κράτους. Παρεμβάσεις που μειώνουν τον στιγματισμό, ενισχύουν την αυτοαποτελεσματικότητα και επαναπλαισιώνουν την ευθύνη ως κοινή διαδικασία κράτους και πολίτη μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βιώσιμη μείωση του καπνίσματος και στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

3.7 Εστίαση στον έλεγχο υγείας.

Η έννοια του Ελέγχου της Υγείας (Health Locus of Control – HLC) αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους θεωρητικούς άξονες της ψυχολογίας της υγείας και συνδέεται άμεσα με την κατανόηση συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία, όπως το κάπνισμα. Η έννοια αυτή προέρχεται από τη γενικότερη θεωρία του locus of control του Rotter, σύμφωνα με την οποία τα άτομα διαφέρουν ως προς το κατά πόσο αντιλαμβάνονται ότι τα αποτελέσματα της ζωής τους εξαρτώνται από τις δικές τους ενέργειες ή από εξωτερικούς παράγοντες (Rotter, 1966). Στο πλαίσιο της υγείας, ο έλεγχος της υγείας αναφέρεται στις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας τους είναι αποτέλεσμα προσωπικών επιλογών ή εξωτερικών δυνάμεων.

Η θεωρία του ελέγχου της υγείας διακρίνεται σε τρεις βασικές διαστάσεις: τον εσωτερικό έλεγχο, τον έλεγχο από «ισχυρούς άλλους» και τον έλεγχο από την τύχη ή το πεπρωμένο. Οι διαστάσεις αυτές αποτυπώνονται στο πολυδιάστατο μοντέλο των Wallston και συνεργατών, το οποίο ανέπτυξε τις κλίμακες Multidimensional Health Locus of Control (MHLC), παρέχοντας ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης των σχετικών πεποιθήσεων (Wallston, Wallston and DeVellis, 1978). Τα άτομα με εσωτερικό έλεγχο της υγείας θεωρούν ότι η υγεία τους εξαρτάται από τη συμπεριφορά τους, ενώ εκείνα με εξωτερικό έλεγχο αποδίδουν την ευθύνη είτε σε τρίτους (π.χ. γιατρούς) είτε σε παράγοντες πέρα από τον έλεγχό τους, όπως η τύχη.

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ελέγχου της υγείας και καπνιστικής συμπεριφοράς έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικού αριθμού ερευνών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι το επίπεδο εσωτερικού ή εξωτερικού ελέγχου επηρεάζει την υιοθέτηση και διατήρηση συμπεριφορών υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλό εσωτερικό έλεγχο είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε υγιεινές συμπεριφορές και να αποφεύγουν επιβλαβείς πρακτικές, όπως το κάπνισμα (Norman et al., 1998). Η πεποίθηση ότι οι προσωπικές επιλογές επηρεάζουν άμεσα την υγεία λειτουργεί ενισχυτικά ως προς την ανάληψη ευθύνης και την εκδήλωση προληπτικής συμπεριφοράς.

Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος και υιοθέτησης στρατηγικών αυτορρύθμισης. Σε μια πολυεθνική μελέτη, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υψηλό εσωτερικό έλεγχο παρουσίαζαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες συμμετοχής σε υγιεινές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής του καπνίσματος, σε σύγκριση με άτομα που είχαν χαμηλότερα επίπεδα (Steptoe and Wardle, 2001). Συνεπώς, η αντίληψη προσωπικού ελέγχου

φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την πρόληψη και τη διακοπή καπνιστικών συνηθειών.

Αντίθετα, τα άτομα με εξωτερικό έλεγχο της υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμπλοκής σε ανθυγιεινές συμπεριφορές. Όταν η υγεία θεωρείται αποτέλεσμα τύχης ή εξωτερικών δυνάμεων, μειώνεται η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της προσωπικής δράσης. Συστηματικές ανασκοπήσεις επιβεβαιώνουν ότι η ισχυρή πίστη σε εξωτερικούς παράγοντες σχετίζεται με χαμηλότερη συμμετοχή σε συμπεριφορές προαγωγής της υγείας και αυξημένη διατήρηση επιβλαβών συνηθειών (Dogonchi, Mohammadzadeh and Moshki, 2022). Ιδιαίτερα στην περίπτωση του καπνίσματος, τέτοιου είδους πεποιθήσεις ενδέχεται να οδηγούν σε υποτίμηση του κινδύνου και σε μειωμένη πρόθεση διακοπής.

Παράλληλα, η διάσταση του «ελέγχου από ισχυρούς άλλους» παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ενισχύσει τη συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες, συχνά συνδέεται με παθητική στάση απέναντι στην υγεία, όπου το άτομο δεν αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματικό σε συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, όπου απαιτείται συνεχής προσωπική δέσμευση και αυτορρύθμιση για την επίτευξη διακοπής.

Η κατανόηση του ρόλου του ελέγχου της υγείας έχει σημαντικές πρακτικές εφαρμογές στον σχεδιασμό παρεμβάσεων δημόσιας υγείας. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση του εσωτερικού ελέγχου της υγείας μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, καθώς ενδυναμώνουν το άτομο και ενισχύουν την αυτοαποτελεσματικότητά του. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία της ψυχολογίας της υγείας, η ενίσχυση της αντίληψης προσωπικού ελέγχου συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα σε μια σειρά συμπεριφορών υγείας (Sarafino and Smith, 2014).

Συνοψίζοντας, ο έλεγχος της υγείας αποτελεί έναν θεμελιώδη ψυχολογικό παράγοντα για την κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Τα άτομα με εσωτερικό προσανατολισμό τείνουν να υιοθετούν υγιεινές επιλογές και να επιτυγχάνουν ευκολότερα τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ εκείνα με εξωτερικό προσανατολισμό εμφανίζουν μειωμένη κινητοποίηση για αλλαγή. Η ενσωμάτωση της έννοιας του ελέγχου της υγείας στον σχεδιασμό παρεμβάσεων μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της καπνιστικής συνήθειας και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Κεφάλαιο 4 Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας

4.1 Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της καπνιστικής συμπεριφοράς μέσα από μια ολιστική και πολυπαραγοντική προσέγγιση, η οποία ενσωματώνει ψυχολογικές, κοινωνικές και γνωστικές διαστάσεις, καθώς και εδραιωμένα θεωρητικά μοντέλα πρόβλεψης της συμπεριφοράς υγείας. Πιο συγκεκριμένα, επιδιώκεται η συστηματική καταγραφή και ανάλυση των ψυχολογικών παραμέτρων που συνδέονται με τη χρήση καπνού, οι στρατηγικές συναισθηματικής αντιμετώπισης, ο βαθμός αυτορρύθμισης και η αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα. Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι καπνιστές συχνά καταφεύγουν στο κάπνισμα ως μηχανισμό διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων και πρόσκαιρης ανακούφισης (Zaidu Sulaiman & Singla, 2025).

Παράλληλα, η μελέτη εστιάζει στη διερεύνηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διαμόρφωση και τη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται οι επικρατούντες κοινωνικοί κανόνες, τα πρότυπα συμπεριφοράς, η επιρροή των συνομηλίκων και της οικογένειας, καθώς και οι ευρύτερες πολιτισμικές νόρμες που σχετίζονται με τη χρήση καπνού. Η κοινωνική επιρροή έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες τόσο για την έναρξη όσο και για τη συνέχιση του καπνίσματος, γεγονός που υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο του κοινωνικού πλαισίου στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας (Christakis & Fowler, 2008).

Επιπροσθέτως, η έρευνα στοχεύει στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου ερμηνευτικού και προβλεπτικού μοντέλου της καπνιστικής συμπεριφοράς, το οποίο θα συνδυάζει τις ανωτέρω διαστάσεις σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο. Ένα τέτοιο μοντέλο αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος, ενισχύοντας την κατανόηση της πολυπλοκότητας της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και υποστηρίζοντας την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Συγκεκριμένα, η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στις κλίμακες FTND, MRSS, Αυτοαποτελεσματικότητας και MHLC, μέσω των οποίων πραγματοποιήθηκαν οι αναλύσεις αξιοπιστίας, οι συσχετίσεις και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Για τον λόγο αυτό προτείνεται η διατύπωση των κάτωθι ερευνητικών υποθέσεων, ώστε να υπάρχει πλήρης αντιστοίχιση μεταξύ του σκοπού της μελέτης, των ερευνητικών εργαλείων και της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε.

Οι προτεινόμενες ερευνητικές υποθέσεις είναι οι εξής:

- **H1:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη και των κινήτρων καπνίσματος, όπως αυτά αποτυπώνονται στις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS).
- **H2:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη και της αυτοαποτελεσματικότητας των καπνιστών ως προς την ικανότητά τους να απέχουν από το κάπνισμα.
- **H3:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας, όπως αυτές αποτυπώνονται στις διαστάσεις της κλίμακας Multidimensional Health Locus of Control (MHLC).
- **H4:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κινήτρων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας.
- **H5:** Η ηλικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη και με τις βασικές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές της μελέτης.
- **H6:** Τα κίνητρα καπνίσματος, η αυτοαποτελεσματικότητα και οι πεποιθήσεις ελέγχου της υγείας αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη.

4.2 Η ερευνητική μεθοδολογία

4.2.1 Μεθοδολογικός σχεδιασμός

Η έρευνα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τα σύγχρονα πρότυπα των κοινωνικών και υγειονομικών επιστημών με στόχο τη διασφάλιση της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας και της αναπαραγωγιμότητας των ευρημάτων. Η παρούσα μελέτη υιοθετεί έναν ποσοτικό, συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό. Η ποσοτική μεθοδολογία επιλέχθηκε λόγω της δυνατότητας της να αποτυπώνει με ακρίβεια τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών και να εντοπίζει μοτίβα σε ετερογενείς πληθυσμούς. (Creswell J. W. & Creswell J. D., 2018). Το μοντέλο συσχέτισης επιτρέπει την εξέταση συνδέσεων μεταξύ ψυχολογικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων.

4.2.2 Δειγματοληψία

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί ποσοτικό, περιγραφικό και συσχετιστικό ερευνητικό σχεδιασμό, με σκοπό τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και των πεποιθήσεων των καπνιστών σε σχέση με τους παράγοντες που τους ωθούν στη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας βασίζεται στη δυνατότητα που παρέχει για τη συστηματική καταγραφή και ανάλυση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, καθώς και την εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων σε ετερογενείς πληθυσμούς.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 230 ενήλικες ενεργούς καπνιστές, ηλικίας άνω των 18 ετών, επιλεγμένους με μη τυχαία δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) από τον γενικό πληθυσμό, οι οποίοι γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Η επιλογή αυτή του δείγματος, κρίνεται κατάλληλη λόγω της ευκολίας εφαρμογής της και της συχνής χρήσης της σε κοινωνικές και υγειονομικές έρευνες, ιδιαίτερα όταν ο πληθυσμός εμφανίζει ανομοιογένεια. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από ένα ευρύ φάσμα συμμετεχόντων με διαφορετικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική δραστηριότητα και οικονομικό επίπεδο, ενισχύοντας έτσι τη δυνατότητα ερμηνείας της καπνιστικής συμπεριφοράς μέσα από μια πολυπαραγοντική οπτική.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά το διάστημα Νοεμβρίου 2025 – Μαρτίου 2026, (α) με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε στο Google Forms και κοινοποιήθηκε με αναρτήσεις σε ομάδες Facebook (συμπληρώθηκαν 135 ερωτηματολόγια) και (β) με τη διαμοίραση ερωτηματολογίων από τον ίδιο τον ερευνητή σε καπνιστές, σε 7 καφετέριες της περιοχής της Αθήνας (προσεγγίστηκαν όλοι οι ενήλικοι καπνιστές που βρίσκονταν σε κάθε καφετέρια κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ερευνητή και συμπληρώθηκαν 95 ερωτηματολόγια, με ποσοστό ανταπόκρισης 100%).

4.2.3 Τα ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 μέρη:

(α) Το 1^ο μέρος περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις με Κοινωνικά-Δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο κ.λπ.) και κάποιες ερωτήσεις που αφορούν τη σχέση με το κάπνισμα π.χ. από ποια ηλικία ξεκίνησαν να καπνίζουν, τί είδους κάπνισμα (κανονικό τσιγάρο, ηλεκτρονικό κ.λπ.), αν καπνίζουν άλλα άτομα στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον κ.α.

(β) Το 2^ο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο Fagerström, για να εκτιμηθεί ο βαθμός εξάρτησης από το κάπνισμα (Fagerström Test for Nicotine Dependence - FTND, Heatherton et.al., 1991). Αποτελείται από 6 ερωτήσεις και η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 10 με την υψηλότερη τιμή να αντιστοιχεί στη μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη. Ειδικότερα, βαθμολογία «0-2» αντιστοιχεί σε πολύ χαμηλή, «3,4» σε χαμηλή εξάρτηση, «5» σε μέτρια εξάρτηση, «6,7» σε υψηλή και «8-10» σε πολύ υψηλή εξάρτηση. Πρόκειται για εργαλείο ελεύθερης πρόσβασης που χρησιμοποιείται ευρέως σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Αρκετές μελέτες έχουν πιστοποιήσει την εγκυρότητα και αξιοπιστία του συγκεκριμένου εργαλείου (ενδεικτικά, βλ. Meneses-Gaya et al., 2009).

(γ) Το 3^ο μέρος απαρτίζεται από 21 ερωτήσεις μέσω της τροποποιημένης Κλίμακας Αιτιών Καπνίσματος (Modified Reasons for Smoking Scale, «MRSS-Form» (Russell et al., 1974, Berlin et al., 2003). Το MRSS περιλαμβάνει 7 παράγοντες, που αντιστοιχούν στους λόγους τους οποίους το άτομο θεωρεί ότι το ωθούν στο κάπνισμα: α) «εθισμός» (ερωτήσεις 5 και 19), β) «ευχαρίστηση» (ερωτήσεις 3,10 και 17), γ) «χαλάρωση» (ερωτήσεις 4,11 και 18), δ)

«κοινωνικό κάπνισμα» (ερωτήσεις 7 και 14), ε) «διέγερση» (ερωτήσεις 1,8 και 15), στ) «αυτοματισμός» (ερωτήσεις 6,13 και 20) και ζ) «διαδικασία» (ερωτήσεις 2,9 και 16). Για κάθε άτομο υπολογίζεται ο μέσος όρος σε κάθε μία από τις 7 αυτές υποκλίμακες. Η Κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Καρέκλα και συν. (2009) και θεωρείται ένα από τα πιο έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία για τη διερεύνηση των ψυχολογικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών κινήτρων του καπνίσματος (Berlin et al., 2003).

(δ) Στο 4^ο μέρος η Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας για τη διακοπή του Καπνίσματος (Self Efficacy Scale for Smoking, Di Clemente et al., 1985), που χρησιμοποιείται, αποσκοπεί στην αξιολόγηση της αίσθησης των συμμετεχόντων ότι είναι σε θέση κάτω από διάφορες καταστάσεις να αποφύγουν το κάπνισμα. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Bandura (1997) και θεωρείται εξαιρετικά έγκυρο και αξιόπιστο για την πρόβλεψη της επιτυχίας στη διακοπή καπνίσματος ή πιθανής υποτροπής (Etter et al., 2000), ενώ έχει μεταφραστεί και αποδοθεί στην ελληνική γλώσσα από τους Zourbanos et al. (2015). Αποτελείται από 18 ερωτήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου «Likert», όπου «1= καθόλου σίγουρος, και 5= Απόλυτα σίγουρος. Υπολογίζεται ο μέσος όρος από τις 18 ερωτήσεις για κάθε άτομο (με τιμές από 1 έως 5).

(ε) Στο 5^ο και τελευταίο μέρος, το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο εστίας ελέγχου της υγείας «Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire» (MHLC, Wallston et al., 1978), εκτιμά την αντίληψη των ατόμων σχετικά με την υγεία τους και την επίδραση που πιστεύουν ότι έχουν οι ίδιοι ή άλλοι στην κατάσταση της υγείας τους. Χρησιμοποιείται η κλασική μορφή της εξαβάθμιας κλίμακας “Likert” (1) «Διαφωνώ απόλυτα», (2) «Διαφωνώ», (3) «Σχεδόν διαφωνώ», (4) «Σχεδόν συμφωνώ», (5) «Συμφωνώ» και (6) «Συμφωνώ απόλυτα» όπου αναγκαστικά επιλέγεται μια άποψη υπέρ ή κατά αφού αποφεύγεται η ουδετερότητα. Αποτελείται από 16 ερωτήσεις και εκτιμά 4 μορφές εστίας ελέγχου: Η εσωτερική εστία ελέγχου, δηλαδή η πεποίθηση ότι το άτομο ελέγχει το ίδιο την υγεία του, υπολογίζεται από τις ερωτήσεις 1,2,3,4. Η επίδραση των άλλων (επαγγελματίες υγείας), εκτιμάται από τις ερωτήσεις 5,6,7,8. Ο παράγοντας τύχη, εκτιμάται από τις ερωτήσεις 9,10,11,12». Τέλος, οι ερωτήσεις 13,14,15 και 16, εκτιμούν το κατά πόσο το άτομο θεωρεί την υγεία ως σημαντική αξία. Στις ερωτήσεις 14 και 15 αντιστρέφεται η βαθμολογία καθώς είναι αρνητικά διατυπωμένες. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα από τα πιο έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία στην ψυχολογία της υγείας παγκοσμίως, με σημαντική συμβολή στην κατανόηση συμπεριφορών

που σχετίζονται με την υγεία (Wallston, 2005, Haller et al., 2008), έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Kasvikis et al. (2003) και διατίθεται ελεύθερα στο διαδίκτυο (βλ. Kassianos et al., 2016).

4.2.4 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ανώνυμη και εθελοντική συμμετοχή. Οι ερωτηθέντες ενημερώνονται εκ των προτέρων για την ταυτότητα του ερευνητή και τον σκοπό της έρευνας. Οι ερωτήσεις τίθενται έτσι ώστε να μην προκαλούν αισθήματα δυσφορίας στους συμμετέχοντες, ούτε να ανασύρουν από τη μνήμη τους δυσάρεστες αναμνήσεις. Ο συνολικός χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκτιμάται σε περίπου 10 λεπτά, οπότε δεν δημιουργείται αίσθημα κόπωσης στους συμμετέχοντες. Σε κάθε περίπτωση, τηρείται πιστά ο Κώδικας Δεοντολογίας σύμφωνα με την American Psychological Association (APA, 2017), το Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (Ι.Τ.Ε.) και την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 279, Νόμος 4957/2022). Με αυτό τον τρόπο, εξασφαλίζεται η ανώνυμη και εθελοντική συμμετοχή, ενώ μέσω του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR-EE 2016/679 – Ελληνικός Νόμος 4624/2019), υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα καθ' όλη την ερευνητική διαδικασία. Επιπλέον εφαρμόζεται η πλήρης ενημέρωση των συμμετεχόντων, διασφαλίζεται το απόρρητο, δίνεται η δυνατότητα να αποχωρήσουν ανά πάσα στιγμή, ενώ δεν συλλέγονται προσωπικά δεδομένα για την ταυτοποίησή τους. Τα δεδομένα της έρευνας διαφυλάσσονται για να αξιοποιηθούν αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση του σκοπού της έρευνας και μετά την ολοκλήρωσή της θα καταστραφούν.

4.2.5 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη, των κινήτρων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας, καθώς και τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται περισσότερο με την καπνιστική συμπεριφορά. Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος της πληρότητας των

δεδομένων, της ορθότητας της κωδικοποίησης των μεταβλητών και της συμβατότητας των απαντήσεων. Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι συνολικές βαθμολογίες των επιμέρους ερευνητικών εργαλείων σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησής τους. Για τα ερωτήματα που απαιτούσαν αντιστροφή βαθμολόγησης εφαρμόστηκαν οι κατάλληλοι μετασχηματισμοί πριν από τον υπολογισμό των τελικών δεικτών, ώστε όλες οι μεταβλητές να ερμηνεύονται προς την ίδια κατεύθυνση.

Σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ψυχομετρικών εργαλείων μέσω του συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha. Η διαδικασία αυτή κρίθηκε απαραίτητη προκειμένου να αξιολογηθεί κατά πόσο τα επιμέρους ερωτήματα κάθε κλίμακας μετρούν με συνέπεια την ίδια θεωρητική κατασκευή. Ο έλεγχος αξιοπιστίας εφαρμόστηκε στην κλίμακα Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS), στην κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας για την Αποχή από το Κάπνισμα και στην κλίμακα Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Παράλληλα εξετάστηκαν οι διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου και η επίδραση κάθε ερωτήματος στη συνολική αξιοπιστία των εργαλείων.

Ακολούθησε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των βασικών μεταβλητών της έρευνας. Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές. Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκε τόσο για την περιγραφή του δείγματος όσο και για την αποτύπωση των επιπέδων εξάρτησης από τη νικοτίνη, των κινήτρων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη (FTND) και των υποκλιμάκων της κλίμακας κινήτρων καπνίσματος (MRSS), της αυτοαποτελεσματικότητας και των διαστάσεων του MHLC. Επιπλέον διερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των ίδιων των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, ώστε να αποτυπωθεί το συνολικό πλέγμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ κινήτρων καπνίσματος, αυτοαποτελεσματικότητας και πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας. Παράλληλα εξετάστηκε η σχέση της ηλικίας με όλες τις βασικές μεταβλητές της μελέτης.

Πριν την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ελέγχθηκαν οι βασικές προϋποθέσεις της μεθόδου. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η ανεξαρτησία των σφαλμάτων μέσω

του δείκτη Durbin–Watson, η πολυσυγγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών μέσω των δεικτών ανοχής (Tolerance) και των δεικτών διόγκωσης διακύμανσης (Variance Inflation Factors – VIF), καθώς και η ύπαρξη ακραίων παρατηρήσεων μέσω των τυποποιημένων καταλοίπων και της απόστασης Cook. Οι έλεγχοι έδειξαν ότι οι προϋποθέσεις της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης πληρούνταν.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία του Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υποκλίμακες του MRSS, τη συνολική βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας και τις διαστάσεις του MHLC. Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται περισσότερο με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και για την εκτίμηση της συνολικής συμβολής των ψυχολογικών και γνωστικών μεταβλητών στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξάρτησης. Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Πίνακας 1. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας κινήτρων καπνίσματος (MRSS).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,900	0,902	21

Η συνολική κλίμακα MRSS παρουσίασε εξαιρετική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,900$ · α με τυποποιημένα στοιχεία = 0,902) για τα 21 ερωτήματα. Το εύρημα υποστηρίζει ότι τα ερωτήματα λειτουργούν συνεκτικά ως μέτρο των κινήτρων καπνίσματος στο συγκεκριμένο δείγμα.

Πίνακας 2. Στατιστικά στοιχείου-συνόλου και επίδραση διαγραφής ερωτήματος στην αξιοπιστία της MRSS.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Καπνίζω τσιγάρα για να μη πέσουν οι ρυθμοί μου.	63,65	171,871	0,613	0,483	0,893

2. Το να κρατάω ένα τσιγάρο είναι μέρος της απόλαυσης του καπνίσματος.	63,02	174,547	0,592	0,403	0,894
3. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι ευχάριστο και χαλαρωτικό.	62,24	181,024	0,559	0,525	0,895
4. Όταν νιώθω θυμό για κάτι, ανάβω ένα τσιγάρο.	62,53	183,031	0,457	0,534	0,897
5. Όταν μου τελειώσουν τα τσιγάρα, μου είναι σχεδόν αφόρητο να περιμένω μέχρι να ξαναπάρω.	63,21	175,563	0,577	0,492	0,894
6. Καπνίζω τσιγάρα αυτόματα χωρίς καν να το συνειδητοποιώ.	63,82	179,711	0,420	0,478	0,898
7. Μου είναι πιο εύκολο να μιλάω και να συναναστρέφομαι με άλλους όταν καπνίζω.	63,41	175,866	0,547	0,435	0,895
8. Καπνίζω τσιγάρα για να με διεγείρουν, για να ζωηρεύω.	63,58	168,737	0,725	0,688	0,889
9. Μέρος της απόλαυσης του καπνίσματος ενός τσιγάρου προέρχεται από τη διαδικασία που κάνω για να το ανάψω.	64,32	186,594	0,212	0,144	0,904
10. Το κάπνισμα με ευχαριστεί.	62,10	180,824	0,582	0,583	0,895
11. Καπνίζω όταν νιώθω άβολα ή αναστατωμένος/η για κάτι.	62,68	181,383	0,531	0,558	0,896
12. Όταν δεν καπνίζω, έχω έντονη την επίγνωση ότι είμαι χωρίς τσιγάρο.	63,05	178,397	0,570	0,513	0,894
13. Ανάβω ένα τσιγάρο πριν καλά - καλά τελειώσει το προηγούμενο.	64,53	182,968	0,372	0,397	0,899
14. Όταν καπνίζω, νιώθω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση απέναντι στους άλλους.	64,02	170,349	0,650	0,607	0,892
15. Καπνίζω τσιγάρα για να με «ανεβάσουν».	63,64	169,299	0,687	0,681	0,891

16. Όταν καπνίζω, μέρος της απόλαυσης είναι να φυσάω και να παρακολουθώ τον καπνό.	64,42	184,523	0,283	0,178	0,902
17. Θέλω πολύ περισσότερο να καπνίσω όταν νιώθω άνετα και χαλαρά.	62,77	176,051	0,597	0,597	0,894
18. Καπνίζω όταν νιώθω μελαγχολία ή θέλω να ξεφύγω από τις έγνοιες και τις ανησυχίες μου.	62,50	183,659	0,456	0,508	0,897
19. Όταν δεν έχω καπνίσει για λίγο, με πιάνει μια μεγάλη λαχτάρα για τσιγάρο.	63,22	174,569	0,662	0,617	0,892
20. Μερικές φορές βρίσκομαι να καπνίζω ένα τσιγάρο χωρίς να θυμάμαι πότε το άναψα.	64,15	178,847	0,447	0,465	0,898
21. Καπνίζω πολύ περισσότερο όταν είμαι μαζί με άλλους.	62,71	182,325	0,446	0,361	0,897

Οι διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου κυμαίνονται κυρίως σε ικανοποιητικά έως υψηλά επίπεδα, με υψηλότερη τιμή για το ερώτημα της διέγερσης ($r=0,725$). Τα ερωτήματα 9 και 16 εμφανίζουν χαμηλότερη συνάφεια με το σύνολο ($r=0,212$ και $r=0,283$), ενώ η διαγραφή του ερωτήματος 9 αυξάνει οριακά το α σε 0,904. Συνολικά, καμία διαγραφή δεν μεταβάλλει ουσιαστικά την ήδη υψηλή αξιοπιστία της κλίμακας.

Πίνακας 3. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για αποχή από το κάπνισμα.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,896	0,903	18

Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας παρουσίασε πολύ καλή εσωτερική συνοχή για τα 18 ερωτήματα (Cronbach's $\alpha=0,896$ και α με τυποποιημένα στοιχεία=0,903). Επομένως, οι απαντήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν αξιόπιστα για την εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας αποχής από το κάπνισμα.

Πίνακας 4. Στατιστικά στοιχείου-συνόλου και επίδραση διαγραφής ερωτήματος στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [1. Σε ένα μπαρ ή κλαμπ, όταν πίνω ένα ποτό.]	35,54	130,955	0,458	0,345	0,893
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [2. Γενικά όταν επιθυμώ ένα τσιγάρο.]	35,51	131,536	0,549	0,431	0,890
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [3. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως τα θέλω και είμαι απογοητευμένος/η.]	35,44	130,854	0,647	0,613	0,888
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [4. Όταν είμαι με τον/την σύζυγο ή το/τη στενό/ή φίλο/η μου που καπνίζει.]	35,32	129,249	0,567	0,370	0,890
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [5. Όταν υπάρχουν διαφωνίες και συγκρούσεις με την οικογένειά μου.]	35,15	130,779	0,466	0,395	0,893
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [6. Όταν είμαι ευτυχής και γιορτάζω.]	35,35	127,648	0,639	0,513	0,887
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [7. Όταν είμαι πολύ θυμωμένος/η για κάτι ή κάποιον.]	35,39	127,280	0,686	0,606	0,886

Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,75	131,300	0,565	0,531	0,890
[8.Αν βρεθώ σε μια συναισθηματικά δύσκολη κατάσταση, όπως ένα ατύχημα ή ένας θάνατος δικού μου ανθρώπου.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	34,56	129,460	0,462	0,361	0,893
[9. Όταν βλέπω κάποιον να καπνίζει και να το απολαμβάνει.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,68	128,501	0,568	0,493	0,890
[10. Όταν πίνω καφέ.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	34,23	131,909	0,334	0,373	0,899
[11. Αμέσως μόλις σηκώνομαι το πρωί.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	34,68	130,093	0,458	0,432	0,893
[12. Όταν νοιώθω την ανάγκη να τονωθώ.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,11	129,829	0,527	0,426	0,891
[13. Όταν αρχίζω να αισθάνομαι πεσμένος/η ή είμαι χάλια σωματικά.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,23	129,216	0,460	0,349	0,894
[14. Με τους φίλους μου σε ένα πάρτι.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,32	125,992	0,639	0,495	0,887
[15. Όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μια δύσκολη μέρα μπροστά μου.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,53	126,839	0,747	0,734	0,885
[16. Όταν είμαι υπερβολικά πιεσμένος/η.]					
Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	35,56	128,790	0,672	0,683	0,887
[17. Όταν είμαι εξαιρετικά ανήσυχος/η και αγχωμένος/η.]					

Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω..... [18. Μόλις συνειδητοποιώ ότι πέρασε λίγη ώρα χωρίς να καπνίσω.]	34,56	129,387	0,472	0,340	0,893
--	-------	---------	-------	-------	-------

Οι διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου κυμαίνονται από 0,334 έως 0,747, γεγονός που δείχνει ότι τα περισσότερα ερωτήματα συνεισφέρουν ουσιαστικά στη συνολική κλίμακα. Η αξιοπιστία μετά από πιθανή διαγραφή παραμένει μεταξύ 0,885 και 0,899, επομένως η αφαίρεση κάποιου ερωτήματος δεν προσφέρει ουσιαστική βελτίωση.

Πίνακας 5. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της συνολικής κλίμακας πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας (MHLC).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,604	0,634	16

Η συνολική κλίμακα MHLC παρουσίασε χαμηλή έως οριακή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,604$ · α με τυποποιημένα στοιχεία=0,634) για 16 ερωτήματα. Το αποτέλεσμα είναι συμβατό με την πολυδιάστατη φύση του εργαλείου και υποδεικνύει ότι οι επιμέρους διαστάσεις του πρέπει να ερμηνεύονται με μεγαλύτερη έμφαση από ό,τι το ενιαίο συνολικό σκορ.

Πίνακας 6. Στατιστικά στοιχείου-συνόλου και επίδραση διαγραφής ερωτήματος στην κλίμακα MHLC.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Ελέγχω την υγεία μου.	61,64	48,453	0,336	0,477	0,568
2. Η υγεία μου επηρεάζεται κυρίως από το τι κάνω εγώ για τον εαυτό μου.	61,04	52,674	0,345	0,351	0,577

3. Αν προσέχω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω ασθένειες.	61,15	51,853	0,372	0,594	0,572
4. Αν κάνω τις σωστές επιλογές, μπορώ να παραμείνω υγιής.	61,08	54,166	0,261	0,547	0,588
5. Η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω ασθένειες.	61,56	48,106	0,431	0,586	0,552
6. Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, πρέπει να συμβουλευόμαι έναν επαγγελματία με ιατρική εκπαίδευση.	61,33	49,663	0,351	0,634	0,567
7. Οι επαγγελματίες υγείας ελέγχουν την υγεία μου.	61,29	49,921	0,353	0,628	0,568
8. Σχετικά με την υγεία μου, μπορώ να κάνω μόνο ότι μου λέει ο γιατρός μου.	61,55	49,768	0,343	0,581	0,569
9. Ότι και να κάνω, αν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.	62,80	54,154	0,057	0,396	0,622
10. Η 1 υγεία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην 1 τύχη.	63,26	52,956	0,129	0,528	0,607
11. Ότι και να κάνω, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσω.	62,81	51,695	0,175	0,420	0,599
12. Αν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής.	62,89	49,245	0,283	0,461	0,578
13. Αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτα.	60,60	51,539	0,378	0,524	0,570
14. Υπάρχουν πολλά πράγματα που με νοιάζουν περισσότερο από την υγεία μου.	63,87	58,338	-0,115	0,184	0,644
15. Η 1 υγεία είναι από τα μικρότερης σημασίας πράγματα, για μια ευτυχισμένη ζωή.	64,47	57,815	-0,071	0,169	0,627
16. Δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό από την υγεία.	60,53	53,379	0,230	0,400	0,589

Η συνάφεια αρκετών ερωτημάτων με το συνολικό σκορ της MHLC είναι περιορισμένη. Ιδιαίτερα, τα ερωτήματα 14 και 15 έχουν αρνητικές διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου ($-0,115$ και $-0,071$), ενώ η διαγραφή του ερωτήματος 14 αυξάνει το α σε $0,644$. Το εύρημα ενισχύει την ανάγκη ερμηνείας των υποκλιμάκων χωριστά και προσεκτικής χρήσης του συνολικού δείκτη.

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

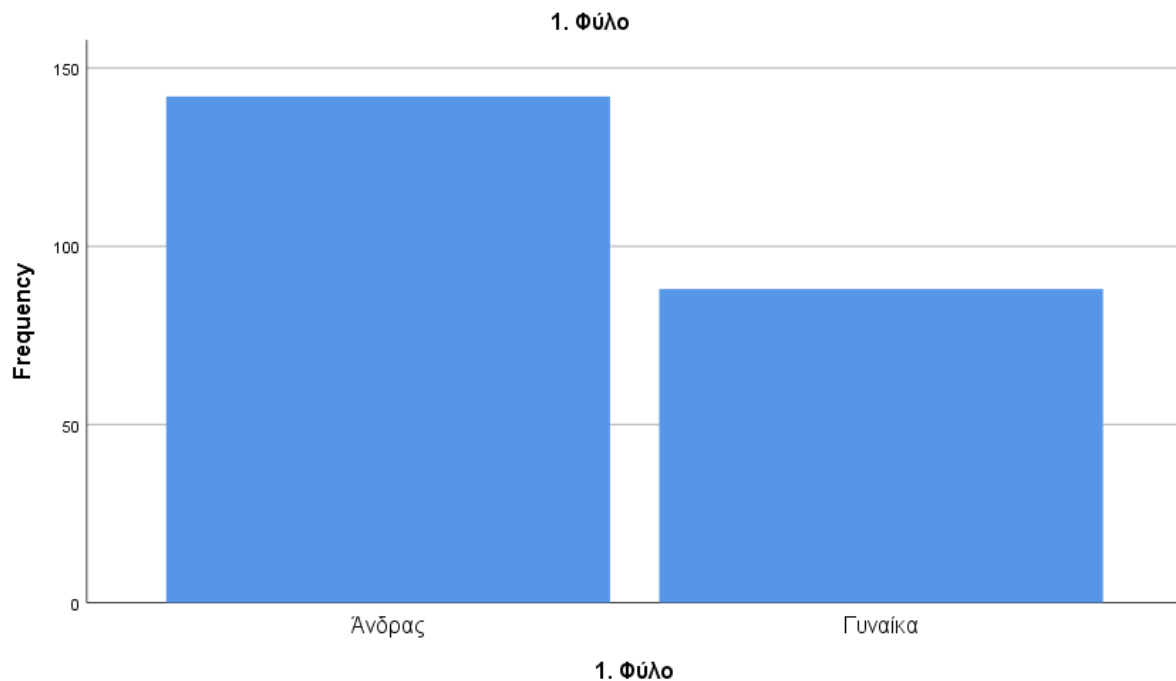
5.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

1. Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	142	61,7	61,7	61,7
	Γυναίκα	88	38,3	38,3	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Το δείγμα αποτελείται από 230 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 142 είναι άνδρες (61,7%) και οι 88 γυναίκες (38,3%). Επομένως, οι άνδρες εκπροσωπούνται περισσότερο στην παρούσα έρευνα.



Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Το γράφημα αποτυπώνει την υπεροχή των ανδρών στο δείγμα, οι οποίοι αντιστοιχούν στο 61,7% των συμμετεχόντων, έναντι 38,3% των γυναικών.

Πίνακας 8. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος.

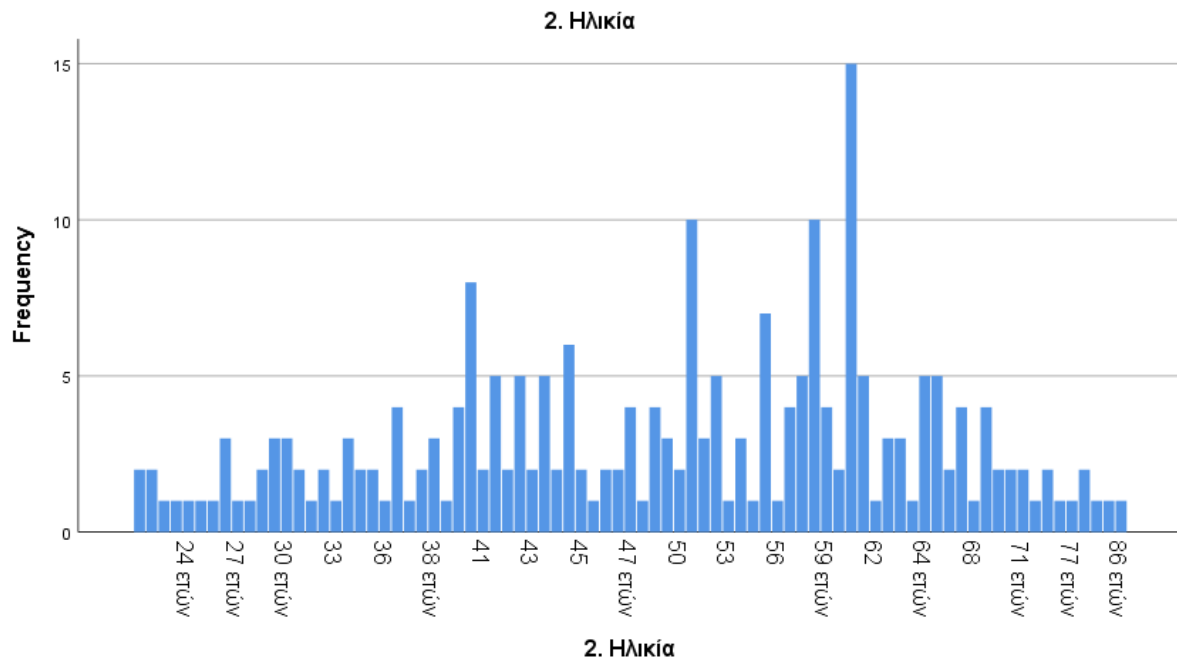
2. Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	0,9	0,9	0,9
21 ετών	2	0,9	0,9	1,7
23	1	0,4	0,4	2,2
23 ετών	1	0,4	0,4	2,6
24 ετών	1	0,4	0,4	3,0
25 ετών	1	0,4	0,4	3,5
26	1	0,4	0,4	3,9
26 ετών	3	1,3	1,3	5,2
27 ετών	1	0,4	0,4	5,7
28	1	0,4	0,4	6,1
28 ετών	2	0,9	0,9	7,0
29 ετών	3	1,3	1,3	8,3
30 ετών	3	1,3	1,3	9,6
31 ετών	2	0,9	0,9	10,4
32	1	0,4	0,4	10,9
32 ετών	2	0,9	0,9	11,7
33	1	0,4	0,4	12,2
33 ετών	3	1,3	1,3	13,5
34 ετών	2	0,9	0,9	14,3
35 ετών	2	0,9	0,9	15,2
36	1	0,4	0,4	15,7
36 ετών	4	1,7	1,7	17,4
37	1	0,4	0,4	17,8
37 ετών	2	0,9	0,9	18,7
38 ετών	3	1,3	1,3	20,0
39	1	0,4	0,4	20,4
39 ετών	4	1,7	1,7	22,2
40 ετών	8	3,5	3,5	25,7
41	2	0,9	0,9	26,5
41 ετών	5	2,2	2,2	28,7
42	2	0,9	0,9	29,6
42 ετών	5	2,2	2,2	31,7
43	2	0,9	0,9	32,6
43 ετών	5	2,2	2,2	34,8
44	2	0,9	0,9	35,7
44 ετών	6	2,6	2,6	38,3
45	2	0,9	0,9	39,1
45 ετών	1	0,4	0,4	39,6
46	2	0,9	0,9	40,4
46 ετών	2	0,9	0,9	41,3
47 ετών	4	1,7	1,7	43,0

48	1	0,4	0,4	43,5
48 ετών	4	1,7	1,7	45,2
49 ετών	3	1,3	1,3	46,5
50	2	0,9	0,9	47,4
50 ετών	10	4,3	4,3	51,7
51 ετών	3	1,3	1,3	53,0
52 ετών	5	2,2	2,2	55,2
53	1	0,4	0,4	55,7
53 ετών	3	1,3	1,3	57,0
54 ετών	1	0,4	0,4	57,4
55 ετών	7	3,0	3,0	60,4
56	1	0,4	0,4	60,9
56 ετών	4	1,7	1,7	62,6
57 ετών	5	2,2	2,2	64,8
58 ετών	10	4,3	4,3	69,1
59 ετών	4	1,7	1,7	70,9
60	2	0,9	0,9	71,7
60 ετών	15	6,5	6,5	78,3
61 ετών	5	2,2	2,2	80,4
62	1	0,4	0,4	80,9
62 ετών	3	1,3	1,3	82,2
63 ετών	3	1,3	1,3	83,5
64	1	0,4	0,4	83,9
64 ετών	5	2,2	2,2	86,1
65 ετών	5	2,2	2,2	88,3
66 ετών	2	0,9	0,9	89,1
67 ετών	4	1,7	1,7	90,9
68	1	0,4	0,4	91,3
68 ετών	4	1,7	1,7	93,0
69 ετών	2	0,9	0,9	93,9
70 ετών	2	0,9	0,9	94,8
71 ετών	2	0,9	0,9	95,7
72	1	0,4	0,4	96,1
75 ετών	2	0,9	0,9	97,0
76 ετών π	1	0,4	0,4	97,4
77 ετών	1	0,4	0,4	97,8
78 ετών	2	0,9	0,9	98,7
80 ετών	1	0,4	0,4	99,1
85 ετών	1	0,4	0,4	99,6
86 ετών	1	0,4	0,4	100,0
Total	230	100,0	100,0	

Οι ηλικίες εκτείνονται από τα 21 έως τα 86 έτη, αποτυπώνοντας ένα ευρύ φάσμα ενηλίκων. Η συχνότερη μεμονωμένη καταγραφή είναι τα 60 έτη (n=15, 6,5%), ενώ ακολουθούν οι ηλικίες

50 και 58 ετών (n=10, 4,3% η καθεμία). Παράλληλα, δύο καταγραφές είναι χωρίς σαφή τιμή ηλικίας και ορισμένες ηλικίες εμφανίζονται με διπλή κωδικοποίηση (π.χ. «40» και «40 ετών»), γεγονός που απαιτεί τυποποίηση πριν από περαιτέρω αναλύσεις.



Γράφημα 2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος.

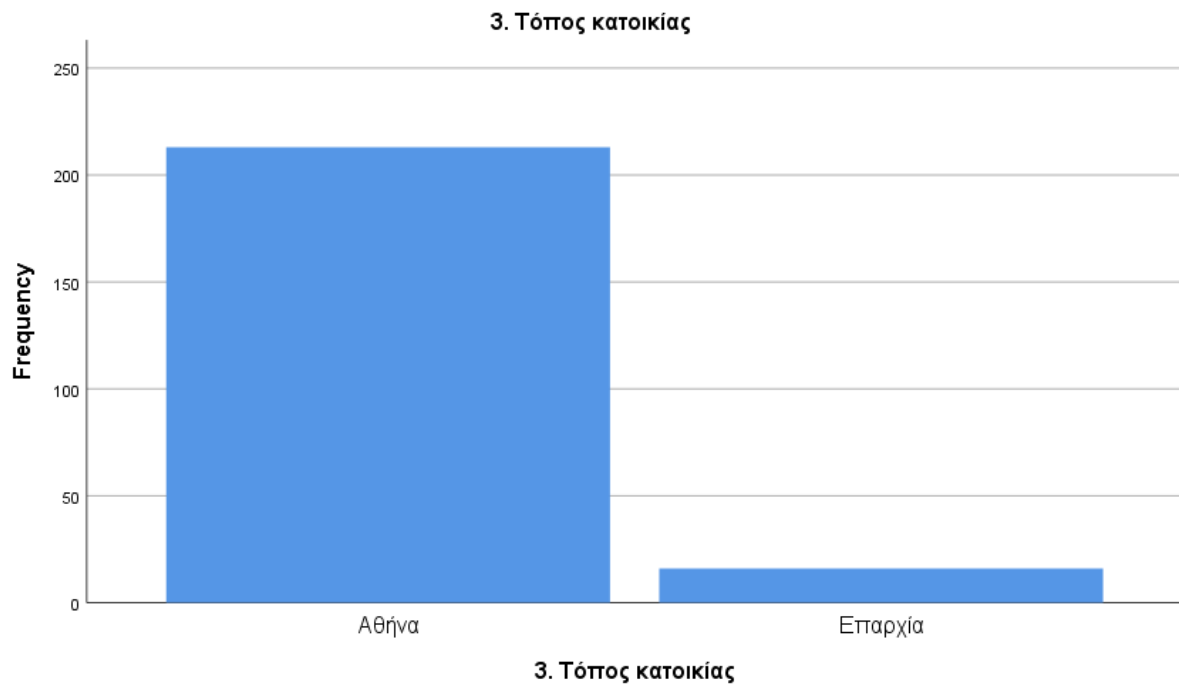
Η γραφική απεικόνιση αναδεικνύει το ευρύ ηλικιακό φάσμα του δείγματος, με συχνότερη μεμονωμένη καταγραφή τα 60 έτη. Οι διπλές μορφές κωδικοποίησης ηλικίας και οι δύο απροσδιόριστες καταγραφές πρέπει να ενοποιηθούν πριν από την τελική γραφική και στατιστική αξιοποίηση.

Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος ως προς τον τόπο κατοικίας.

3. Τόπος κατοικίας

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Αθήνα	213	92,6	93,0	93,0
	Επαρχία	16	7,0	7,0	100,0
	Total	229	99,6	100,0	
Missing	System	1	0,4		
Total		230	100,0		

Από τους 229 έγκυρους συμμετέχοντες, η συντριπτική πλειονότητα κατοικεί στην Αθήνα (n=213, 93,0%), ενώ μόλις το 7,0% κατοικεί στην επαρχία. Υπάρχει μία ελλείπουσα απάντηση (0,4%), χωρίς ουσιαστική επίδραση στην κατανομή.



Γράφημα 3. Κατανομή του δείγματος ως προς τον τόπο κατοικίας.

Η Αθήνα συγκεντρώνει σχεδόν το σύνολο των έγκυρων απαντήσεων (93,0%), ενώ η επαρχία εκπροσωπείται περιορισμένα (7,0%).

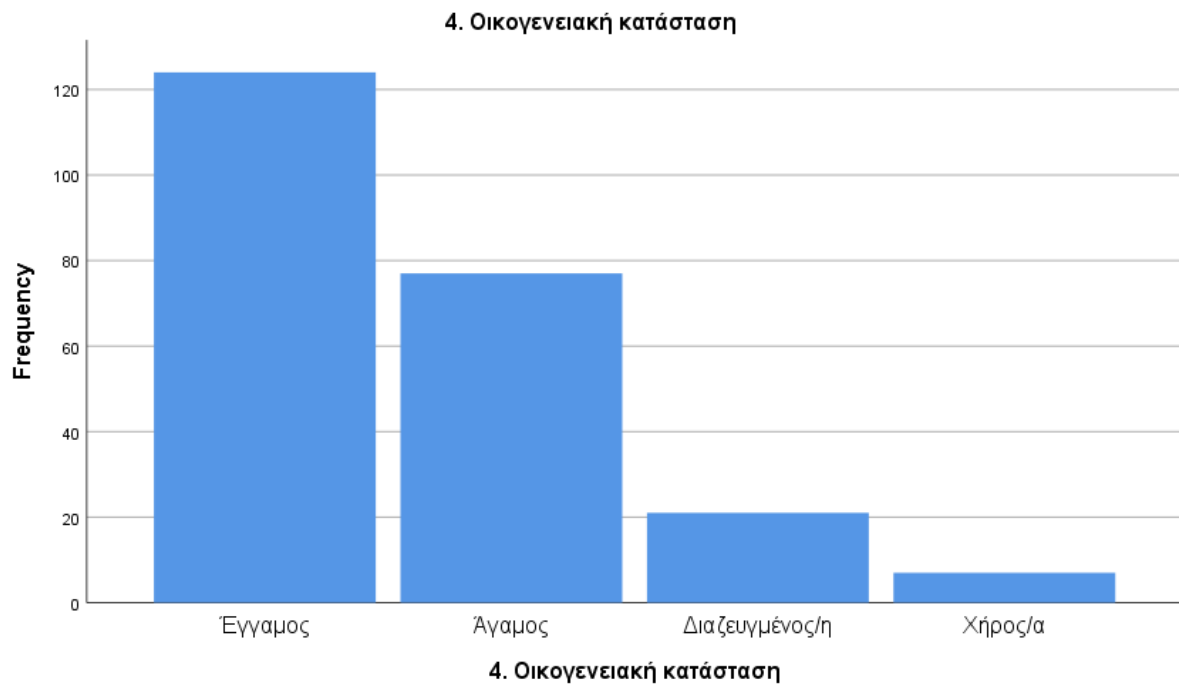
Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

4. Οικογενειακή κατάσταση

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Έγγαμος	124	53,9	54,1	54,1
	Άγαμος	77	33,5	33,6	87,8
	Διαζευγμένος/η	21	9,1	9,2	96,9
	Χήρος/α	7	3,0	3,1	100,0
	Total	229	99,6	100,0	

Missing	System	1	0,4
Total		230	100,0

Περισσότεροι από τους μισούς έγκυρους συμμετέχοντες είναι έγγαμοι (54,1%), ενώ το 33,6% είναι άγαμοι. Οι διαζευγμένοι/ες (9,2%) και οι χήροι/ες (3,1%) εμφανίζονται σε μικρότερα ποσοστά. Καταγράφηκε μία ελλείπουσα απάντηση.



Γράφημα 4. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

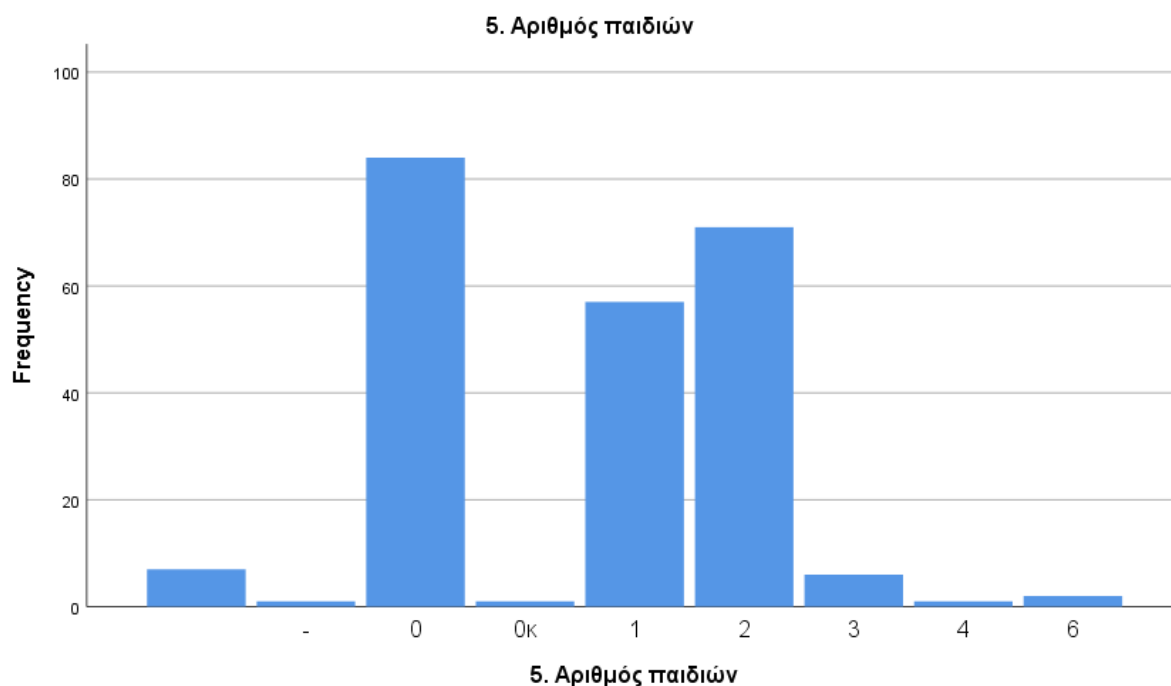
Οι έγγαμοι αποτελούν τη μεγαλύτερη κατηγορία, ακολουθούμενοι από τους άγαμους. Οι διαζευγμένοι/ες και οι χήροι/ες εμφανίζονται σε σαφώς χαμηλότερες συχνότητες.

Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος ως προς τον αριθμό παιδιών.

5. Αριθμός παιδιών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	3,0	3,0	3,0
-	1	0,4	0,4	3,5
0	84	36,5	36,5	40,0
0κ	1	0,4	0,4	40,4
1	57	24,8	24,8	65,2
2	71	30,9	30,9	96,1
3	6	2,6	2,6	98,7
4	1	0,4	0,4	99,1
6	2	0,9	0,9	100,0
Total	230	100,0	100,0	

Οι συχνότερες έγκυρες καταγραφές αφορούν μηδέν παιδιά (36,5%), δύο παιδιά (30,9%) και ένα παιδί (24,8%). Οι συμμετέχοντες με τρία ή περισσότερα παιδιά αποτελούν μικρό ποσοστό του δείγματος. Ωστόσο, εντοπίζονται εννέα μη σαφώς κωδικοποιημένες καταγραφές (κενό, «-», «0κ»), οι οποίες χρειάζονται καθαρισμό πριν από αναλύσεις που χρησιμοποιούν τη μεταβλητή ως αριθμητική.



Γράφημα 5. Κατανομή του δείγματος ως προς τον αριθμό παιδιών.

Η γραφική απεικόνιση δείχνει ότι οι συχνότερες έγκυρες κατηγορίες είναι τα μηδέν, ένα και δύο παιδιά. Οι μικρές κατηγορίες με μη σαφή κωδικοποίηση δεν πρέπει να ερμηνεύονται ως έγκυρος αριθμός παιδιών χωρίς προηγούμενο καθαρισμό δεδομένων.

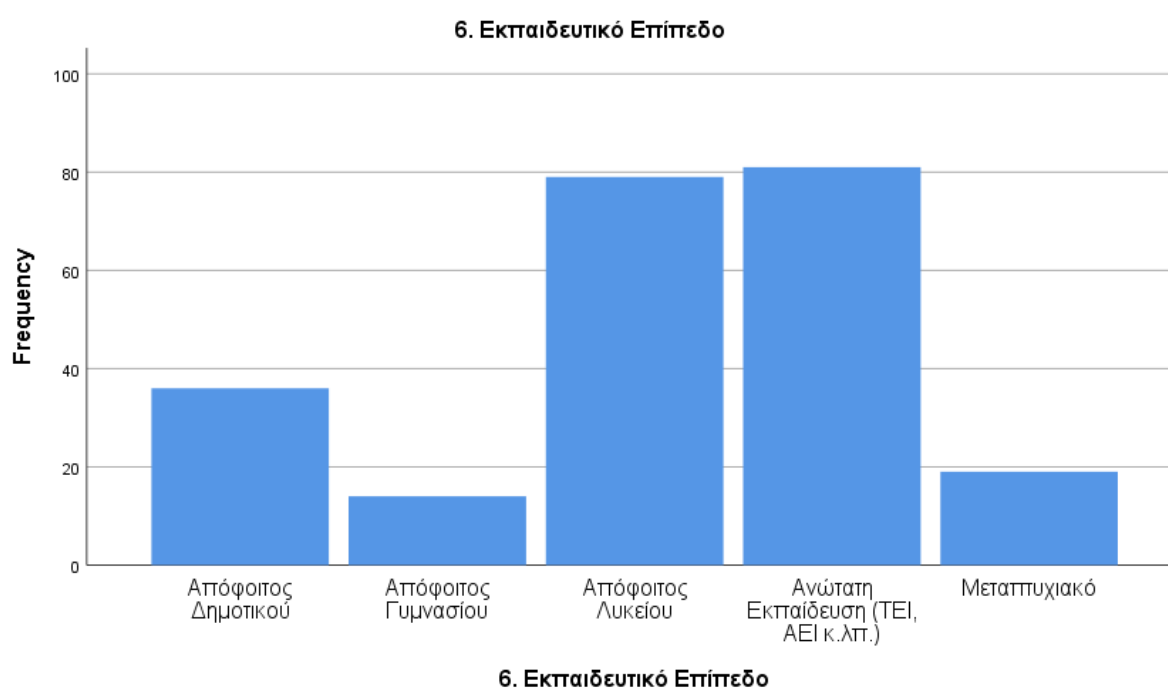
Πίνακας 12. Κατανομή του δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.

6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Απόφοιτος Δημοτικού	36	15,7	15,7	15,7
	Απόφοιτος Γυμνασίου	14	6,1	6,1	21,8
	Απόφοιτος Λυκείου	79	34,3	34,5	56,3
	Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	81	35,2	35,4	91,7
	Μεταπτυχιακό	19	8,3	8,3	100,0
	Total	229	99,6	100,0	
Missing	System	1	0,4		

Total **230** **100,0**

Οι μεγαλύτερες κατηγορίες είναι η ανώτατη εκπαίδευση (35,4%) και το λύκειο (34,5%), ενώ ακολουθεί η ολοκλήρωση δημοτικού (15,7%). Οι απόφοιτοι γυμνασίου (6,1%) και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (8,3%) εκπροσωπούνται λιγότερο. Υπάρχει μία ελλείπουσα απάντηση.



Γράφημα 6. Κατανομή του δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Οι συμμετέχοντες με ανώτατη εκπαίδευση και οι απόφοιτοι λυκείου συνιστούν τις πολυπληθέστερες κατηγορίες, ενώ οι απόφοιτοι γυμνασίου και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εκπροσωπούνται λιγότερο.

Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση.

7. Επαγγελματική κατάσταση

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0	3	1,3	1,3	1,3
	Άνεργος	7	3,0	3,0	4,3
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	108	47,0	47,0	51,3
	Ελεύθερος	54	23,5	23,5	74,8
	Επαγγελματίας				
	Δημόσιος Υπάλληλος	28	12,2	12,2	87,0
	Οικιακά	2	0,9	0,9	87,8
	Άλλο	28	12,2	12,2	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (47,0%), ενώ ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (23,5%) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (12,2%). Το ποσοστό των ανέργων είναι χαμηλό (3,0%). Τρεις καταγραφές με τιμή «0» απαιτούν ανακωδικοποίηση, ώστε η μεταβλητή να μπορεί να αξιοποιηθεί με πλήρη ακρίβεια.



Γράφημα 7. Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση.

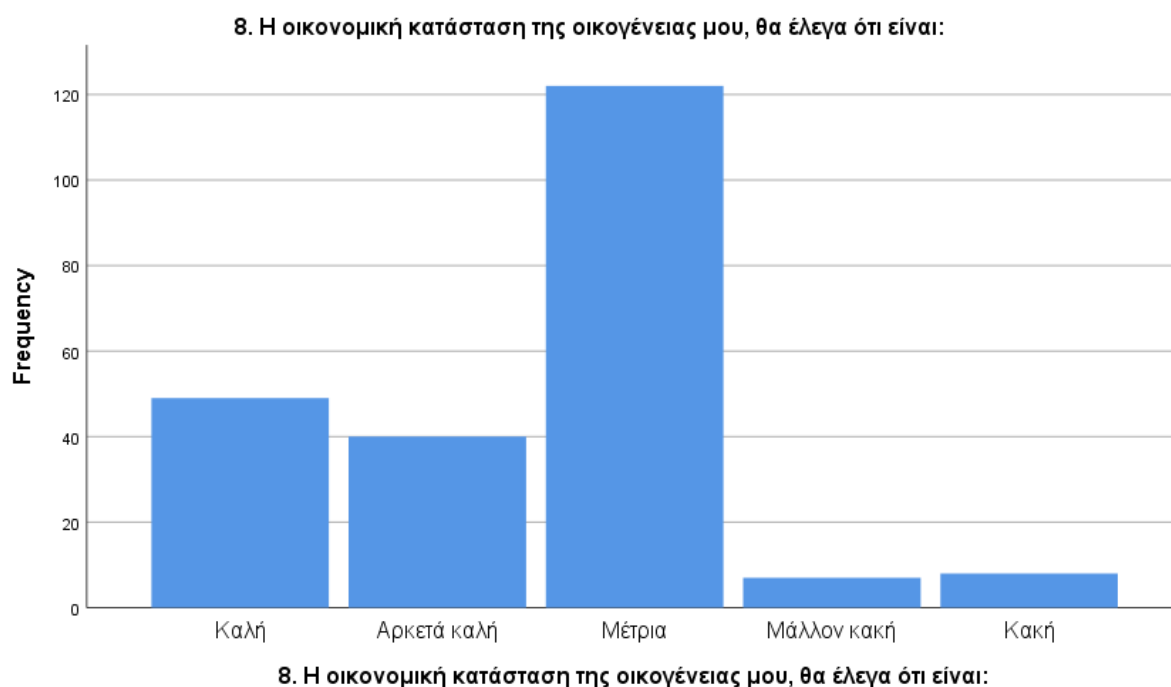
Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι αποτελούν τη μεγαλύτερη επαγγελματική κατηγορία, με δεύτερους τους ελεύθερους επαγγελματίες. Οι υπόλοιπες κατηγορίες έχουν σαφώς μικρότερη συχνότητα.

Πίνακας 14. Αυτοαξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

8. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας μου, θα έλεγα ότι είναι:

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Καλή	49	21,3	21,7	21,7
	Αρκετά καλή	40	17,4	17,7	39,4
	Μέτρια	122	53,0	54,0	93,4
	Μάλλον κακή	7	3,0	3,1	96,5
	Κακή	8	3,5	3,5	100,0
	Total	226	98,3	100,0	
Missing	System	4	1,7		
Total		230	100,0		

Πάνω από τους μισούς έγκυρους συμμετέχοντες αξιολογούν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως μέτρια (54,0%). Το 39,4% τη χαρακτηρίζει καλή ή αρκετά καλή, ενώ μόλις το 6,6% τη θεωρεί μάλλον κακή ή κακή. Καταγράφηκαν τέσσερις ελλείπουσες απαντήσεις.



Γράφημα 8. Αυτοαξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

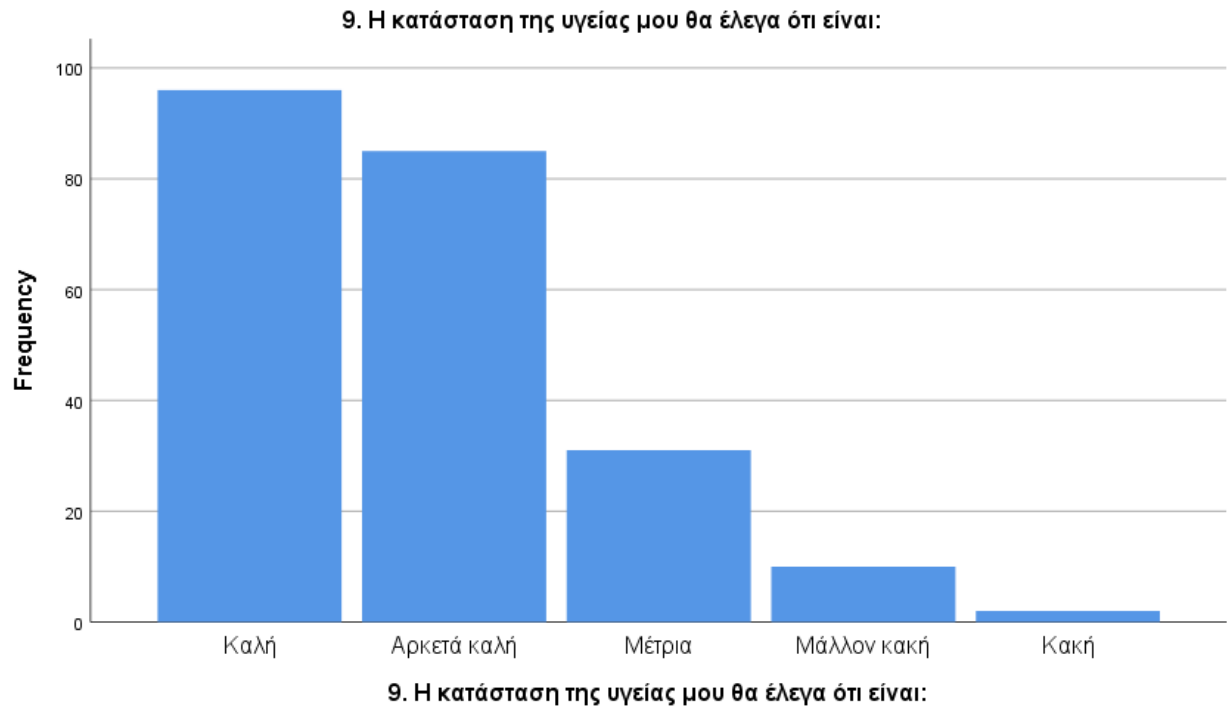
Η κατηγορία «μέτρια» κυριαρχεί στην αξιολόγηση της οικογενειακής οικονομικής κατάστασης, ενώ οι αρνητικές αξιολογήσεις είναι σχετικά σπάνιες.

Πίνακας 15. Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων.

9. Η κατάσταση της υγείας μου θα έλεγα ότι είναι:

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Καλή	96	41,7	42,9	42,9
	Αρκετά καλή	85	37,0	37,9	80,8
	Μέτρια	31	13,5	13,8	94,6
	Μάλλον κακή	10	4,3	4,5	99,1
	Κακή	2	0,9	0,9	100,0
	Total	224	97,4	100,0	
Missing	System	6	2,6		
Total		230	100,0		

Η πλειονότητα των έγκυρων απαντήσεων αξιολογεί την υγεία ως καλή (42,9%) ή αρκετά καλή (37,9%), δηλαδή συνολικά 80,8%. Μικρότερο ποσοστό δηλώνει μέτρια (13,8%), μάλλον κακή (4,5%) ή κακή υγεία (0,9%). Υπάρχουν έξι ελλείπουσες απαντήσεις.



Γράφημα 9. Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων.

Οι θετικές αξιολογήσεις υγείας («καλή» και «αρκετά καλή») υπερಿಸχύνουν καθαρά, συγκεντρώνοντας συνολικά το 80,8% των έγκυρων απαντήσεων.

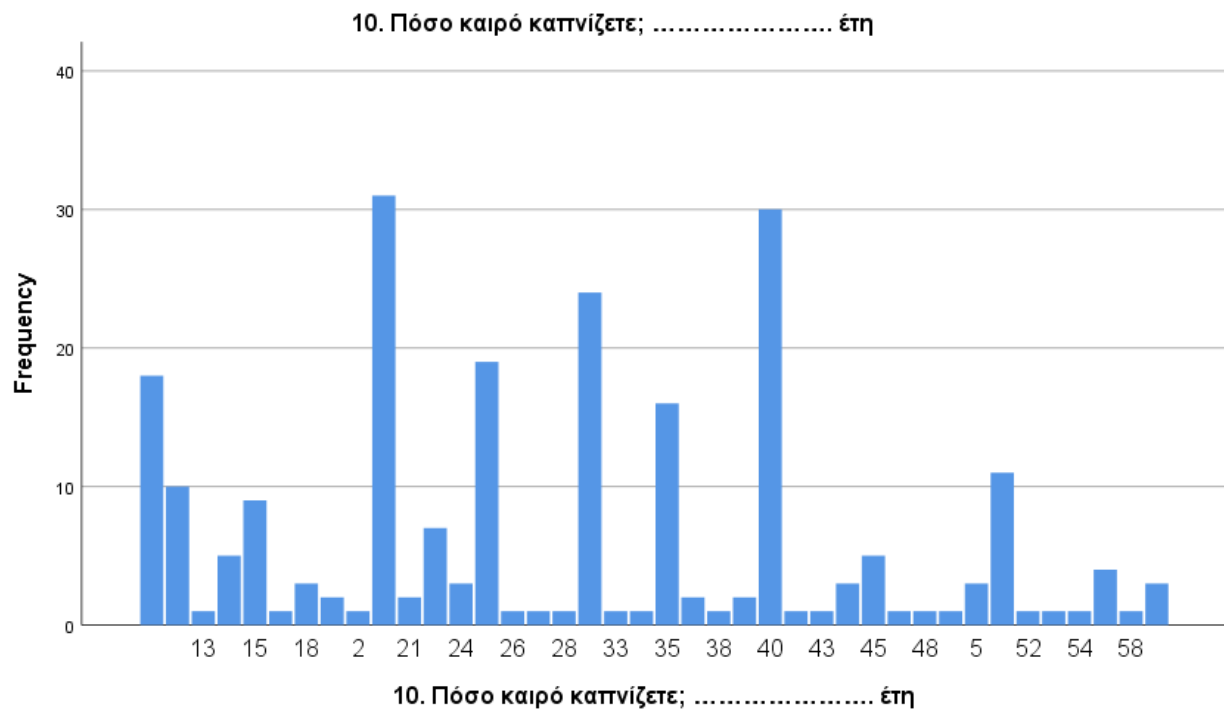
Πίνακας 16. Κατανομή της διάρκειας καπνίσματος σε έτη.

10. Πόσο καιρό καπνίζετε; έτη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		18	7,8	7,8	7,8
	10	10	4,3	4,3	12,2
	13	1	0,4	0,4	12,6
	14	5	2,2	2,2	14,8
	15	9	3,9	3,9	18,7
	17	1	0,4	0,4	19,1
	18	3	1,3	1,3	20,4
	19	2	0,9	0,9	21,3
	2	1	0,4	0,4	21,7
	20	31	13,5	13,5	35,2
	21	2	0,9	0,9	36,1
	22	7	3,0	3,0	39,1
	24	3	1,3	1,3	40,4
	25	19	8,3	8,3	48,7
	26	1	0,4	0,4	49,1
	27	1	0,4	0,4	49,6
	28	1	0,4	0,4	50,0
	30	24	10,4	10,4	60,4
	33	1	0,4	0,4	60,9
	34	1	0,4	0,4	61,3
	35	16	7,0	7,0	68,3
	37	2	0,9	0,9	69,1
	38	1	0,4	0,4	69,6
	4	2	0,9	0,9	70,4
	40	30	13,0	13,0	83,5
	41	1	0,4	0,4	83,9

43	1	0,4	0,4	84,3
44	3	1,3	1,3	85,7
45	5	2,2	2,2	87,8
47	1	0,4	0,4	88,3
48	1	0,4	0,4	88,7
49	1	0,4	0,4	89,1
5	3	1,3	1,3	90,4
50	11	4,8	4,8	95,2
52	1	0,4	0,4	95,7
53	1	0,4	0,4	96,1
54	1	0,4	0,4	96,5
55	4	1,7	1,7	98,3
58	1	0,4	0,4	98,7
8	3	1,3	1,3	100,0
Total	230	100,0	100,0	

Οι συχνότερες καταγεγραμμένες διάρκειες είναι τα 20 έτη (13,5%), τα 40 έτη (13,0%) και τα 30 έτη (10,4%), γεγονός που δείχνει ότι σημαντικό μέρος του δείγματος έχει μακρόχρονη καπνιστική ιστορία. Επιπλέον, 18 καταγραφές (7,8%) δεν διαθέτουν σαφή τιμή διάρκειας, επομένως χρειάζεται έλεγχος και τυποποίηση της μεταβλητής πριν από αναλύσεις που βασίζονται σε ακριβή έτη καπνίσματος.



Γράφημα 10. Κατανομή της διάρκειας καπνίσματος σε έτη.

Οι μεγαλύτερες συχνότητες εντοπίζονται στις διάρκειες 20, 40 και 30 ετών, αναδεικνύοντας τη μακρόχρονη καπνιστική ιστορία πολλών συμμετεχόντων. Οι μη σαφείς κωδικοποιήσεις πρέπει να διορθωθούν σε επόμενη επεξεργασία.

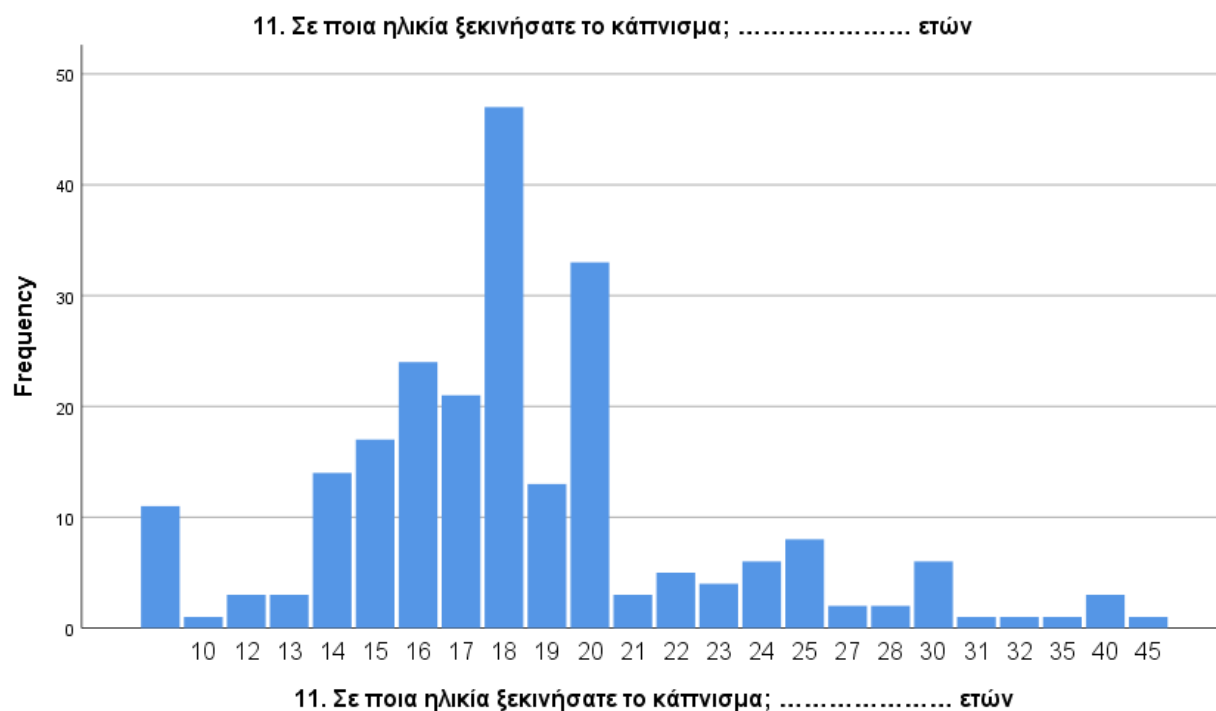
Πίνακας 17. Κατανομή της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος.

11. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα; ετών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11		4,8	4,8	4,8
	10	1	0,4	0,4	5,2
	12	3	1,3	1,3	6,5
	13	3	1,3	1,3	7,8
	14	14	6,1	6,1	13,9
	15	17	7,4	7,4	21,3
	16	24	10,4	10,4	31,7
	17	21	9,1	9,1	40,9
	18	47	20,4	20,4	61,3
	19	13	5,7	5,7	67,0
	20	33	14,3	14,3	81,3
	21	3	1,3	1,3	82,6
	22	5	2,2	2,2	84,8
	23	4	1,7	1,7	86,5
	24	6	2,6	2,6	89,1
	25	8	3,5	3,5	92,6
	27	2	0,9	0,9	93,5
	28	2	0,9	0,9	94,3
	30	6	2,6	2,6	97,0
	31	1	0,4	0,4	97,4
	32	1	0,4	0,4	97,8
	35	1	0,4	0,4	98,3
	40	3	1,3	1,3	99,6
	45	1	0,4	0,4	100,0
Total	230		100,0	100,0	

Η έναρξη του καπνίσματος εντοπίζεται κυρίως στην εφηβεία και στην πρόωμη ενήλικη ζωή. Η συχνότερη ηλικία έναρξης είναι τα 18 έτη (20,4%), ακολουθούμενη από τα 20 έτη (14,3%), τα

16 έτη (10,4%) και τα 17 έτη (9,1%). Έντεκα καταγραφές δεν διαθέτουν σαφή τιμή ηλικίας έναρξης.



Γράφημα 11. Κατανομή της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος.

Η κορυφή της κατανομής εμφανίζεται στα 18 έτη, ενώ σημαντικό ποσοστό αναφέρει έναρξη μεταξύ 15 και 20 ετών. Η έναρξη του καπνίσματος εντοπίζεται συνεπώς κυρίως στην εφηβεία και στην πρόωμη ενήλικη ζωή.

Πίνακας 18. Κατανομή της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων.

12. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

					Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	1–5	17	7,4	7,4	7,4
	6–10	51	22,2	22,2	29,6
	11–20	118	51,3	51,3	80,9
	>20	44	19,1	19,1	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες καπνίζουν 11–20 τσιγάρα ημερησίως (51,3%). Το 22,2% καπνίζει 6–10 τσιγάρα, το 19,1% περισσότερα από 20 και το 7,4% έως 5 τσιγάρα την ημέρα. Η κατανομή καταδεικνύει ότι η μέτρια έως υψηλή ημερήσια κατανάλωση είναι η επικρατέστερη στο δείγμα.



Γράφημα 12. Κατανομή της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων.

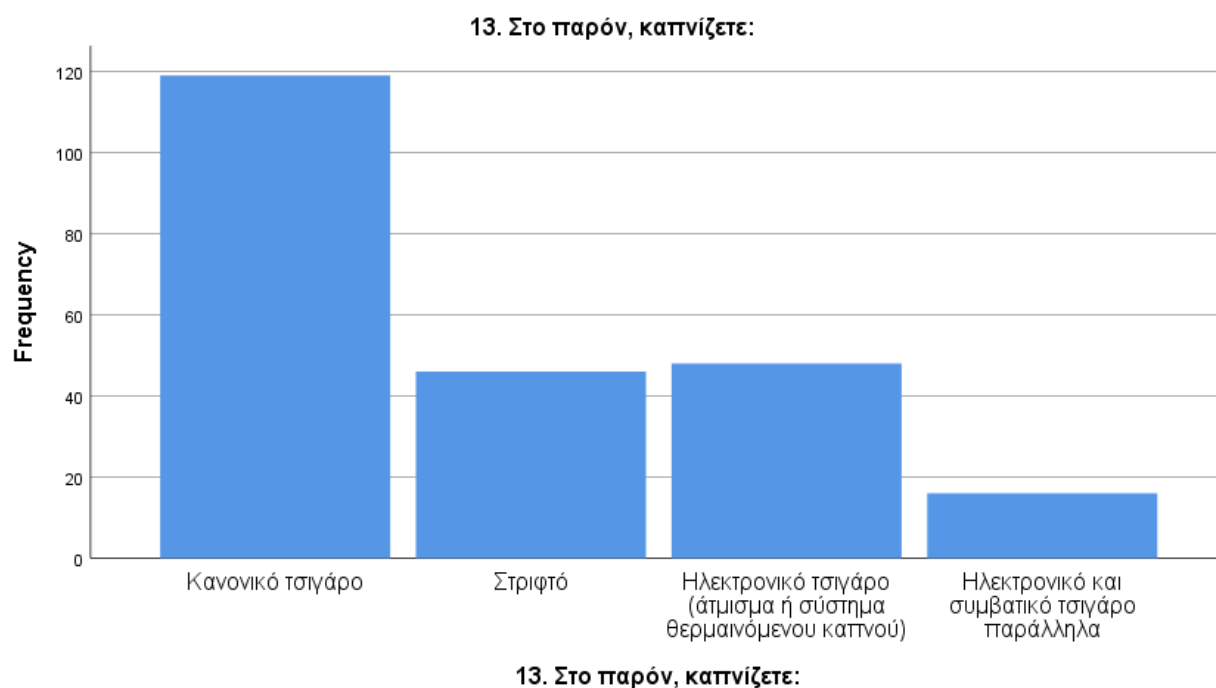
Η κατηγορία 11–20 τσιγάρα ημερησίως είναι η πιο συχνή, επιβεβαιώνοντας ότι η μέτρια έως υψηλή ημερήσια κατανάλωση χαρακτηρίζει την πλειονότητα του δείγματος.

Πίνακας 19. Κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τον τύπο προϊόντος καπνίσματος.

13. Στο παρόν, καπνίζετε:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανονικό τσιγάρο	119	51,7	52,0	52,0
	Στριφτό	46	20,0	20,1	72,1
	Ηλεκτρονικό τσιγάρο	48	20,9	21,0	93,0
	(άτμισμα ή σύστημα θερμαινόμενου καπνού)				
	Ηλεκτρονικό και συμβατικό τσιγάρο παράλληλα	16	7,0	7,0	100,0
	Total	229	99,6	100,0	
Missing	System	1	0,4		
Total		230	100,0		

Το συμβατικό τσιγάρο είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο προϊόν (52,0% των έγκυρων απαντήσεων). Ακολουθούν το ηλεκτρονικό τσιγάρο ή τα θερμαινόμενα προϊόντα καπνού (21,0%) και το στριφτό τσιγάρο (20,1%), ενώ το 7,0% χρησιμοποιεί παράλληλα ηλεκτρονικό και συμβατικό τσιγάρο. Υπάρχει μία ελλείπουσα απάντηση.



Γράφημα 13. Κατανομή των συμμετεχόντων ανά τύπο προϊόντος καπνίσματος.

Το κανονικό τσιγάρο εμφανίζεται ως η επικρατέστερη επιλογή. Τα ηλεκτρονικά προϊόντα και το στριφτό τσιγάρο καταγράφουν παρόμοια, αλλά αισθητά χαμηλότερα ποσοστά.

Πίνακας 20. Διάρκεια χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου μεταξύ των συμμετεχόντων που απάντησαν.

14. Αν καπνίζετε ηλεκτρονικό τσιγάρο, εδώ και πόσο καιρό;

					Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0,0	2	0,9	3,2	3,2
	0,1	1	0,4	1,6	4,8
	0,2	1	0,4	1,6	6,3
	0,5	1	0,4	1,6	7,9
	1,0	5	2,2	7,9	15,9
	1,5	4	1,7	6,3	22,2
	2,0	16	7,0	25,4	47,6
	3,0	9	3,9	14,3	61,9
	4,0	5	2,2	7,9	69,8
	5,0	5	2,2	7,9	77,8
	6,0	3	1,3	4,8	82,5
	7,0	5	2,2	7,9	90,5
	8,0	3	1,3	4,8	95,2
	10,0	2	0,9	3,2	98,4
	20,0	1	0,4	1,6	100,0
	Total	63	27,4	100,0	
Missing	System	167	72,6		
Total		230	100,0		



Γράφημα 14. Διάρκεια χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου μεταξύ των απαντησάντων.

Μεταξύ των συμμετεχόντων που παρείχαν απάντηση, τα δύο έτη αποτελούν τη συχνότερη διάρκεια χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου. Η γραφική απεικόνιση αφορά περιορισμένο υποδείγμα χρηστών, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν απάντησαν στην ειδική αυτή ερώτηση.

Πίνακας 21. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος.

15. Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι, μία φορά	67	29,1	29,4	29,4
	Ναι, περισσότερες από μία φορές	64	27,8	28,1	57,5
	Όχι	97	42,2	42,5	100,0
	Total	228	99,1	100,0	
Missing	System	2	0,9		
Total		230	100,0		

Από τις έγκυρες απαντήσεις, το 57,5% έχει επιχειρήσει να διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά, είτε μία φορά (29,4%) είτε περισσότερες από μία φορές (28,1%). Το 42,5% δεν έχει κάνει ποτέ προσπάθεια διακοπής. Καταγράφηκαν δύο ελλείπουσες απαντήσεις.



Γράφημα 15. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος.

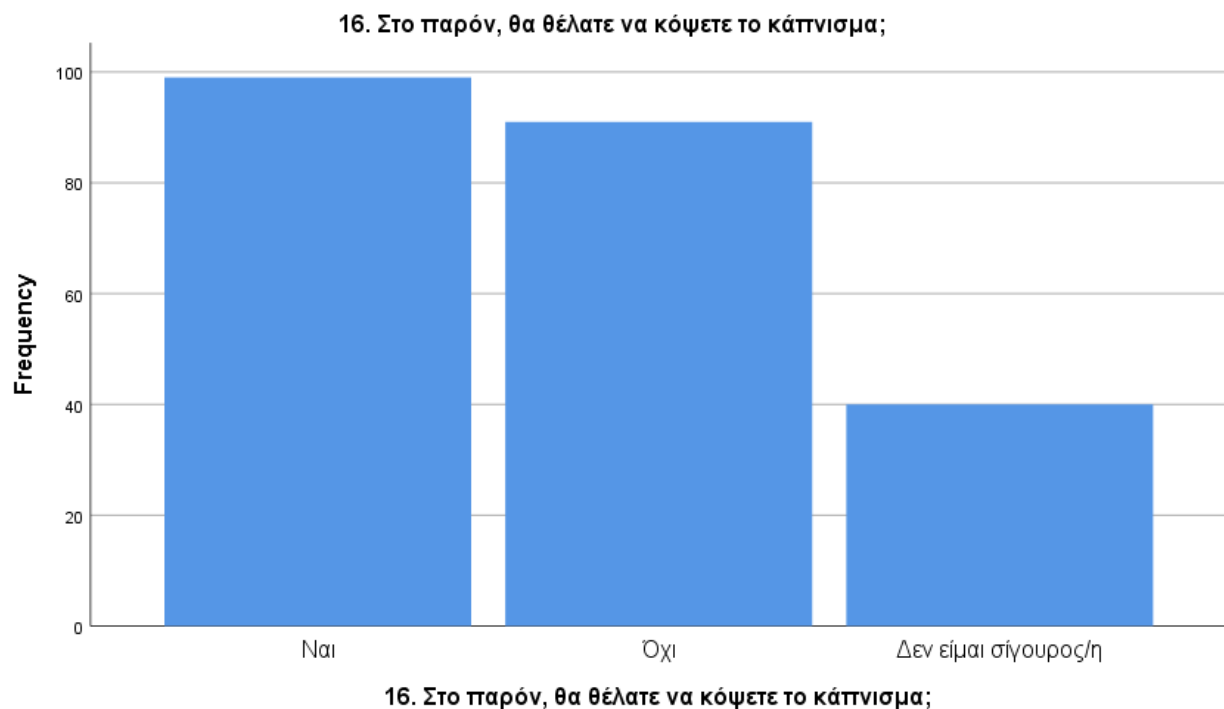
Το γράφημα αναδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες που έχουν επιχειρήσει να διακόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά υπερτερούν αριθμητικά έναντι εκείνων που δεν έχουν επιχειρήσει διακοπή.

Πίνακας 22. Τρέχουσα πρόθεση διακοπής του καπνίσματος.

16. Στο παρόν, θα θέλατε να κόψετε το κάπνισμα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	99	43,0	43,0	43,0
	Όχι	91	39,6	39,6	82,6
	Δεν είμαι σίγουρος/η	40	17,4	17,4	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Το 43,0% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι θα ήθελε να διακόψει το κάπνισμα, ενώ το 39,6% απαντά αρνητικά και το 17,4% παραμένει αβέβαιο. Η πρόθεση διακοπής είναι επομένως ελαφρώς συχνότερη από την απουσία πρόθεσης, χωρίς όμως να αποτελεί καθολική στάση στο δείγμα.



Γράφημα 16. Τρέχουσα πρόθεση διακοπής του καπνίσματος.

Η επιθυμία διακοπής είναι η συχνότερη κατηγορία, αν και βρίσκεται κοντά στην άρνηση πρόθεσης διακοπής. Η αβεβαιότητα αφορά περίπου έναν στους έξι συμμετέχοντες.

Πίνακας 23. Αντιλαμβανόμενη ικανότητα διακοπής του καπνίσματος.

17. Πιστεύετε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα αν το αποφασίσετε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι, σίγουρα	92	40,0	40,0	40,0
	Ίσως	89	38,7	38,7	78,7
	Όχι	49	21,3	21,3	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Το 40,0% θεωρεί ότι μπορεί σίγουρα να διακόψει το κάπνισμα εάν το αποφασίσει και το 38,7% απαντά «ίσως». Συνολικά, το 78,7% εκφράζει τουλάχιστον κάποια πεποίθηση ικανότητας διακοπής, ενώ το 21,3% θεωρεί ότι δεν μπορεί να το επιτύχει.



Γράφημα 17. Αντιλαμβανόμενη ικανότητα διακοπής του καπνίσματος.

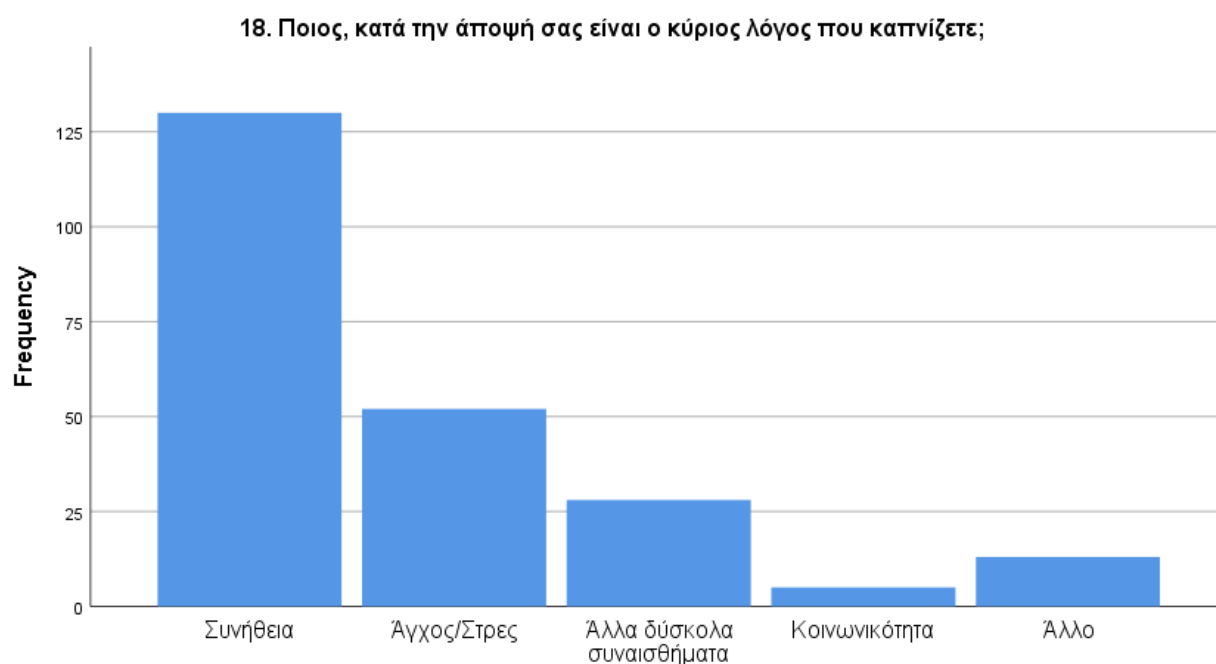
Η συντριπτική πλειονότητα δηλώνει είτε βεβαιότητα είτε τουλάχιστον πιθανότητα ότι μπορεί να διακόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, περίπου ένας στους πέντε θεωρεί ότι δεν μπορεί να το επιτύχει.

Πίνακας 24. Κύριος αυτοαναφερόμενος λόγος καπνίσματος.

18. Ποιος, κατά την άποψή σας είναι ο κύριος λόγος που καπνίζετε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνήθεια	130	56,5	57,0	57,0
	Άγχος/Στρες	52	22,6	22,8	79,8
	Άλλα δύσκολα συναισθήματα	28	12,2	12,3	92,1
	Κοινωνικότητα	5	2,2	2,2	94,3
	Άλλο	13	5,7	5,7	100,0
	Total	228	99,1	100,0	
Missing	System	2	0,9		
Total		230	100,0		

Η συνήθεια αναφέρεται ως ο κυριότερος λόγος καπνίσματος από το 57,0% των έγκυρων απαντήσεων. Ακολουθούν το άγχος/στρες (22,8%) και άλλα δύσκολα συναισθήματα (12,3%), ενώ η κοινωνικότητα αναφέρεται σπάνια (2,2%). Το εύρημα αναδεικνύει την κεντρική σημασία της παγιωμένης συμπεριφοράς και της συναισθηματικής ρύθμισης.



18. Ποιος, κατά την άποψή σας είναι ο κύριος λόγος που καπνίζετε;

Γράφημα 18. Κύριος αυτοαναφερόμενος λόγος καπνίσματος.

Η συνήθεια υπερσχύει ως βασικός λόγος καπνίσματος, με το άγχος/στρες να ακολουθεί σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό. Η κοινωνικότητα έχει περιορισμένη σημασία ως πρωτεύον κίνητρο.

Πίνακας 25. Παρουσία καπνιστή στο οικογενειακό περιβάλλον.

19. Υπάρχει κάποιος στο οικογενειακό σας περιβάλλον που καπνίζει;

		Cumulative			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Ναί	143	62,2	62,4	62,4
	Όχι	86	37,4	37,6	100,0
	Total	229	99,6	100,0	
Missing	System	1	0,4		
Total		230	100,0		

Το 62,4% των έγκυρων συμμετεχόντων δηλώνει ότι υπάρχει τουλάχιστον ένα άτομο που καπνίζει στο οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ το 37,6% απαντά αρνητικά. Το αποτέλεσμα υποδεικνύει ότι η έκθεση σε καπνιστικά πρότυπα στο σπίτι είναι συχνή στο συγκεκριμένο δείγμα.



Γράφημα 19. Παρουσία καπνιστή στο οικογενειακό περιβάλλον.

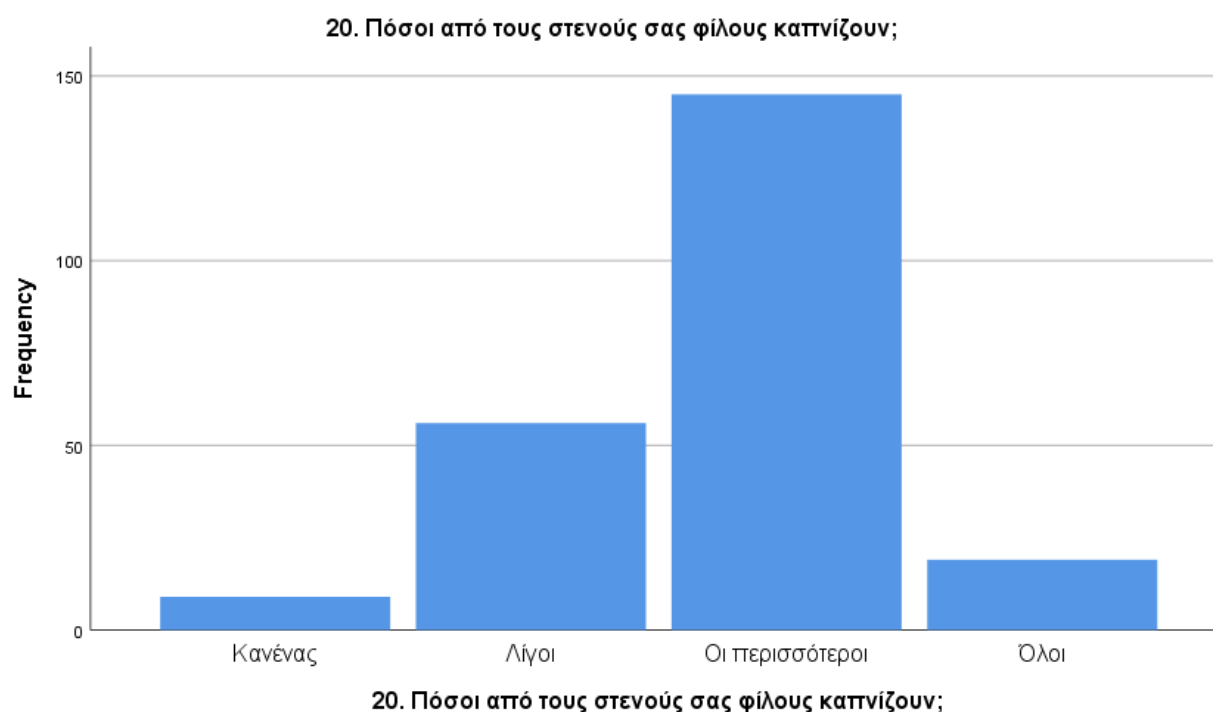
Περισσότεροι από έξι στους δέκα συμμετέχοντες αναφέρουν καπνιστή στο οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που αναδεικνύει την ευρεία έκθεση σε καπνιστικά πρότυπα στο σπίτι.

Πίνακας 26. Αριθμός στενών φίλων που καπνίζουν.

20. Πόσοι από τους στενούς σας φίλους καπνίζουν;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανένας	9	3,9	3,9	3,9
	Λίγοι	56	24,3	24,5	28,4
	Οι περισσότεροι	145	63,0	63,3	91,7
	Όλοι	19	8,3	8,3	100,0
	Total	229	99,6	100,0	
Missing	System	1	0,4		
Total		230	100,0		

Η πλειονότητα αναφέρει ότι οι περισσότεροι στενοί φίλοι καπνίζουν (63,3%), ενώ επιπλέον το 8,3% δηλώνει ότι καπνίζουν όλοι οι φίλοι του. Μόνο το 3,9% δεν έχει κανέναν στενό φίλο που καπνίζει. Η κατανομή δείχνει έντονη κοινωνική έκθεση στο κάπνισμα.



Γράφημα 20. Αριθμός στενών φίλων που καπνίζουν.

Η κατηγορία «οι περισσότεροι» είναι κυρίαρχη, ενώ μαζί με την κατηγορία «όλοι» δείχνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων βρίσκεται σε κοινωνικό δίκτυο όπου το κάπνισμα είναι συχνό.

Πίνακας 27. Παρότρυνση για διακοπή του καπνίσματος από το κοντινό περιβάλλον.

21. Υπάρχουν πρόσωπα στο κοντινό σας περιβάλλον που σας παροτρύνουν να κόψετε το κάπνισμα;

				Cumulative	
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Ναί	156	67,8	67,8	67,8
	Όχι	74	32,2	32,2	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

Τα δύο τρίτα περίπου των συμμετεχόντων (67,8%) δηλώνουν ότι υπάρχουν πρόσωπα στο κοντινό τους περιβάλλον που τους παροτρύνουν να κόψουν το κάπνισμα. Το 32,2% δεν αναφέρει τέτοια παρότρυνση, γεγονός που αναδεικνύει διαφοροποιήσεις ως προς την κοινωνική υποστήριξη της διακοπής.



Γράφημα 21. Παρότρυνση για διακοπή του καπνίσματος από το κοντινό περιβάλλον.

Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν παρότρυνση από το κοντινό περιβάλλον να διακόψουν το κάπνισμα υπερτερούν σαφώς έναντι εκείνων που δεν λαμβάνουν τέτοια παρότρυνση.

5.2 Περιγραφική ανάλυση των βασικών μεταβλητών της μελέτης.

Πίνακας 28. Περιγραφικά στατιστικά των βασικών μεταβλητών της μελέτης.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
FTND_Συνολικό_Σκορ	230	0	9	4,04	2,118
MRSS_Εθισμός	230	1,0	5,0	3,239	1,0361
MRSS_Ευχαρίστηση	230	1,0000000000	5,0000000000	4,0985507246	0,8099022206
		00	00	3768	85487
MRSS_Χαλάρωση	230	1,0000000000	5,0000000000	3,9014492753	0,7661873231
		00	00	6232	49647
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	230	1,0	5,0	2,737	1,1143
MRSS_Διέγερση	230	1,0000000000	5,0000000000	2,8173913043	1,1798432269
		00	00	4783	97896
MRSS_Αυτοματισμός	230	1,0000000000	4,6666666666	2,2963768115	0,9802570304
		00	67	9420	50769
MRSS_Διαδικασία	230	1,0000000000	5,0000000000	2,5528985507	0,8466784743
		00	00	2464	68848
Αυτοαποτελεσματικότητα_α_MO	230	1,0000000000	4,7222222222	2,0643073862	0,6664507269
		00	22	7669	05901
MHLC_Εσωτερική_Εστία_α	230	2,5000000000	6,0000000000	4,8916666666	0,7236873039
		00	00	6667	68557
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	230	1,00	6,00	4,6913	1,09924
MHLC_Τύχη	230	1,00	6,00	3,1793	1,19595

MHLC_Αξία_Υγείας	230	2,25	6,25	5,3054	0,72421
Valid N (listwise)	230				

Στο σύνολο των 230 συμμετεχόντων, η μέση βαθμολογία εξάρτησης από τη νικοτίνη ήταν 4,04 (TA=2,118), γεγονός που δείχνει ουσιαστική ετερογένεια. Στην MRSS, οι υψηλότερες μέσες τιμές αφορούν την ευχαρίστηση (M=4,10) και τη χαλάρωση (M=3,90), ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα διακοπής έχει χαμηλότερη μέση τιμή (M=2,06). Η εσωτερική εστία ελέγχου (M=4,89) και η αξία της υγείας (M=5,31) εμφανίζονται σχετικά υψηλές.

Πίνακας 29. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ εξάρτησης από τη νικοτίνη, κινήτρων καπνίσματος, αυτοαποτελεσματικότητας και πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας.

Correlations

		FTND_Συνολικό _Σκορ	MRSS_Εθισμός ηση	MRSS_Ευχαρίστηση
FTND_Συνολικό_Σκορ	Pearson Correlation	1	0,542**	0,289**
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Εθισμός	Pearson Correlation	0,542**	1	0,540**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000
	N	230	230	230
MRSS_Ευχαρίστηση	Pearson Correlation	0,289**	0,540**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	
	N	230	230	230
MRSS_Χαλάρωση	Pearson Correlation	0,259**	0,430**	0,529**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	Pearson Correlation	0,388**	0,484**	0,517**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Διέγερση	Pearson Correlation	0,311**	0,484**	0,627**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000

	N	230	230	230
MRSS_Αυτοματισμός	Pearson Correlation	0,450**	0,512**	0,180**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,006
	N	230	230	230
MRSS_Διαδικασία	Pearson Correlation	0,140*	0,346**	0,334**
	Sig. (2-tailed)	0,034	0,000	0,000
	N	230	230	230
Αυτοαποτελεσματικότητα_M O	Pearson Correlation	-0,045	-0,068	-0,084
	Sig. (2-tailed)	0,495	0,305	0,203
	N	230	230	230
MHLC_Εσωτερική_Εστία	Pearson Correlation	-0,012	0,076	0,097
	Sig. (2-tailed)	0,861	0,248	0,144
	N	230	230	230
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας ς	Pearson Correlation	-0,005	0,057	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,946	0,390	0,562
	N	230	230	230
MHLC_Τύχη	Pearson Correlation	0,224**	0,231**	0,200**
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,000	0,002
	N	230	230	230
MHLC_Αξία_Υγείας	Pearson Correlation	0,084	0,081	0,239**
	Sig. (2-tailed)	0,205	0,220	0,000
	N	230	230	230

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη συσχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τον εθισμό ως κίνητρο καπνίσματος ($r=0,542$), τον αυτοματισμό ($r=0,450$), το κοινωνικό κάπνισμα ($r=0,388$), τη διέγερση ($r=0,311$), την ευχαρίστηση ($r=0,289$), τη χαλάρωση ($r=0,259$), τη διαδικασία καπνίσματος ($r=0,140$) και την πεποίθηση ότι η υγεία επηρεάζεται από την τύχη ($r=0,224$). Δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές σχέσεις του FTND με την αυτοαποτελεσματικότητα ή με τις υπόλοιπες διαστάσεις του MHLC.

Πίνακας 30. Σύνοψη του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted Square	RStd. Error of the Estimate
1	0,621 ^a	0,386	0,352	1,706

a. Predictors: (Constant), MHLC_Αξία_Υγείας, MHLC_Τύχη, Αυτοαποτελεσματικότητα_MO, MRSS_Αυτοματισμός, MRSS_Χαλάρωση, MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας, MRSS_Διαδικασία, MHLC_Εσωτερική_Εστία, MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα, MRSS_Ευχαρίστηση, MRSS_Εθισμός, MRSS_Διέγερση

Το μοντέλο παρουσιάζει μέτρια συνολική συσχέτιση με το FTND ($R=0,621$) και εξηγεί το 38,6% της διακύμανσης της εξάρτησης από τη νικοτίνη ($R^2=0,386$ · διορθωμένο $R^2=0,352$). Το τυπικό σφάλμα εκτίμησης είναι 1,706, γεγονός που δείχνει ότι το μοντέλο έχει ουσιαστική, αλλά όχι πλήρη, προβλεπτική ικανότητα.

Πίνακας 31. Ανάλυση διακύμανσης του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την εξάρτηση από τη νικοτίνη.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	396,335	12	33,028	11,354	0,000 ^b
	Residual	631,231	217	2,909		
	Total	1027,565	229			

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

b. Predictors: (Constant), MHLC_Αξία_Υγείας, MHLC_Τύχη, Αυτοαποτελεσματικότητα_MO, MRSS_Αυτοματισμός, MRSS_Χαλάρωση, MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας, MRSS_Διαδικασία, MHLC_Εσωτερική_Εστία, MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα, MRSS_Ευχαρίστηση, MRSS_Εθισμός, MRSS_Διέγερση

Το συνολικό μοντέλο παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό, $F(12,217)=11,354$, $p<0,001$. Επομένως, το σύνολο των κινήτρων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας προβλέπει την εξάρτηση από τη νικοτίνη καλύτερα από ένα μοντέλο χωρίς προβλεπτικές μεταβλητές.

Πίνακας 32. Συντελεστές πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
		B	Std. Error	Beta	t	
1	(Constant)	-0,349	1,314		-0,265	0,791
	MRSS_Εθισμός	0,745	0,156	0,364	4,787	0,000
	MRSS_Ευχαρίστηση	-0,042	0,210	-0,016	-0,197	0,844
	MRSS_Χαλάρωση	0,138	0,180	0,050	0,769	0,443
	MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	0,408	0,153	0,215	2,665	0,008
	MRSS_Διέγερση	-0,156	0,158	-0,087	-0,992	0,323
	MRSS_Αυτοματισμός	0,548	0,143	0,254	3,838	0,000
	MRSS_Διαδικασία	-0,373	0,161	-0,149	-2,322	0,021
	Αυτοαποτελεσματικότητα_α_MO	-0,003	0,171	-0,001	-0,017	0,987
	MHLC_Εσωτερική_Εστία_α	-0,216	0,192	-0,074	-1,125	0,262

MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	0,023	0,127	0,012	0,180	0,858
MHLC_Τύχη	0,190	0,104	0,108	1,832	0,068
MHLC_Αξία_Υγείας	0,184	0,175	0,063	1,051	0,294

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

Με τον έλεγχο των υπόλοιπων μεταβλητών, ο εθισμός ως κίνητρο καπνίσματος είναι ο ισχυρότερος θετικός προβλεπτικός παράγοντας του FTND ($\beta=0,364$, $p<0,001$). Στατιστικά σημαντικές θετικές επιδράσεις εμφανίζουν επίσης το κοινωνικό κάπνισμα ($\beta=0,215$, $p=0,008$) και ο αυτοματισμός ($\beta=0,254$, $p<0,001$), ενώ η διάσταση «διαδικασία» έχει αρνητική επίδραση ($\beta=-0,149$, $p=0,021$). Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν είναι στατιστικά σημαντικοί ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες.

5.3 Περιγραφική ανάλυση ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών

I. Συσχετίσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και φύλου.

Πίνακας 33. Περιγραφικά στατιστικά των βασικών μεταβλητών ανά φύλο.

Group Statistics

	1. Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
FTND_Συνολικό_Σκορ	Ανδρας	142	4,25	2,148	0,180
	Γυναίκα	88	3,72	2,040	0,217
MRSS_Εθισμός	Ανδρας	142	3,239	0,9977	0,0837
	Γυναίκα	88	3,239	1,1011	0,1174
MRSS_Ευχαρίστηση	Ανδρας	142	4,1971830985	0,7760754043	0,0651268011
	Γυναίκα	88	3,9393939393	0,8419788382	0,0897552457
			9394	73729	38112

MRSS_Χαλάρωση	Ανδρας	142	3,8920187793	0,7282970148	0,0611173278
			4272	25693	14485
	Γυναίκα	88	3,9166666666	0,8277591347	0,0882394202
			6667	63964	50789
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	Ανδρας	142	2,919	1,0630	0,0892
	Γυναίκα	88	2,443	1,1382	0,1213
MRSS_Διέγερση	Ανδρας	142	3,0610328638	1,1302975042	0,0948524594
			4977	37218	88515
	Γυναίκα	88	2,4242424242	1,1577130677	0,1234126276
			4242	31421	87295
MRSS_Αυτοματισμός	Ανδρας	142	2,3744131455	0,9917283231	0,0832239921
			3991	16208	25396
	Γυναίκα	88	2,1704545454	0,9535767422	0,1016516222
			5455	04905	69068
MRSS_Διαδικασία	Ανδρας	142	2,6056338028	0,8304865970	0,0696928870
			1690	50187	55977
	Γυναίκα	88	2,4678030303	0,8702027605	0,0927639259
			0303	89351	66140
Αυτοαποτελεσματικότητα_ΜΟ	Ανδρας	142	1,9905448275	0,6123052454	0,0513835147
			3737	13173	53801
	Γυναίκα	88	2,1833333333	0,7336660880	0,0782090677
			3333	56422	69724
MHLC_Εσωτερική_Εστία	Ανδρας	142	4,8838028169	0,7279025852	0,0610842280
			0141	46838	19511
	Γυναίκα	88	4,9043560606	0,7208068697	0,0768382704
			0606	91650	96813
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	Ανδρας	142	4,5863	1,19026	0,09988
	Γυναίκα	88	4,8608	0,91512	0,09755
MHLC_Τύχη	Ανδρας	142	3,3028	1,20056	0,10075
	Γυναίκα	88	2,9801	1,16783	0,12449
MHLC_Αξία_Υγείας	Ανδρας	142	5,3539	0,68303	0,05732

Γυναίκα 88 5,2273 0,78385 0,08356

Οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές στην εξάρτηση από τη νικοτίνη, στην ευχαρίστηση, στο κοινωνικό κάπνισμα, στη διέγερση, στον αυτοματισμό και στην πεποίθηση ότι η υγεία επηρεάζεται από την τύχη. Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη μέση αυτοαποτελεσματικότητα και υψηλότερη βαθμολογία στην εστίαση στους επαγγελματίες υγείας. Οι περιγραφικές αυτές διαφορές αξιολογούνται στατιστικά στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 34. Έλεγχοι t ανεξάρτητων δειγμάτων για διαφορές των βασικών μεταβλητών ανά φύλο.

Independent Samples Test

		Leven		e's		Test		for		Equality		ty of		Varian		ces		t-test for Equality of Means	
		Sig		.		(2-		Sig		tail Mean		Std. Error		Difference		Lower		Upper	
		F		t		df		ed) Difference		Difference		Lower		Upper					
FTND_Συνολικό_ Equa	0,00,91,8228	0,0	0,531					0,286		-0,033		1,094							
Σκορ	1	12	13	56		65													
varia																			
nces																			
assu																			
med																			

	Equa	1,8 191, 0,0 0,531	0,282	-0,026	1,088
	l	79 775 62			
	varia				
	nces				
	not				
	assu				
	med				
MRSS_Εθισμός	Equa	1,00,30,0228 0,9 0,0008	0,1409	-0,2768	0,2784
	l	73 01 06 95			
	varia				
	nces				
	assu				
	med				
	Equa	0,0 170, 0,9 0,0008	0,1442	-0,2838	0,2854
	l	06 772 96			
	varia				
	nces				
	not				
	assu				
	med				
MRSS_Ευχαρίστηση	Equa	1,60,22,3 228 0,0 0,25778915 0,10878727 0,04343218 0,47214612			
	l	05 06 70 19 9197608 4883201 9482368 8912849			
	varia				
	nces				
	assu				
	med				

	Equa	2,3	173,	0,0	0,25778915	0,11089411	0,03891058	0,47666773
	l	25	118	21	9197608	3330896	6323702	2071514
	varia							
	nces							
	not							
	assu							
	med							
MRSS_Χαλάρωση	Equa	5,9	0,0-	228	0,8 -	0,10416225	-	0,18059583
	l	13	16	0,2	13	0,02464788	3662828	0,22989160
	varia		37			7323944		7950703
	nces							
	assu							
	med							
	Equa	-	166,	0,8 -		0,10733835	-	0,18726888
	l		0,2	809	19	0,02464788	7754246	0,23656465
	varia		30			7323944		8624534
	nces							
	not							
	assu							
	med							
MRSS_Κοινωνικό	Equa	1,0	0,3	3,2	228	0,0	0,4758	0,1482
_Κάπνισμα	l	00	18	11	02			0,1838
	varia							0,7678
	nces							
	assu							
	med							

	Equa	3,1 174, 0,0 0,4758	0,1506	0,1786	0,7731
	l	60 928 02			
	varia				
	nces				
	not				
	assu				
	med				
MRSS_Διέγερση	Equa	0,1 0,74,1 228	0,0 0,63679043	0,15477535	0,33181749 0,94176337
	l	23 27 14	00 9607341	0233623	9543210 9671473
	varia				
	nces				
	assu				
	med				
	Equa	4,0 181, 0,0 0,63679043	0,15565238	0,32966545	0,94391542
	l	91 142 00 9607341	7529724	1633294	7581389
	varia				
	nces				
	not				
	assu				
	med				
MRSS_Αυτοματισμός	Equa	0,1 0,6 1,5 228	0,1 0,20395860	0,13259490 -	0,46522668
	l	58 92 38	25 0085360	7837552	0,05730948 1984139
	varia				1813420
	nces				
	assu				
	med				

	Equa	1,5	190,	0,1	0,20395860	0,13137459	-	0,46309837		
	l	52	037	22	0085360	8668164	0,05518117	1080763		
	varia						0910044			
	nces									
	not									
	assu									
	med									
MRSS_Διαδικασί	Equa	0,3	0,5	1,2	228	0,2	0,13783077	0,11475659	-	0,36394983
α	l	55	52	01	31	2513869	9266620	0,08828829	7450733	
	varia							2422994		
	nces									
	assu									
	med									
	Equa	1,1	177,	0,2	0,13783077	0,11602691	-	0,36679651		
	l	88	949	36	2513869	2683431	0,09113496	1079835		
	varia							6052097		
	nces									
	not									
	assu									
	med									
Αυτοαποτελεσματι	Equa	2,5	0,1	-	228	0,0	-	0,08971029	-	-
κότητα_MO	l	19	14	2,1	33	0,19278850	8660694	0,36955575	0,01602125	
	varia		49			5795962		9078129	2513795	
	nces									
	assu									
	med									

	Equa	-	159, 0,0 -	0,09357843 -	-	
	l	2,0931	41 0,19278850	6991987	0,37759731	0,00797969
	varia	60	5795962		4757756	6834168
	nces					
	not					
	assu					
	med					
MHLC_Εσωτερικ	Equa	0,1 0,7-	228 0,8 -	0,09838709 -		0,17331096
ή_Εστία	l	07 44 0,2	35 0,02055324	1516005	0,21441745	3475003
	varia	09	3704652		0884307	
	nces					
	assu					
	med					
	Equa	-	185, 0,8 -	0,09816008 -		0,17309767
	l	0,2 900	34 0,02055324	7233463	0,21420416	2934420
	varia	09	3704652		0343724	
	nces					
	not					
	assu					
	med					
MHLC_Επαγγελμ	Equa	7,00,0-	228 0,0 -0,27453	0,14835	-0,56684	0,01778
ατίες_Υγείας	l	95 08 1,8	66			
	varia	51				
	nces					
	assu					
	med					

	Equa	-	217, 0,0	-0,27453	0,13962	-0,54971	0,00065
	l		1,9 523 51				
	varia		66				
	nces						
	not						
	assu						
	med						
MHLC_Τύχη	Equa	1,00,3	2,0 228	0,0 0,32270	0,16120	0,00508	0,64033
	l	51	06 02	46			
	varia						
	nces						
	assu						
	med						
	Equa	2,0 188,	0,0 0,32270	0,16015	0,00678	0,63862	
	l	15	411 45				
	varia						
	nces						
	not						
	assu						
	med						
MHLC_Αξία_Υγείας	Equa	2,2 0,1	1,2 228	0,1 0,12660	0,09811	-0,06672	0,31992
	l	55	35 90	98			
	varia						
	nces						
	assu						
	med						

Equa	1,2165, 0,2012660	0,10133	-0,07346	0,32666
l	49 525 13			
varia				
nces				
not				
assu				
med				

Στατιστικά σημαντικές διαφορές φύλου παρατηρούνται στην ευχαρίστηση από το κάπνισμα ($p=0,019$), στο κοινωνικό κάπνισμα ($p=0,002$), στη διέγερση ($p<0,001$), στην αυτοαποτελεσματικότητα ($p=0,033$) και στην πεποίθηση ελέγχου της υγείας μέσω τύχης ($p=0,046$). Οι άνδρες έχουν υψηλότερους μέσους όρους στα τρία κίνητρα καπνίσματος και στην τύχη, ενώ οι γυναίκες έχουν υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα. Η διαφορά στο FTND δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,065$).

II. Συσχετίσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και επιπέδου εκπαίδευσης.

Πίνακας 35. Περιγραφικά στατιστικά των βασικών μεταβλητών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

Descriptives

				95% Confidence Interval for Mean			
		Std.		Lower	Upper	Minimum	Maximum
N	Mean	Deviation	Std. Error	Bound	Bound	m	m
FTND_Συνολικ	Απόφοιτος	34,78	2,002	0,334	4,10	5,46	0 9
ό_Σκορ	Δημοτικού	6					

Απόφο	7	2,103623	0,68181790	0,07671051	1,950904	2,256342	1,11764	4,44444
ιτος	9	7279722079974777	15990344	8220658263387858705882	444444			
Λυκείο						4	4	
υ								
Ανώτα	8	1,992413	0,60513930	0,06723771	1,858605	2,126220	1,00000	4,72222
τη	1	2109317362353020	06928113	9098450951201837000000	222222			
Εκπαίδ						0	2	
ευση								
(ΤΕΙ,								
ΑΕΙ								
κ.λπ.)								
Μεταπ	1	2,373409	0,71194990	1,6333252	0,030260	2,716557	1,11111	3,83333
τυχιακ	9	0127279072074990	25322710	11038920915066601111111	333333			
ό							3	
Total	2	2,059493	0,66389120	0,04387111	1,973048	2,145938	1,00000	4,72222
	2	5902924614975551	66353457	8265322035405272000000	222222			
	9					0	2	

MRSS_Εθισμός	Απόφο	3	3,444	0,9840	0,1640	3,112	3,777	1,0	5,0
ιτος	6								
Δημοτι									
κού									
Απόφο	1	3,571	1,1744	0,3139	2,893	4,249	1,5	5,0	
ιτος	4								
Γυμνα									
σίου									
Απόφο	7	3,259	0,9053	0,1019	3,057	3,462	1,0	5,0	
ιτος	9								
Λυκείο									
υ									

Ανώτα 8	3,074	1,1405	0,1267	2,822	3,326	1,0	5,0
τη 1							
Εκπαίδ							
ευση							
(ΤΕΙ,							
ΑΕΙ							
κ.λπ.)							
Μεταπ 1	3,211	1,0713	0,2458	2,694	3,727	1,0	5,0
τυχιακ 9							
ό							
Total 2	3,238	1,0383	0,0686	3,103	3,373	1,0	5,0
2							
9							

MRSS_Ευχαρί	Απόφο 3	4,527777	0,55420470	0,9236744	3,40261	4,715293	2,33333	5,00000
στηση	ιτος 6	7777777806893452	51148909	8828881367266743333333	000000			
	Δημοτι					3	0	
	κού							
	Απόφο 1	4,571428	0,51355250	1,3725274	2,274912	4,867945	3,00000	5,00000
	ιτος 4	5714285791013096	03261503	1332876300956951000000	000000			
	Γυμνα					0	0	
	σίου							
	Απόφο 7	4,016877	0,78971070	0,8884943	8,339992	4,193763	2,00000	5,00000
	ιτος 9	6371308080801430	04471053	0606739821358763000000	000000			
	Λυκείο					0	0	
	υ							

Ανώτα	8	4,024691	0,83629100,09292123,839772	4,209610	1,00000	5,00000
τη	1	3580246947452610	27494734 2221294049391999000000	000000		
Εκπαίδ				0	0	
ευση						
(ΤΕΙ,						
ΑΕΙ						
κ.λπ.)						
Μεταπ	1	3,561403	0,90984070,20873173,122874	3,999932	1,66666	4,66666
τυχιακ	9	5087719391790936	92954091 2844556773308820666666	666666		
ό				7	7	
Total	2	4,096069	0,81080000,05357913,990496	4,201643	1,00000	5,00000
		2	8689956378334195 77301368 2152894652270180000000	000000		
	9			0	0	
MRSS_Χαλάρ	Απόφο	3	4,166666 0,42538490,07089744,022737	4,310596	3,00000	5,00000
ωση	ιτος	6	6666666779697663 96616277 0966928823664046000000	000000		
	Δημοτι			0	0	
	κού					
	Απόφο	1	4,190476 0,46619540,12459593,921302	4,459649	3,00000	5,00000
	ιτος	4	1904761971168712 80598498 9392699544168243000000	000000		
	Γυμνα			0	0	
	σίου					
	Απόφο	7	3,864978 0,77994620,08775083,690280	4,039677	1,00000	5,00000
	ιτος	9	9029535982286743 12557305 4549880735091910000000	000000		
	Λυκείο			0	0	
	υ					

Ανώτα	8	3,843621	0,86776600	0,9641843	6,51742	4,035500	1,00000	5,00000	
τη	1	3991769501089846	44565538	5795128721884104000000	000000				
Εκπαίδ						0	0		
ευση									
(ΤΕΙ,									
ΑΕΙ									
κ.λπ.)									
Μεταπ	1	3,578947	0,80001620	1,8353633	1,93351	3,964542	1,66666	4,66666	
τυχιακ	9	3684210544149570	13759944	8816582085518390666666	666666				
ό						7	7		
Total	2	3,901018	0,76783780	0,5074013	8,01039	4,000998	1,00000	5,00000	
	2	9228529860901966	54061767	3463883449931762000000	000000				
	9					0	0		
MRSS_Κοινωνι	Απόφο	3	3,264	0,8983	0,1497	2,960	3,568	1,0	4,5
κό_Κάπνισμα	ιτος	6							
Δημοτι									
κού									
Απόφο	1	3,250	1,0875	0,2907	2,622	3,878	1,0	4,5	
ιτος	4								
Γυμνα									
σίου									
Απόφο	7	2,785	1,0552	0,1187	2,548	3,021	1,0	5,0	
ιτος	9								
Λυκείο									
υ									

Ανώτα	8	2,537	1,1800	0,1311	2,276	2,798	1,0	5,0
τη	1							
Εκπαίδ								
ευση								
(ΤΕΙ,								
ΑΕΙ								
κ.λπ.)								
Μεταπ	1	1,947	0,8147	0,1869	1,555	2,340	1,0	4,0
τυχιακ	9							
ό								
Total	2	2,731	1,1136	0,0736	2,586	2,876	1,0	5,0
	2							
	9							

MRSS_Διέγερσ	Απόφο	3	3,546296	1,01152960	1,6858823	2,04043	3,888548	1,00000	4,66666
η	ιτος	6	2962963053474828	75579138	9014330869115951	1000000	666666		
	Δημοτι						0	7	
	κού								
	Απόφο	1	3,476190	1,02710510	2,7450542	8,83157	4,069223	1,33333	4,66666
	ιτος	4	4761904882026191	06523006	5999086035247235333333	666666			
	Γυμνα						3	7	
	σίου								
	Απόφο	7	2,751054	1,18810380	1,3367212	4,484934	3,017175	1,00000	5,00000
	ιτος	9	8523206747886583	26430085	0912355761340578000000	000000			
	Λυκείο						0	0	
	υ								

Ανώτα	8	2,551440	1,14765520,12751722,297672	2,805207	1,00000	5,00000
τη	1	3292181110789906	45643323	9230842773535195000000	000000	
Εκπαίδ				0	0	
ευση						
(TEI,						
AEI						
κ.λπ.)						
Μεταπ	1	2,350877	1,00905580,23149321,864527	2,837226	1,00000	4,33333
τυχιακ	9	1929824612246637	79682918	8595289452643597000000	333333	
ό				0	3	
Total	2	2,816593	1,18236560,07813292,662638	2,970548	1,00000	5,00000
	2	8864628855133003	21745116	9651886580773711000000	000000	
	9			0	0	
MRSS_Αυτομα Απόφο	3	2,222222	1,00790520,16798421,881196	2,563248	1,00000	4,66666
τισμός	ιτος	6	2222222261357939	10226323	1452209329922351000000	666666
	Δημοτι			0	7	
	κού					
Απόφο	1	2,047619	1,00304780,26807581,468476	2,626761	1,00000	4,33333
ιτος	4	0476190558332296	16315487	4564954063874270000000	333333	
Γυμνα				0	3	
σίου						
Απόφο	7	2,358649	0,98676730,11102002,137625	2,579673	1,00000	4,66666
ιτος	9	7890295465932482	02443928	9425846263547445000000	666666	
Λυκείο				0	7	
υ						

Ανώτα	8	2,320987	0,96959960,10773322,106591	2,535383	1,00000	4,66666	
τη	1	6543209937371077	93041231	5685883974005358000000	666666		
Εκπαίδ				0	7		
ευση							
(TEI,							
AEI							
κ.λπ.)							
Μεταπ	1	2,324561	0,97574540,22385131,854267	2,794855	1,00000	4,00000	
τυχιακ	9	4035087795636393	68952318	1287387367827881000000	000000		
ό				0	0		
Total	2	2,302037	0,97862920,06466962,174611	2,429464	1,00000	4,66666	
	2	8457059708237927	38375226	2902602440115170000000	666666		
	9			0	7		
MRSS_Διαδικα	Απόφο	3	2,722222	0,82615950,13769322,442690	3,001754	1,00000	4,66666
σία	ιτος	6	2222222298709404	66451567	0303322441411220000000	666666	
	Δημοτι				0	7	
	κού						
	Απόφο	1	2,619047	0,85592090,22875452,124853	3,113241	1,33333	4,00000
	ιτος	4	6190476285021826	05435839	5554793968261585333333	000000	
	Γυμνα				3	0	
	σίου						
	Απόφο	7	2,533755	0,85125160,09577322,343085	2,724425	1,00000	5,00000
	ιτος	9	2742616095630025	98339610	2839918026453141000000	000000	
	Λυκείο				0	0	
	υ						

Ανώτα	8	2,629629	0,84656160,09406242,442439	2,816819	1,00000	5,00000
τη	1	6296296373280020	08142224	4718707278738854000000	000000	
Εκπαίδ				0	0	
ευση						
(ΤΕΙ,						
ΑΕΙ						
κ.λπ.)						
Μεταπ	1	1,964912	0,68398550,15691701,635241	2,294582	1,00000	3,33333
τυχιακ	9	2807017568056769	51052617	7896556977174782000000	333333	
ό				0	3	
Total	2	2,555312	0,84773930,05602012,444929	2,665696	1,00000	5,00000
		2	9548762717744525	90950269	4712577943849475000000	000000
	9			0	0	
MHLC_Εσωτε	Απόφο	3	4,819444	0,53322170,08887024,639028	4,999860	4,25000
ρική_Εστία	ιτος	6	4444444414510387	85751731	1727540071613489000000	000000
	Δημοτι				0	0
	κού					
	Απόφο	1	5,160714	0,66221610,17698474,778362	5,543066	4,00000
	ιτος	4	2857142942796459	08738237	0682830050314557000000	000000
	Γυμνα				0	0
	σίου					
	Απόφο	7	4,895569	0,82392850,09269924,711019	5,080119	2,50000
	ιτος	9	6202531692305841	09043031	6716487256885761000000	000000
	Λυκείο				0	0
	υ					

Ανώτα	8	4,933127	0,69950620	0,7772294	7,78454	5,087801	2,75000	6,00000
τη	1	5720164643653934	15961548	0399681810406474000000	000000			
Εκπαίδ						0	0	
ευση								
(ΤΕΙ,								
ΑΕΙ								
κ.λπ.)								
Μεταπ	1	4,618421	0,71864270	1,6486794	2,272046	4,964795	2,75000	5,50000
τυχιακ	9	0526315826548494	48501864	3458947075936846000000	000000			
ό						0	0	
Total	2	4,890101	0,72488250	0,4790154	7,795715	4,984488	2,50000	6,00000
		2	8922853053706422	87463459	4932855929128501000000	000000		
	9					0	0	
ΜΗΛC_Επαγγε	Απόφο 3	4,2917	1,43241	0,23873	3,8070	4,7763	1,00	6,00
λματίες_Υγείας	ιτος 6							
Δημοτι								
κού								
Απόφο 1	4,9643	1,21234	0,32401	4,2643	5,6643	2,50	6,00	
ιτος 4								
Γυμνα								
σίου								
Απόφο 7	4,7342	1,01932	0,11468	4,5059	4,9625	1,75	6,00	
ιτος 9								
Λυκείο								
υ								

	Ανώτα 8	4,7840	1,00604	0,11178	4,5615	5,0064	1,00	6,00
	τη 1							
	Εκπαίδ							
	ευση							
	(ΤΕΙ,							
	ΑΕΙ							
	κ.λπ.)							
	Μεταπ 1	4,6184	0,91047	0,20888	4,1796	5,0573	2,75	6,00
	τυχιακ 9							
	ό							
	Total 2	4,6867	1,09941	0,07265	4,5435	4,8298	1,00	6,00
	2							
	9							
MHLC_Τύχη	Απόφο 3	3,6181	1,38936	0,23156	3,1480	4,0881	1,00	6,00
	ιτος 6							
	Δημοτι							
	κού							
	Απόφο 1	4,0357	1,19638	0,31975	3,3449	4,7265	2,00	6,00
	ιτος 4							
	Γυμνα							
	σίου							
	Απόφο 7	3,1709	1,19732	0,13471	2,9027	3,4391	1,00	5,75
	ιτος 9							
	Λυκείο							
	υ							

	Ανώτα 8	2,9259	0,97584	0,10843	2,7102	3,1417	1,00	6,00
	τη 1							
	Εκπαίδ							
	ευση							
	(ΤΕΙ,							
	ΑΕΙ							
	κ.λπ.)							
	Μεταπ 1	2,7500	1,17851	0,27037	2,1820	3,3180	1,00	6,00
	τυχιακ 9							
	ό							
	Total 2	3,1725	1,19403	0,07890	3,0170	3,3280	1,00	6,00
	2							
	9							
MHLC_Αξία_Υγείας	Απόφο 3	5,5625	0,50134	0,08356	5,3929	5,7321	4,25	6,00
	ιτος 6							
	Δημοτι							
	κού							
	Απόφο 1	5,4464	0,65176	0,17419	5,0701	5,8227	3,75	6,00
	ιτος 4							
	Γυμνα							
	σίου							
	Απόφο 7	5,2911	0,67514	0,07596	5,1399	5,4424	3,50	6,00
	ιτος 9							
	Λυκείο							
	υ							

Ανώτα 8	5,2500	0,83010	0,09223	5,0665	5,4335	2,25	6,25
τη 1							
Εκπαίδ							
ευση							
(TEI,							
AEI							
κ.λπ.)							
Μεταπ 1	4,9868	0,74756	0,17150	4,6265	5,3472	3,50	6,00
τυχιακ 9							
ό							
Total 2	5,3035	0,72520	0,04792	5,2091	5,3979	2,25	6,25
2							
9							

Οι μέσοι όροι διαφοροποιούνται μεταξύ των εκπαιδευτικών κατηγοριών, κυρίως στα κίνητρα ευχαρίστησης, χαλάρωσης, κοινωνικού καπνίσματος και διέγερσης. Ενδεικτικά, οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους στην ευχαρίστηση και στη διέγερση, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού έχουν χαμηλότερους μέσους όρους σε αρκετές διαστάσεις. Η στατιστική αξιολόγηση των διαφορών παρουσιάζεται στους επόμενους πίνακες.

Πίνακας 36. Έλεγχος ομοιογένειας διακυμάνσεων (Levene) για τις συγκρίσεις ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

Test of Homogeneity of Variances

		Levene			
		Statistic	df1	df2	Sig.
FTND_Συνολικό_Σκορ	Based on Mean	0,761	4	224	0,552
	Based on Median	0,758	4	224	0,554
	Based on Median and with adjusted df	0,758	4	218,697	0,554
	Based on trimmed mean	0,760	4	224	0,552
Αυτοαποτελεσματικότητα_α_ΜΟ	Based on Mean	0,665	4	224	0,617
	Based on Median	0,642	4	224	0,633

	Based on Median and with adjusted df	0,642	4	218,161	0,633
	Based on trimmed mean	0,663	4	224	0,619
MRSS_Εθισμός	Based on Mean	1,687	4	224	0,154
	Based on Median	1,049	4	224	0,383
	Based on Median and with adjusted df	1,049	4	209,530	0,383
	Based on trimmed mean	1,784	4	224	0,133
MRSS_Ευχαρίστηση	Based on Mean	3,575	4	224	0,008
	Based on Median	2,990	4	224	0,020
	Based on Median and with adjusted df	2,990	4	204,243	0,020
	Based on trimmed mean	3,774	4	224	0,005
MRSS_Χαλάρωση	Based on Mean	4,263	4	224	0,002
	Based on Median	2,434	4	224	0,048
	Based on Median and with adjusted df	2,434	4	195,003	0,049
	Based on trimmed mean	3,467	4	224	0,009
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	Based on Mean	2,732	4	224	0,030
	Based on Median	2,567	4	224	0,039
	Based on Median and with adjusted df	2,567	4	216,868	0,039
	Based on trimmed mean	2,666	4	224	0,033
MRSS_Διέγερση	Based on Mean	2,307	4	224	0,059
	Based on Median	2,882	4	224	0,023
	Based on Median and with adjusted df	2,882	4	192,526	0,024
	Based on trimmed mean	2,590	4	224	0,038
MRSS_Αυτοματισμός	Based on Mean	0,010	4	224	1,000
	Based on Median	0,052	4	224	0,995

	Based on Median and	0,052	4	214,555	0,995
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	0,013	4	224	1,000
MRSS_ Διαδικασία	Based on Mean	0,295	4	224	0,881
	Based on Median	0,265	4	224	0,900
	Based on Median and	0,265	4	219,693	0,900
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	0,270	4	224	0,897
MHLC_ Εσωτερική_ Εστία	Based on Mean	1,349	4	224	0,253
α	Based on Median	1,014	4	224	0,401
	Based on Median and	1,014	4	208,303	0,401
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	1,120	4	224	0,348
MHLC_ Επαγγελματίες_ Υγείας	Based on Mean	3,211	4	224	0,014
	Based on Median	1,715	4	224	0,148
	Based on Median and	1,715	4	201,260	0,148
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	2,928	4	224	0,022
MHLC_ Τύχη	Based on Mean	4,145	4	224	0,003
	Based on Median	3,390	4	224	0,010
	Based on Median and	3,390	4	221,170	0,010
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	4,111	4	224	0,003
MHLC_ Αξία_ Υγείας	Based on Mean	1,897	4	224	0,112
	Based on Median	1,476	4	224	0,210
	Based on Median and	1,476	4	201,468	0,211
	with adjusted df				
	Based on trimmed mean	1,800	4	224	0,130

Η παραδοχή της ομοιογένειας των διακυμάνσεων ικανοποιείται για το FTND, την αυτοαποτελεσματικότητα, τον εθισμό, τον αυτοματισμό, τη διαδικασία, την εσωτερική εστία

και την αξία της υγείας ($p>0,05$). Αντίθετα, παραβιάζεται για την ευχαρίστηση, τη χαλάρωση, το κοινωνικό κάπνισμα, τους επαγγελματίες υγείας και την τύχη, ενώ η διέγερση εμφανίζει οριακή/μη σταθερή εικόνα ανά κριτήριο. Οι αντίστοιχες συγκρίσεις χρειάζονται συνεπώς προσεκτική ερμηνεία ή επιβεβαίωση με ανθεκτικές δοκιμασίες.

Πίνακας 37. Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FTND_Συνολικό_Σκορ	Between Groups	33,640	4	8,410	1,897	0,112
	Within Groups	992,832	224	4,432		
	Total	1026,472	228			
Αυτοαποτελεσματικότητα_ΜΟ	Between Groups	3,797	4	0,949	2,199	0,070
	Within Groups	96,694	224	0,432		
	Total	100,491	228			
MRSS_Εθισμός	Between Groups	5,318	4	1,330	1,239	0,295
	Within Groups	240,461	224	1,073		
	Total	245,779	228			
MRSS_Ευχαρίστηση	Between Groups	16,213	4	4,053	6,792	0,000
	Within Groups	133,674	224	0,597		
	Total	149,886	228			
MRSS_Χαλάρωση	Between Groups	6,054	4	1,513	2,641	0,035
	Within Groups	128,369	224	0,573		
	Total	134,423	228			
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	Between Groups	28,938	4	7,234	6,385	0,000
	Within Groups	253,796	224	1,133		
	Total	282,734	228			
MRSS_Διέγερση	Between Groups	35,415	4	8,854	7,000	0,000
	Within Groups	283,327	224	1,265		
	Total	318,741	228			
MRSS_Αυτοματισμός	Between Groups	1,427	4	0,357	0,368	0,831
	Within Groups					
	Total					

	Within Groups	216,932	224	0,968		
	Total	218,359	228			
MRSS_Διαδικασία	Between Groups	8,167	4	2,042	2,938	0,021
	Within Groups	155,688	224	0,695		
	Total	163,855	228			
MHLC_Εσωτερική_Εστία	Between Groups	2,760	4	0,690	1,320	0,263
α	Within Groups	117,044	224	0,523		
	Total	119,804	228			
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	Between Groups	7,729	4	1,932	1,616	0,171
	Within Groups	267,853	224	1,196		
	Total	275,582	228			
MHLC_Τύχη	Between Groups	25,895	4	6,474	4,847	0,001
	Within Groups	299,167	224	1,336		
	Total	325,062	228			
MHLC_Αξία_Υγείας	Between Groups	4,850	4	1,213	2,361	0,054
	Within Groups	115,057	224	0,514		
	Total	119,907	228			

Σημαντικές διαφορές ανά εκπαιδευτικό επίπεδο διαπιστώνονται στην ευχαρίστηση ($F=6,792$, $p<0,001$), στη χαλάρωση ($F=2,641$, $p=0,035$), στο κοινωνικό κάπνισμα ($F=6,385$, $p<0,001$), στη διέγερση ($F=7,000$, $p<0,001$), στη διαδικασία καπνίσματος ($F=2,938$, $p=0,021$) και στην πεποίθηση ελέγχου μέσω τύχης ($F=4,847$, $p=0,001$). Δεν καταγράφονται σημαντικές διαφορές στην εξάρτηση FTND, στην αυτοαποτελεσματικότητα, στον εθισμό, στον αυτοματισμό, στην εσωτερική εστία, στην εστία στους επαγγελματίες υγείας ή στην αξία της υγείας.

Πίνακας 38. Πολλαπλές συγκρίσεις Tukey ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

	(I)	6.(J)	6.		95% Confidence Interval	
	Εκπαιδε	Εκπαιδε	Mean			
	υτικό	υτικό	Difference (I-	Sig	Lower	Upper
Dependent Variable Επίπεδο	Επίπεδο	J)	Std. Error	.	Bound	Bound

FTND_Συνολικό_Σ	Απόφοιτ	Απόφοιτ 1,135	0,663	0,4 -0,69	2,96
κορ	ος	ος		29	
	Δημοτικ	Γυμνασί			
	ού	ου			
		Απόφοιτ 0,639	0,423	0,5 -0,53	1,80
		ος		58	
		Λυκείου			
		Ανώτατη 0,914	0,422	0,1 -0,25	2,07
		Εκπαίδε		96	
		υση			
		(ΤΕΙ,			
		ΑΕΙ			
		κ.λπ.)			
		Μεταπτυ 1,409	0,597	0,1 -0,23	3,05
		χιακό		30	
Απόφοιτ	Απόφοιτ -1,135	0,663	0,4 -2,96	0,69	
ος	ος		29		
Γυμνασί	Δημοτικ				
ου	ού				
		Απόφοιτ -0,496	0,610	0,9 -2,18	1,18
		ος		26	
		Λυκείου			
		Ανώτατη -0,221	0,609	0,9 -1,90	1,45
		Εκπαίδε		96	
		υση			
		(ΤΕΙ,			
		ΑΕΙ			
		κ.λπ.)			
		Μεταπτυ 0,274	0,742	0,9 -1,76	2,31
		χιακό		96	

Απόφοιτ ος	Απόφοιτ ος	-0,639	0,423	0,5 -1,80 58	0,53
Λυκείου	Δημοτικ ού				
Απόφοιτ ος	Απόφοιτ ος	0,496	0,610	0,9 -1,18 26	2,18
Γυμνασί ου	Ανώτατη Εκπαίδε υση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	0,275	0,333	0,9 -0,64 22	1,19
Μεταπτυ χιακό	Μεταπτυ χιακό	0,771	0,538	0,6 -0,71 07	2,25
Ανώτατη Εκπαίδε υση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	Απόφοιτ ος	-0,914	0,422	0,1 -2,07 96	0,25
Δημοτικ ού	Απόφοιτ ος	0,221	0,609	0,9 -1,45 96	1,90
Γυμνασί ου	Απόφοιτ ος	-0,275	0,333	0,9 -1,19 22	0,64
Λυκείου	Μεταπτυ χιακό	0,496	0,537	0,8 -0,98 87	1,97

	Μεταπτυχιακό	Απόφοιτος	-1,409	0,597	0,1 -3,05	0,23
	Δημοτικό	ού			30	
	Απόφοιτος	ο	-0,274	0,742	0,9 -2,31	1,76
	Γυμνασί	ου			96	
	Απόφοιτος	ο	-0,771	0,538	0,6 -2,25	0,71
	Λυκείου				07	
	Ανώτατη	Εκπαίδευση	-0,496	0,537	0,8 -1,97	0,98
	(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)				87	
Αυτοαποτελεσματικότητα_ΜΟ	Απόφοιτος	Απόφοιτος	-	0,2069408620,5 -		0,24123982
	ο	ο	0,327873742	359005	09 0,89698731	694638
	Δημοτικό	Γυμνασί	089428		112523	
	ο	ου				
	Απόφοιτος	-		0,1321175900,4 -		0,14706205
	ο	0,216278048	533758	75 0,57961814		035140
	Λυκείου	959857		827111		
	Ανώτατη	-		0,1316060000,9 -		0,25686563
	Εκπαίδευση	0,105067531	652855	31 0,46700069		045499
	(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	919384		429376		

Μεταπτυ -	0,1863072750,0 -	0,02630525
χιακό	0,486063333 321102	72 0,99843192 887002
	715552	630113
Απόφοιτ	Απόφοιτ 0,327873742 0,2069408620,5 -	0,89698731
ος	ος 089428 359005	09 0,24123982 112523
Γυμνασί	Δημοτικ	694638
ου	ού	
Απόφοιτ	0,111595693 0,1905199370,9 -	0,63554964
ος	129572 944974	77 0,41235825 123018
Λυκείου		497103
Ανώτατη	0,222806210 0,1901655290,7 -	0,74578548
Εκπαίδε	170045 037074	68 0,30017306 890775
υση		856766
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ -	0,2314156210,9 -	0,47823266
χιακό	0,158189591 477211	60 0,79461184 335151
	626124	660376
Απόφοιτ	Απόφοιτ 0,216278048 0,1321175900,4 -	0,57961814
ος	ος 959857 533758	75 0,14706205 827111
Λυκείου	Δημοτικ	035140
ού		
Απόφοιτ -	0,1905199370,9 -	0,41235825
ος	0,111595693 944974	77 0,63554964 497103
Γυμνασί	129572	123018
ου		

Ανώτατη	0,111210517	0,1038916050,8 -	0,39692558
Εκπαίδε	040473	284101	22 0,17450454 366429
υση			958335
(ΤΕΙ,			
ΑΕΙ			
κ.λπ.)			
Μεταπτυ -		0,1678800970,4 -	0,19190623
χιακό	0,269785284 326160	94 0,73147680 556676	
	755696	507815	
Ανώτατη Απόφοιτ	0,105067531	0,1316060000,9 -	0,46700069
Εκπαίδε	ος 919384	652855	31 0,25686563 429376
υση	Δημοτικ		045499
(ΤΕΙ,	ού		
ΑΕΙ	Απόφοιτ -	0,1901655290,7 -	0,30017306
κ.λπ.)	ος 0,222806210 037074	68 0,74578548 856766	
	Γυμνασί 170045	890775	
ου			
Απόφοιτ -		0,1038916050,8 -	0,17450454
ος	0,111210517 284101	22 0,39692558 958335	
Λυκείου	040473	366429	
Μεταπτυ -		0,1674777850,1 -	0,07958931
χιακό	0,380995801 863184	57 0,84158091 107274	
	796168	466507	
Μεταπτυ Απόφοιτ	0,486063333	0,1863072750,0 -	0,99843192
χιακό	ος 715552	321102	72 0,02630525 630113
	Δημοτικ		887002
ού			
Απόφοιτ	0,158189591	0,2314156210,9 -	0,79461184
ος	626124	477211	60 0,47823266 660376
Γυμνασί		335151	
ου			

	Απόφοιτ	0,269785284	0,1678800970,4 -	0,73147680
	ος	755696	326160	94 0,19190623 507815
	Λυκείου		556676	
	Ανώτατη	0,380995801	0,1674777850,1 -	0,84158091
	Εκπαίδε	796168	863184	57 0,07958931 466507
	υση		107274	
	(ΤΕΙ,			
	ΑΕΙ			
	κ.λπ.)			
MRSS_Εθισμός	Απόφοιτ	Απόφοιτ -0,1270	0,3263	0,9 -1,024
	ος	ος		0,770
	Δημοτικ	Γυμνασί		
	ού	ου		
	Απόφοιτ	0,1850	0,2083	0,9 -0,388
	ος			0,758
	Λυκείου			01
	Ανώτατη	0,3704	0,2075	0,3 -0,200
	Εκπαίδε			0,941
	υση			85
	(ΤΕΙ,			
	ΑΕΙ			
	κ.λπ.)			
	Μεταπτυ	0,2339	0,2938	0,9 -0,574
	χιακό			1,042
	Απόφοιτ	Απόφοιτ 0,1270	0,3263	0,9 -0,770
	ος	ος		1,024
	Γυμνασί	Δημοτικ		
	ου	ού		
	Απόφοιτ	0,3119	0,3004	0,8 -0,514
	ος			1,138
	Λυκείου			37

Ανώτατη	0,4974	0,2999	0,4 -0,327	1,322
Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)			62	
Μεταπτυχιακό	0,3609	0,3649	0,8 -0,643	1,365
Απόφοιτος Λυκείου	-0,1850	0,2083	0,9 -0,758	0,388
Απόφοιτος Δημοτικού			01	
Απόφοιτος Γυμνασίου	-0,3119	0,3004	0,8 -1,138	0,514
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	0,1854	0,1638	0,7 -0,265	0,636
Μεταπτυχιακό	0,0490	0,2647	1,0 -0,679	0,777
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	-0,3704	0,2075	0,3 -0,941	0,200
Απόφοιτος Δημοτικού			85	

ΑΕΙ	Απόφοιτ	-0,4974	0,2999	0,4 -1,322	0,327
κ.λπ.)	ος			62	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,1854	0,1638	0,7 -0,636	0,265
	ος			90	
	Λυκείου				
	Μεταπτυ	-0,1365	0,2641	0,9 -0,863	0,590
	χιακό			86	
Μεταπτυ	Απόφοιτ	-0,2339	0,2938	0,9 -1,042	0,574
χιακό	ος			32	
	Δημοτικ				
	ού				
	Απόφοιτ	-0,3609	0,3649	0,8 -1,365	0,643
	ος			60	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,0490	0,2647	1,0 -0,777	0,679
	ος			00	
	Λυκείου				
	Ανώτατη	0,1365	0,2641	0,9 -0,590	0,863
	Εκπαίδε			86	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
MRSS_Ευχαρίστησ	Απόφοιτ	Απόφοιτ -	0,2433151171,0 -	0,62549658	
η	ος	ος	0,043650793 916582	00 0,71279817 294439	
	Δημοτικ	Γυμνασί	650793	024598	
	ού	ου			

Απόφοιτ	0,510900140	0,1553400650,0	0,08369529	0,93810498
ος	646976*	529485	10 526283	603113
Λυκείου				
Ανώτατη	0,503086419	0,1547385520,0	0,07753581	0,92863702
Εκπαίδε	753085*	852009	11 038011	912606
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	0,966374269	0,2190547390,0	0,36394600	1,56880253
χιακό	005848*	343017	00 471536	329634
Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,043650793	0,2433151171,0	-
ος	ος	650793	916582	00 0,62549658 024598
Γυμνασί	Δημοτικ			294439
ου	ού			
Απόφοιτ	0,554550934	0,2240078660,1	-	1,17060092
ος	297770	972746	00 0,06149905	660810
Λυκείου				801256
Ανώτατη	0,546737213	0,223591163	0,1 -	1,16164121
Εκπαίδε	403879	165516	07 0,06816679	749197
υση				068421
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	1,010025062	0,2720918360,0	0,26173806	1,75831205
χιακό	656641*	216399	02 776637	754691
Απόφοιτ	Απόφοιτ	-	0,1553400650,0	-
ος	ος	0,510900140	529485	10 0,93810498 0,08369529
Λυκείου	Δημοτικ	646976*		603113 526283
ού				

Απόφοιτ -	0,2240078660,1 -	0,06149905
ος	0,554550934 972746	00 1,17060092 801256
Γυμνασί 297770	660810	
ου		
Ανώτατη -	0,122152763 1,0 -	0,32812184
Εκπαίδε	0,007813720 364785	00 0,34374928 221165
υση	893891	399943
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,455474128 0,1973885930,1 -	0,99831774
χιακό	358871 103949	46 0,08736949 767974
	096200	
Ανώτατη Απόφοιτ -	0,1547385520,0 -	-
Εκπαίδε ος	0,503086419 852009	11 0,92863702 0,07753581
υση Δημοτικ	753085*	912606 038011
(ΤΕΙ, ού		
ΑΕΙ	Απόφοιτ -	0,2235911630,1 -
κ.λπ.) ος	0,546737213 165516	07 1,16164121 068421
Γυμνασί	403879	749197
ου		
Απόφοιτ	0,007813720 0,122152763 1,0 -	0,34374928
ος	893891 364785	00 0,32812184 399943
Λυκείου		221165
Μεταπτυ	0,463287849 0,1969155660,1 -	1,00483058
χιακό	252762 849311	32 0,07825488 649092
	798540	
Μεταπτυ Απόφοιτ -	0,2190547390,0 -	-
χιακό ος	0,966374269 343017	00 1,56880253 0,36394600
Δημοτικ	005847*	329634 471536
ού		

Απόφοιτ -	0,2720918360,0 -	-
ος 1,010025062 216399	02 1,75831205	0,26173806
Γυμνασί 656641*	754691	776637
ου		
Απόφοιτ -	0,1973885930,1 -	0,08736949
ος 0,455474128 103949	46 0,99831774	096200
Λυκείου 358871	767974	
Ανώτατη -	0,1969155660,1 -	0,07825488
Εκπαίδε 0,463287849 849311	32 1,00483058	798540
υση 252762	649092	
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
MRSS_Χαλάρωση Απόφοιτ Απόφοιτ -	0,2384384501,0 -	0,63192640
ος ος 0,023809523 975300	00 0,67954544	133855
Δημοτικ Γυμνασί 809524	895760	
ού ου		
Απόφοιτ 0,301687763 0,1522266470,2 -		0,72033031
ος 713081 141385	78 0,11695478	438871
Λυκείου	696255	
Ανώτατη 0,323045267 0,1516371900,2 -		0,74006673
Εκπαίδε 489713 340314	11 0,09397620	734048
υση	236106	
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ 0,587719298 0,2146643130,0 -		1,17807333
χιακό 245613 401414	52 0,00263473	539348
	890225	

Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,023809523	0,238438450	1,0 -	0,67954544
ος	ος	809524	975300	00	0,63192640 895760
Γυμνασί	Δημοτικ				133855
ου	ού				
Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,325497287	0,219518167	0,5 -	0,92920003
ος	ος	522604	488361	75	0,27820546 788018
Λυκείου					283498
Ανώτατη	Ανώτατη	0,346854791	0,219109815	0,5 -	0,94943452
Εκπαίδε	Εκπαίδε	299236	507760	10	0,25572493 201510
υση	υση				941663
(ΤΕΙ,	(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ	ΑΕΙ				
κ.λπ.)	κ.λπ.)				
Μεταπτυ	Μεταπτυ	0,611528822	0,266638409	0,1 -	1,34481820
χιακό	χιακό	055137	096740	51	0,12176055 199316
					788289
Απόφοιτ	Απόφοιτ	-	0,152226647	0,2 -	0,11695478
ος	ος	0,301687763	141385	78	0,72033031 696255
Λυκείου	Δημοτικ	713081			438871
ού	ού				
Απόφοιτ	Απόφοιτ	-	0,219518167	0,5 -	0,27820546
ος	ος	0,325497287	488361	75	0,92920003 283498
Γυμνασί	Γυμνασί	522604			788018
ου	ου				
Ανώτατη	Ανώτατη	0,021357503	0,119704504	1,0 -	0,35056004
Εκπαίδε	Εκπαίδε	776632	711611	00	0,30784503 565018
υση	υση				809692
(ΤΕΙ,	(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ	ΑΕΙ				
κ.λπ.)	κ.λπ.)				

Μεταπτυ	0,286031534	0,1934324130,5 -	0,81799515
χιακό	532533	007872	77 0,24593208 775906
			869399
Ανώτατη Απόφοιτ -		0,1516371900,2 -	0,09397620
Εκπαίδε	ος	0,323045267 340314	11 0,74006673 236106
υση	Δημοτικ	489713	734048
(ΤΕΙ,	ού		
ΑΕΙ	Απόφοιτ -	0,2191098150,5 -	0,25572493
κ.λπ.)	ος	0,346854791 507760	10 0,94943452 941663
	Γυμνασί	299236	201510
	ου		
	Απόφοιτ -	0,1197045041,0 -	0,30784503
	ος	0,021357503 711611	00 0,35056004 809692
	Λυκείου	776632	565018
Μεταπτυ	0,264674030	0,1929688670,6 -	0,79536284
χιακό	755901	427999	46 0,26601478 495551
			344371
Μεταπτυ Απόφοιτ -		0,2146643130,0 -	0,00263473
χιακό	ος	0,587719298 401414	52 1,17807333 890225
	Δημοτικ	245613	539348
	ού		
	Απόφοιτ -	0,2666384090,1 -	0,12176055
	ος	0,611528822 096740	51 1,34481820 788289
	Γυμνασί	055137	199316
	ου		
	Απόφοιτ -	0,1934324130,5 -	0,24593208
	ος	0,286031534 007872	77 0,81799515 869399
	Λυκείου	532533	775906

	Ανώτατη -	0,1929688670,6 -	0,26601478		
	Εκπαίδε	0,264674030 427999	46 0,79536284 344371		
	υση	755901	495551		
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
MRSS_Κοινωνικό_Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,0139	0,3353	1,0 -0,908	0,936
Κάπνισμα	ος	ος		00	
	Δημοτικ	Γυμνασί			
	ού	ου			
	Απόφοιτ	0,4791	0,2140	0,1 -0,110	1,068
	ος			70	
	Λυκείου				
	Ανώτατη	0,7269*	0,2132	0,0 0,140	1,313
	Εκπαίδε			07	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
	Μεταπτυ	1,3165*	0,3018	0,0 0,486	2,147
	χιακό			00	
Απόφοιτ	Απόφοιτ	-0,0139	0,3353	1,0 -0,936	0,908
ος	ος			00	
Γυμνασί	Δημοτικ				
ου	ού				
	Απόφοιτ	0,4652	0,3087	0,5 -0,384	1,314
	ος			59	
	Λυκείου				

Ανώτατη	0,7130	0,3081	0,1 -0,134	1,560
Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)			44	
Μεταπτυχιακό	1,3026*	0,3749	0,0 0,272	2,334
Απόφοιτος	Απόφοιτος	-0,4791	0,2140	0,1 -1,068
Λυκείου	Δημοτικού			0,110
Απόφοιτος	Απόφοιτος	-0,4652	0,3087	0,5 -1,314
Γυμνασίου	Γυμνασίου			0,384
Ανώτατη	0,2478	0,1683	0,5 -0,215	0,711
Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)			82	
Μεταπτυχιακό	0,8374*	0,2720	0,0 0,089	1,585
Ανώτατη	Απόφοιτος	-0,7269*	0,2132	0,0 -1,313
Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	Δημοτικού			-0,140
Ανώτατη	Απόφοιτος	-0,7269*	0,2132	0,0 -1,313
Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	Δημοτικού			-0,140

ΑΕΙ	Απόφοιτ	-0,7130	0,3081	0,1 -1,560	0,134
κ.λπ.)	ος			44	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,2478	0,1683	0,5 -0,711	0,215
	ος			82	
	Λυκείου				
	Μεταπτυ	0,5897	0,2713	0,1 -0,157	1,336
	χιακό			94	
Μεταπτυ	Απόφοιτ	-1,3165*	0,3018	0,0 -2,147	-0,486
χιακό	ος			00	
	Δημοτικ				
	ού				
	Απόφοιτ	-1,3026*	0,3749	0,0 -2,334	-0,272
	ος			06	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,8374*	0,2720	0,0 -1,585	-0,089
	ος			20	
	Λυκείου				
	Ανώτατη	-0,5897	0,2713	0,1 -1,336	0,157
	Εκπαίδε			94	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
MRSS_Διέγερση	Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,070105820	0,3542332971,0 -	1,04429223
	ος	ος	105820	603781	00 0,90408059 245812
	Δημοτικ	Γυμνασί			224648
	ού	ου			

Απόφοιτ	0,795241443	0,2261537380,0	0,17329003	1,41719285
ος	975622*	960693	05 204312	590812
Λυκείου				
Ανώτατη	0,994855967	0,2252780190,0	0,37531289	1,61439903
Εκπαίδε	078189*	354294	00 492446	923192
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	1,195419103	0,3189135280,0	0,31836652	2,07247167
χιακό	313841*	011099	02 862547	800221
Απόφοιτ	Απόφοιτ -	0,3542332971,0	-	0,90408059
ος	ος	0,070105820	603781	00 1,04429223 224648
Γυμνασί	Δημοτικ	105820		245812
ου	ού			
Απόφοιτ	0,725135623	0,3261245990,1	-	1,62201955
ος	869801	599065	75 0,17174831	830616
Λυκείου			056656	
Ανώτατη	0,924750146	0,3255179360,0	0,02953461	1,81996568
Εκπαίδε	972368*	252280	39 353984	040490
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	1,125313283	0,3961282350,0	0,03591048	2,21471607
χιακό	208020*	759880	39 726305	915299
Απόφοιτ	Απόφοιτ -	0,2261537380,0	-	-
ος	ος	0,795241443	960693	05 1,41719285 0,17329003
Λυκείου	Δημοτικ	975621*		590812 204312
ού				

Απόφοιτ -	0,3261245990,1 -	0,17174831
ος	0,725135623 599065	75 1,62201955 056656
Γυμνασί 869801	830616	
ου		
Ανώτατη	0,199614523 0,1778375980,7 -	0,68869043
Εκπαίδε	102567 208579	95 0,28946138 141525
υση		521011
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,400177659 0,2873706030,6 -	1,19048319
χιακό	338219 369391	33 0,39012787 810515
		942871
Ανώτατη Απόφοιτ -	0,2252780190,0 -	-
Εκπαίδε ος	0,994855967 354294	00 1,61439903 0,37531289
υση Δημοτικ	078188*	923192 492446
(ΤΕΙ, ού		
ΑΕΙ	Απόφοιτ -	0,3255179360,0 -
κ.λπ.) ος	0,924750146 252280	39 1,81996568 0,02953461
Γυμνασί	972368*	040490 353984
ου		
Απόφοιτ -	0,1778375980,7 -	0,28946138
ος	0,199614523 208579	95 0,68869043 521011
Λυκείου	102567	141525
Μεταπτυ	0,200563136 0,2866819420,9 -	0,98897476
χιακό	235652 297000	56 0,58784849 987289
		740159
Μεταπτυ Απόφοιτ -	0,3189135280,0 -	-
χιακό ος	1,195419103 011099	02 2,07247167 0,31836652
Δημοτικ	313840*	800221 862547
ού		

Απόφοιτ -		0,3961282350,0 -	-
ος	1,125313283 759880	39 2,21471607 0,03591048	
Γυμνασί 208020*		915299	726305
ου			
Απόφοιτ -		0,2873706030,6 -	0,39012787
ος	0,400177659 369391	33 1,19048319 942871	
Λυκείου 338219		810515	
Ανώτατη -		0,2866819420,9 -	0,58784849
Εκπαίδε	0,200563136 297000	56 0,98897476 740159	
υση	235652	987289	
(ΤΕΙ,			
ΑΕΙ			
κ.λπ.)			
MRSS_Αυτοματισ	Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,174603174 0,3099610510,9 - 1,02703530
μός	ος	ος	603174 608810 80 0,67782895 585212
	Δημοτικ	Γυμνασί	664577
	ού	ου	
Απόφοιτ -		0,1978889370,9 -	0,40779206
ος	0,136427566 114907	59 0,68064719 188443	
Λυκείου 807314		549906	
Ανώτατη -		0,1971226650,9 -	0,44334685
Εκπαίδε	0,098765432 361377	87 0,64087771 226508	
υση	098766	646261	
(ΤΕΙ,			
ΑΕΙ			
κ.λπ.)			
Μεταπτυ -		0,2790555630,9 -	0,66509894
χιακό	0,102339181 616617	96 0,86977730 552302	
	286551	809612	

Απόφοιτ	Απόφοιτ -	0,3099610510,9 -	0,67782895
ος	ος	0,174603174 608810	80 1,02703530 664577
Γυμνασί	Δημοτικ	603174	585212
ου	ού		
	Απόφοιτ -	0,2853653920,8 -	0,47376021
	ος	0,311030741 048197	12 1,09582169 237469
	Λυκείου	410488	519567
	Ανώτατη -	0,2848345490,8 -	0,50996246
	Εκπαίδε	0,273368606 774999	73 1,05669967 363030
	υση	701939	703418
	(ΤΕΙ,		
	ΑΕΙ		
	κ.λπ.)		
	Μεταπτυ -	0,3466199400,9 -	0,67630636
	χιακό	0,276942355 470454	31 1,23019107 053776
		889725	231721
Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,136427566 0,1978889370,9 -	0,68064719
ος	ος	807314 114907	59 0,40779206 549906
Λυκείου	Δημοτικ		188443
	ού		
	Απόφοιτ	0,311030741 0,2853653920,8 -	1,09582169
	ος	410488 048197	12 0,47376021 519567
	Γυμνασί		237469
	ου		
	Ανώτατη	0,037662134 0,1556113700,9 -	0,46561310
	Εκπαίδε	708548 611388	99 0,39028883 341363
	υση		399653
	(ΤΕΙ,		
	ΑΕΙ		
	κ.λπ.)		

Μεταπτυ	0,034088385	0,251454888	1,0 -	0,72562116
χιακό	520763	697296	00	0,65744439 221208
				117056
Ανώτατη	Απόφοιτ	0,098765432	0,197122665	0,9 - 0,64087771
Εκπαίδε	ος	098766	361377	87 0,44334685 646261
υση	Δημοτικ			226508
(ΤΕΙ,	ού			
ΑΕΙ	Απόφοιτ	0,273368606	0,284834549	0,8 - 1,05669967
κ.λπ.)	ος	701939	774999	73 0,50996246 703418
	Γυμνασί			363030
	ου			
	Απόφοιτ	-	0,155611370	0,9 - 0,39028883
	ος	0,037662134	611388	99 0,46561310 399653
	Λυκείου	708548		341363
	Μεταπτυ	-	0,250852296	1,0 - 0,68630182
	χιακό	0,003573749	813234	00 0,69344932 353763
		187785		191320
Μεταπτυ	Απόφοιτ	0,102339181	0,279055563	0,9 - 0,86977730
χιακό	ος	286551	616617	96 0,66509894 809612
	Δημοτικ			552302
	ού			
	Απόφοιτ	0,276942355	0,346619940	0,9 - 1,23019107
	ος	889725	470454	31 0,67630636 231721
	Γυμνασί			053776
	ου			
	Απόφοιτ	-	0,251454888	1,0 - 0,65744439
	ος	0,034088385	697296	00 0,72562116 117056
	Λυκείου	520763		221208

Ανώτατη	0,003573749	0,250852296	1,0 -	0,69344932
Εκπαίδε	187785	813234	00	0,68630182 191320
υση				353763
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
MRSS_Διαδικασία	Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,103174603	0,2625871970,9 - 0,82532263
ος	ος	174602	198150	95 0,61897343 753088
Δημοτικ	Γυμνασί			118167
ού	ου			
Απόφοιτ	0,188466947	0,167643970	0,7 -	0,64950908
ος	960618	375688	94	0,27257519 927693
Λυκείου				335570
Ανώτατη	0,092592592	0,166994814	0,9 -	0,55184947
Εκπαίδε	592592	131678	81	0,36666428 205835
υση				687317
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	0,757309941	0,236405244	0,0	0,10716559 1,40745429
χιακό	520467*	892242	13	049325 254768
Απόφοιτ	Απόφοιτ	-	0,2625871970,9 -	0,61897343
ος	ος	0,103174603	198150	95 0,82532263 118168
Γυμνασί	Δημοτικ	174602		753088
ου	ού			
Απόφοιτ	0,085292344	0,241750691	0,9 -	0,75013734
ος	786016	212191	97	0,57955266 989651
Λυκείου				032448

Ανώτατη -	0,2413009811,0 -	0,65302623
Εκπαίδε	0,010582010 856936 00	0,67419025 687086
υση	582010	803488
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,654135338 0,293643211 0,1 -	1,46169134
χιακό	345865 586456 73	0,15342066 378663
		709490
Απόφοιτ	Απόφοιτ -	0,1676439700,7 -
ος	ος	0,188466947 375688 94
Λυκείου	Δημοτικ	960618 927693
ού		
Απόφοιτ -	0,2417506910,9 -	0,57955266
ος	0,085292344 212191 97	0,75013734 032448
Γυμνασί	786016	989651
ου		
Ανώτατη -	0,1318280260,9 -	0,26666940
Εκπαίδε	0,095874355 292081 50	0,45841811 562142
υση	368026	635747
(ΤΕΙ,		
ΑΕΙ		
κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,568842993 0,2130230040,0 -	1,15468322
χιακό	559849 348715 62	0,01699723 303230
		591261
Ανώτατη	Απόφοιτ -	0,1669948140,9 -
Εκπαίδε	ος	0,092592592 131678 81
υση	Δημοτικ	592592 205835
(ΤΕΙ,	ού	

ΑΕΙ	Απόφοιτ	0,010582010	0,241300981	1,0 -	0,67419025
κ.λπ.)	ος	582010	856936	00	0,65302623 803488
	Γυμνασί				687086
	ου				
	Απόφοιτ	0,095874355	0,131828026	0,9 -	0,45841811
	ος	368026	292081	50	0,26666940 635747
	Λυκείου				562142
	Μεταπτυ	0,664717348	0,212512511	0,0	0,08028103 1,24915365
	χιακό	927875*	455918	17	953614 831961
Μεταπτυ	Απόφοιτ	-	0,236405244	0,0 -	-
χιακό	ος	0,757309941	892242	13	1,40745429 0,10716559
	Δημοτικ	520467*			254768 049325
	ού				
	Απόφοιτ	-	0,293643211	0,1 -	0,15342066
	ος	0,654135338	586456	73	1,46169134 709490
	Γυμνασί	345865			378663
	ου				
	Απόφοιτ	-	0,213023004	0,0 -	0,01699723
	ος	0,568842993	348715	62	1,15468322 591261
	Λυκείου	559849			303230
	Ανώτατη	-	0,212512511	0,0 -	-
	Εκπαίδε	0,664717348	455918	17	1,24915365 0,08028103
	υση	927875*			831961 953614
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
ΜΗΛC_Εσωτερική	Απόφοιτ	Απόφοιτ	-	0,227677601	0,5 - 0,28487238
_Εστία	ος	ος	0,341269841	283303	64 0,96741206 496223
	Δημοτικ	Γυμνασί	269841		750191
	ού	ου			

Απόφοιτ -	0,1453565800,9 -	0,32362382
ος	0,076125175 412195	85 0,47587417 164985
Λυκείου 808720		326729
Ανώτατη -	0,1447937260,9 -	0,28451794
Εκπαίδε	0,113683127 099147	35 0,51188420 927148
υση	572016	441552
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,201023391 0,2049764020,8 -	0,76473444
χιακό	812866 742291	64 0,36268766 821318
		458745
Απόφοιτ	Απόφοιτ 0,341269841 0,2276776010,5 -	0,96741206
ος	ος 269841 283303	64 0,28487238 750191
Γυμνασί	Δημοτικ	496223
ου	ού	
Απόφοιτ	0,265144665 0,209611199 0,7 -	0,84160200
ος	461121 902627	13 0,31131266 079159
Λυκείου		986935
Ανώτατη	0,227586713 0,2092212770,8 -	0,80297171
Εκπαίδε	697825 056534	13 0,34779828 183950
υση		444385
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		
Μεταπτυ	0,542293233 0,2546048800,2 -	1,24248888
χιακό	082707 818617	11 0,15790242 687894
		071352

Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,076125175	0,1453565800,9 -	0,47587417
ος	ος	808720	412195	85 0,32362382 326729
Λυκείου	Δημοτικ			164985
	ού			
	Απόφοιτ -		0,209611199 0,7 -	0,31131266
	ος	0,265144665 902627	13 0,84160200 986935	
	Γυμνασί	461121		079159
	ου			
	Ανώτατη -		0,114302178 0,9 -	0,27678751
	Εκπαίδε	0,037557951 965123	97 0,35190341 040337	
	υση	763296		392997
	(ΤΕΙ,			
	ΑΕΙ			
	κ.λπ.)			
	Μεταπτυ	0,277148567 0,184702708 0,5 -		0,78510439
	χιακό	621586	912648	63 0,23080726 945484
				421167
Ανώτατη	Απόφοιτ	0,113683127	0,1447937260,9 -	0,51188420
Εκπαίδε	ος	572016	099147	35 0,28451794 441552
υση	Δημοτικ			927148
(ΤΕΙ,	ού			
ΑΕΙ	Απόφοιτ -		0,2092212770,8 -	0,34779828
κ.λπ.)	ος	0,227586713 056534	13 0,80297171 444385	
	Γυμνασί	697825		183950
	ου			
	Απόφοιτ	0,037557951	0,114302178 0,9 -	0,35190341
	ος	763296	965123	97 0,27678751 392997
	Λυκείου			040337
	Μεταπτυ	0,314706519	0,1842600830,4 -	0,82144507
	χιακό	384882	382751	31 0,19203203 497701
				620725

Μεταπτυχιακό	Απόφοιτος	-	0,2049764020,8 -	0,36268766
Δημοτικό	812866		821318	
Απόφοιτος	-	0,2546048800,2 -	0,15790242	
Γυμνασίου	082707		687894	
Απόφοιτος	-	0,1847027080,5 -	0,23080726	
Λυκείου	621586		945484	
Ανώτατη	-	0,1842600830,4 -	0,19203203	
Εκπαίδευση	0,314706519 382751	31	0,82144507 620725	
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	384882		497701	
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	Απόφοιτος	Απόφοιτος	-0,67262	0,34442
Δημοτικό	812866		821318	
Απόφοιτος	-	0,2546048800,2 -	0,15790242	
Γυμνασίου	082707		687894	
Απόφοιτος	-	0,1847027080,5 -	0,23080726	
Λυκείου	621586		945484	
Ανώτατη	-	0,1842600830,4 -	0,19203203	
Εκπαίδευση	0,314706519 382751	31	0,82144507 620725	
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	384882		497701	
ΜΗΛC_Επαγγελματίες_Υγείας	Απόφοιτος	Απόφοιτος	-0,67262	0,34442
Δημοτικό	812866		821318	
Απόφοιτος	-	0,2546048800,2 -	0,15790242	
Γυμνασίου	082707		687894	
Απόφοιτος	-	0,1847027080,5 -	0,23080726	
Λυκείου	621586		945484	
Ανώτατη	-	0,1842600830,4 -	0,19203203	
Εκπαίδευση	0,314706519 382751	31	0,82144507 620725	
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	384882		497701	

	Μεταπτυ	-0,32675	0,31008	0,8 -1,1795	0,5260
	χιακό			30	
Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,67262	0,34442	0,2 -0,2746	1,6198
ος	ος			93	
Γυμνασί	Δημοτικ				
ου	ού				
	Απόφοιτ	0,23011	0,31709	0,9 -0,6419	1,1022
	ος			50	
	Λυκείου				
	Ανώτατη	0,18034	0,31650	0,9 -0,6901	1,0508
	Εκπαίδε			79	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
	Μεταπτυ	0,34586	0,38516	0,8 -0,7134	1,4051
	χιακό			97	
Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,44251	0,21989	0,2 -0,1622	1,0472
ος	ος			63	
Λυκείου	Δημοτικ				
	ού				
	Απόφοιτ	-0,23011	0,31709	0,9 -1,1022	0,6419
	ος			50	
	Γυμνασί				
	ου				
	Ανώτατη	-0,04977	0,17291	0,9 -0,5253	0,4258
	Εκπαίδε			98	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				

	Μεταπτυχιακό	0,11576	0,27941	0,9 -0,6527	0,8842
				94	
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	Απόφοιτοι	0,49228	0,21904	0,1 -0,1101	1,0947
				66	
	Δημοτικό				
	ού				
	Απόφοιτοι	-0,18034	0,31650	0,9 -1,0508	0,6901
				79	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτοι	0,04977	0,17291	0,9 -0,4258	0,5253
				98	
	Λυκείου				
	Μεταπτυχιακό	0,16553	0,27874	0,9 -0,6011	0,9321
				76	
Μεταπτυχιακό	Απόφοιτοι	0,32675	0,31008	0,8 -0,5260	1,1795
				30	
	Δημοτικό				
	ού				
	Απόφοιτοι	-0,34586	0,38516	0,8 -1,4051	0,7134
				97	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτοι	-0,11576	0,27941	0,9 -0,8842	0,6527
				94	
	Λυκείου				

		Ανώτατη	-0,16553	0,27874	0,9 -0,9321	0,6011
		Εκπαίδε			76	
		υση				
		(ΤΕΙ,				
		ΑΕΙ				
		κ.λπ.)				
MHLC_Τύχη	Απόφοιτ	Απόφοιτ	-0,41766	0,36400	0,7 -1,4187	0,5834
	ος	ος			81	
	Δημοτικ	Γυμνασί				
	ού	ου				
		Απόφοιτ	0,44717	0,23239	0,3 -0,1919	1,0863
		ος			08	
		Λυκείου				
		Ανώτατη	0,69213*	0,23149	0,0 0,0555	1,3288
		Εκπαίδε			26	
		υση				
		(ΤΕΙ,				
		ΑΕΙ				
		κ.λπ.)				
	Μεταπτυ	0,86806	0,32771	0,0 -0,0332	1,7693	
	χιακό			65		
	Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,41766	0,36400	0,7 -0,5834	1,4187
	ος	ος			81	
	Γυμνασί	Δημοτικ				
	ου	ού				
		Απόφοιτ	0,86483	0,33512	0,0 -0,0568	1,7864
		ος			77	
		Λυκείου				

Ανώτατη	1,10979*	0,33449	0,0 0,1899	2,0297
Εκπαίδε			09	
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	1,28571*	0,40705	0,0 0,1663	2,4052
χιακό			15	
Απόφοιτ	Απόφοιτ -0,44717	0,23239	0,3 -1,0863	0,1919
ος	ος		08	
Λυκείου	Δημοτικ			
ού				
Απόφοιτ	-0,86483	0,33512	0,0 -1,7864	0,0568
ος			77	
Γυμνασί				
ου				
Ανώτατη	0,24496	0,18274	0,6 -0,2576	0,7475
Εκπαίδε			66	
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	0,42089	0,29529	0,6 -0,3912	1,2330
χιακό			12	
Ανώτατη	Απόφοιτ -0,69213*	0,23149	0,0 -1,3288	-0,0555
Εκπαίδε	ος		26	
υση	Δημοτικ			
(ΤΕΙ,	ού			

ΑΕΙ	Απόφοιτ	-1,10979*	0,33449	0,0 -2,0297	-0,1899
κ.λπ.)	ος			09	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,24496	0,18274	0,6 -0,7475	0,2576
	ος			66	
	Λυκείου				
	Μεταπτυ	0,17593	0,29459	0,9 -0,6342	0,9861
	χιακό			75	
Μεταπτυ	Απόφοιτ	-0,86806	0,32771	0,0 -1,7693	0,0332
χιακό	ος			65	
	Δημοτικ				
	ού				
	Απόφοιτ	-1,28571*	0,40705	0,0 -2,4052	-0,1663
	ος			15	
	Γυμνασί				
	ου				
	Απόφοιτ	-0,42089	0,29529	0,6 -1,2330	0,3912
	ος			12	
	Λυκείου				
	Ανώτατη	-0,17593	0,29459	0,9 -0,9861	0,6342
	Εκπαίδε			75	
	υση				
	(ΤΕΙ,				
	ΑΕΙ				
	κ.λπ.)				
ΜΗΛC_Αξία_Υγεί	Απόφοιτ	Απόφοιτ	0,11607	0,9 -0,5047	0,7369
ας	ος	ος		86	
	Δημοτικ	Γυμνασί			
	ού	ου			

Απόφοιτ	0,27136	0,14412	0,3 -0,1250	0,6677
ος			30	
Λυκείου				
Ανώτατη	0,31250	0,14356	0,1 -0,0823	0,7073
Εκπαίδε			92	
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	0,57566*	0,20323	0,0 0,0168	1,1346
χιακό			40	
Απόφοιτ	Απόφοιτ -0,11607	0,22574	0,9 -0,7369	0,5047
ος	ος		86	
Γυμνασί	Δημοτικ			
ου	ού			
Απόφοιτ	0,15529	0,20782	0,9 -0,4163	0,7268
ος			45	
Λυκείου				
Ανώτατη	0,19643	0,20744	0,8 -0,3741	0,7669
Εκπαίδε			78	
υση				
(ΤΕΙ,				
ΑΕΙ				
κ.λπ.)				
Μεταπτυ	0,45959	0,25243	0,3 -0,2346	1,1538
χιακό			64	
Απόφοιτ	Απόφοιτ -0,27136	0,14412	0,3 -0,6677	0,1250
ος	ος		30	
Λυκείου	Δημοτικ			
ού				

Απόφοιτ	-0,15529	0,20782	0,9 -0,7268	0,4163	
ος			45		
Γυμνασί					
ου					
Ανώτατη	0,04114	0,11333	0,9 -0,2705	0,3528	
Εκπαίδε			96		
υση					
(ΤΕΙ,					
ΑΕΙ					
κ.λπ.)					
Μεταπτυ	0,30430	0,18313	0,4 -0,1993	0,8079	
χιακό			60		
Ανώτατη	Απόφοιτ	-0,31250	0,14356	0,1 -0,7073	0,0823
Εκπαίδε	ος			92	
υση	Δημοτικ				
(ΤΕΙ,	ού				
ΑΕΙ	Απόφοιτ	-0,19643	0,20744	0,8 -0,7669	0,3741
κ.λπ.)	ος			78	
Γυμνασί					
ου					
Απόφοιτ	-0,04114	0,11333	0,9 -0,3528	0,2705	
ος			96		
Λυκείου					
Μεταπτυ	0,26316	0,18269	0,6 -0,2393	0,7656	
χιακό			02		
Μεταπτυ	Απόφοιτ	-0,57566*	0,20323	0,0 -1,1346	-0,0168
χιακό	ος			40	
Δημοτικ					
ού					

Απόφοιτ ος Γυμνασί ου	-0,45959	0,25243	0,3 -1,1538 64	0,2346
Απόφοιτ ος Λυκείου	-0,30430	0,18313	0,4 -0,8079 60	0,1993
Ανώτατη Εκπαίδε υση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	-0,26316	0,18269	0,6 -0,7656 02	0,2393

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Οι μεταγενέστερες συγκρίσεις δείχνουν ότι τα άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση τείνουν να αναφέρουν υψηλότερη ευχαρίστηση, κοινωνικό κάπνισμα και διέγερση σε σχέση με τους κατόχους μεταπτυχιακού ή/και ανώτατης εκπαίδευσης. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εμφανίζουν επίσης χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «διαδικασία» και χαμηλότερη πεποίθηση ελέγχου μέσω τύχης συγκριτικά με επιμέρους χαμηλότερες εκπαιδευτικές κατηγορίες. Τυχόν μεμονωμένη διαφορά στην αξία της υγείας ερμηνεύεται επιφυλακτικά, επειδή το αντίστοιχο συνολικό ANOVA δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p=0,054$).

Πίνακας 39. Ομοιογενείς υποομάδες του FTND ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

FTND_Συνολικό_Σκορ

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1
Μεταπτυχιακό	19	3,37
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	3,64
Ανώτατη Εκπαίδευση	81	3,86
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		

Απόφοιτος Λυκείου	79	4,14
Απόφοιτος Δημοτικού	36	4,78
Sig.		0,090

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Όλες οι εκπαιδευτικές κατηγορίες εντάσσονται σε κοινή ομοιογενή υποομάδα ως προς την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Το εύρημα συμφωνεί με το μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της ANOVA και υποδηλώνει ότι δεν τεκμηριώνεται διαφορά του FTND ανά εκπαιδευτικό επίπεδο στο παρόν δείγμα.

Πίνακας 40. Ομοιογενείς υποομάδες της αυτοαποτελεσματικότητας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

Αυτοαποτελεσματικότητα_MO

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Απόφοιτος Δημοτικού	36	1,8873456790	
		1235	
Ανώτατη Εκπαίδευση	81	1,9924132109	1,9924132109
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		3173	3173
Απόφοιτος Λυκείου	79	2,1036237279	2,1036237279
		7220	7220
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	2,2152194211	2,2152194211
		0177	0177
Μεταπτυχιακό	19		2,3734090127
			2790

Sig. 0,333 0,191

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι εκπαιδευτικές ομάδες εμφανίζουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη στις ομοιογενείς υποομάδες της αυτοαποτελεσματικότητας. Παρότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού παρουσιάζουν τον υψηλότερο μέσο όρο, δεν διαμορφώνεται σαφής και στατιστικά επιβεβαιωμένη διάκριση μεταξύ όλων των ομάδων, σε συμφωνία με την οριακά μη σημαντική ANOVA ($p=0,070$).

Πίνακας 41. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «εθισμός» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Εθισμός

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1
Ανώτατη Εκπαίδευση81 (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		3,074
Μεταπτυχιακό	19	3,211
Απόφοιτος Λυκείου	79	3,259
Απόφοιτος Δημοτικού	36	3,444
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	3,571
Sig.		0,373

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι κατηγορίες εκπαίδευσης συγκεντρώνονται σε μία ομοιογενή υποομάδα ως προς το κίνητρο «εθισμός». Συνεπώς, παρά τις μικρές διαφορές στους μέσους όρους, δεν προκύπτει τεκμηριωμένη διαφοροποίηση του συγκεκριμένου κινήτρου ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

Πίνακας 42. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «ευχαρίστηση» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Ευχαρίστηση

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	3,5614035087	
		7193	
Απόφοιτος Λυκείου	79	4,0168776371	4,0168776371
		3080	3080
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	81	4,0246913580	4,0246913580
		2469	2469
Απόφοιτος Δημοτικού	36		4,5277777777
			7778
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		4,5714285714
			2857
Sig.		0,164	0,057

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους ευχαρίστησης, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τον χαμηλότερο. Οι απόφοιτοι λυκείου και ανώτατης εκπαίδευσης καταλαμβάνουν ενδιάμεση θέση και αλληλοεπικαλύπτονται με τις άλλες υποομάδες, γεγονός που αποτυπώνει μια βαθμιαία μείωση του κινήτρου ευχαρίστησης με την εκπαίδευση.

Πίνακας 43. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «χαλάρωση» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Χαλάρωση

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	3,5789473684	
		2105	
Ανώτατη Εκπαίδευση	81	3,8436213991	3,8436213991
(TEI, AEI κ.λπ.)		7695	7695
Απόφοιτος Λυκείου	79	3,8649789029	3,8649789029
		5359	5359
Απόφοιτος Δημοτικού	36		4,1666666666
			6667
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		4,1904761904
			7619
Sig.		0,615	0,422

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού έχουν χαμηλότερο μέσο όρο στη διάσταση χαλάρωσης σε σύγκριση με τις χαμηλότερες εκπαιδευτικές κατηγορίες. Οι απόφοιτοι λυκείου και ανώτατης εκπαίδευσης λειτουργούν ως ενδιάμεσες ομάδες με σημαντική επικάλυψη των υποσυνόλων.

Πίνακας 44. Ομοιογενείς υποομάδες του κοινωνικού καπνίσματος ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	1,947	
Ανώτατη Εκπαίδευση81 (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		2,537	2,537
Απόφοιτος Λυκείου	79		2,785
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		3,250
Απόφοιτος Δημοτικού	36		3,264
Sig.		0,231	0,080

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εμφανίζουν τη χαμηλότερη μέση τιμή κοινωνικού καπνίσματος, ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου τις υψηλότερες. Οι απόφοιτοι λυκείου και ανώτατης εκπαίδευσης καταλαμβάνουν ενδιάμεση θέση, γεγονός που ενισχύει το μοτίβο χαμηλότερου κοινωνικού κινήτρου στις υψηλότερες εκπαιδευτικές κατηγορίες.

Πίνακας 45. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «διέγερση» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Διέγερση

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	2,3508771929	
		8246	
Ανώτατη Εκπαίδευση81 (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		2,5514403292	
		1811	
Απόφοιτος Λυκείου	79	2,7510548523	2,7510548523
		2067	2067
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		3,4761904761
			9048
Απόφοιτος Δημοτικού	36		3,5462962962
			9630
Sig.		0,668	0,064

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Το κίνητρο της διέγερσης είναι υψηλότερο στους αποφοίτους δημοτικού και γυμνασίου και χαμηλότερο στους κατόχους ανώτατης εκπαίδευσης και μεταπτυχιακού. Οι απόφοιτοι λυκείου εμφανίζουν ενδιάμεσο μέσο όρο και επικαλύπτονται με τις γειτονικές εκπαιδευτικές κατηγορίες.

Πίνακας 46. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «αυτοματισμός» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Αυτοματισμός

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	2,0476190476 1905
Απόφοιτος Δημοτικού	36	2,2222222222 2222
Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)	81	2,3209876543 2099
Μεταπτυχιακό	19	2,3245614035 0877
Απόφοιτος Λυκείου	79	2,3586497890 2954
Sig.		0,758

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Όλες οι εκπαιδευτικές κατηγορίες περιλαμβάνονται στην ίδια ομοιογενή υποομάδα για τον αυτοματισμό του καπνίσματος. Συνεπώς, δεν τεκμηριώνεται ουσιαστική διαφορά του κινήτρου αυτού ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.

Πίνακας 47. Ομοιογενείς υποομάδες του κινήτρου «διαδικασία» ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MRSS_Διαδικασία

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	1,9649122807	
		0175	
Απόφοιτος Λυκείου	79	2,5337552742	2,5337552742
		6160	6160
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		2,6190476190
			4762
Ανώτατη Εκπαίδευση	81		2,6296296296
(TEI, AEI κ.λπ.)			2963
Απόφοιτος Δημοτικού	36		2,7222222222
			2222
Sig.		0,080	0,915

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εμφανίζουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία στη διάσταση «διαδικασία» και διαφοροποιούνται από τους αποφοίτους δημοτικού και ανώτατης εκπαίδευσης. Οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζουν επικάλυψη, γεγονός που δείχνει ότι η διαφορά δεν είναι ομοιόμορφη σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.

Πίνακας 48. Ομοιογενείς υποομάδες της εσωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MHLC_Εσωτερική_Εστία

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	4,6184210526	
		3158	
Απόφοιτος Δημοτικού	36	4,8194444444	4,8194444444
		4444	4444
Απόφοιτος Λυκείου	79	4,8955696202	4,8955696202
		5316	5316
Ανώτατη Εκπαίδευση	81	4,9331275720	4,9331275720
(ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		1646	1646
Απόφοιτος Γυμνασίου	14		5,1607142857
			1429
Sig.		0,475	0,391

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι μέσοι όροι της εσωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας παρουσιάζουν αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των εκπαιδευτικών κατηγοριών. Δεν προκύπτει σαφής και στατιστικά τεκμηριωμένη διαβάθμιση της πεποίθησης ότι η υγεία επηρεάζεται από προσωπικές ενέργειες.

Πίνακας 49. Ομοιογενείς υποομάδες της εστίας ελέγχου στους επαγγελματίες υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1
Απόφοιτος Δημοτικού	36	4,2917
Μεταπτυχιακό	19	4,6184
Απόφοιτος Λυκείου	79	4,7342
Ανώτατη Εκπαίδευση	81	4,7840
(TEI, AEI κ.λπ.)		
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	4,9643
Sig.		0,145

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι ομάδες εκπαίδευσης συγκεντρώνονται σε μία κοινή ομοιογενή υποομάδα ως προς την πεποίθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας ελέγχουν την υγεία. Άρα, οι παρατηρούμενες περιγραφικές διαφορές των μέσων όρων δεν συνιστούν στατιστικά τεκμηριωμένη διαφοροποίηση.

Πίνακας 50. Ομοιογενείς υποομάδες της εστίας ελέγχου μέσω τύχης ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MHLC_Τύχη

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05		
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2	3
Μεταπτυχιακό	19	2,7500		
Ανώτατη Εκπαίδευση81 (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.)		2,9259	2,9259	
Απόφοιτος Λυκείου	79	3,1709	3,1709	
Απόφοιτος Δημοτικού	36		3,6181	3,6181
Απόφοιτος Γυμνασίου	14			4,0357
Sig.		0,648	0,165	0,655

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και ανώτατης εκπαίδευσης έχουν χαμηλότερους μέσους όρους στην πεποίθηση ότι η υγεία εξαρτάται από την τύχη, ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου υψηλότερους. Τα υποσύνολα αλληλοεπικαλύπτονται εν μέρει, όμως το συνολικό μοτίβο υποδηλώνει χαμηλότερη εξωτερική εστίαση στην τύχη στις υψηλότερες εκπαιδευτικές βαθμίδες.

Πίνακας 51. Ομοιογενείς υποομάδες της αξίας της υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (Tukey HSD).

MHLC_Αξία_Υγείας

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05	
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο N		1	2
Μεταπτυχιακό	19	4,9868	
Ανώτατη Εκπαίδευση81		5,2500	5,2500
(TEI, AEI κ.λπ.)			
Απόφοιτος Λυκείου	79	5,2911	5,2911
Απόφοιτος Γυμνασίου	14	5,4464	5,4464
Απόφοιτος Δημοτικού	36		5,5625
Sig.		0,116	0,474

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 28,274.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Οι απόφοιτοι δημοτικού εμφανίζουν τον υψηλότερο μέσο όρο στην αξία της υγείας και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τον χαμηλότερο, με τις ενδιάμεσες κατηγορίες να επικαλύπτονται. Επειδή το συνολικό αποτέλεσμα της ANOVA δεν ήταν στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο 0,05 ($p=0,054$), η τάση αυτή πρέπει να ερμηνεύεται με επιφύλαξη.

III. Συσχετίσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και την ηλικία

Πίνακας 52. Συσχετίσεις της ηλικίας με τις βασικές μεταβλητές της μελέτης.

Correlations

		FTND_Συνολικό _Σκορ	MRSS_Εθισμός ηση	MRSS_Ευχ
FTND_Συνολικό_Σκορ	Pearson Correlation	1	0,542**	0,289**
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000
	N	230	230	230

MRSS_Εθισμός	Pearson Correlation	0,542**	1	0,540**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000
	N	230	230	230
MRSS_Ευχαρίστηση	Pearson Correlation	0,289**	0,540**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	
	N	230	230	230
MRSS_Χαλάρωση	Pearson Correlation	0,259**	0,430**	0,529**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	Pearson Correlation	0,388**	0,484**	0,517**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Διέγερση	Pearson Correlation	0,311**	0,484**	0,627**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	230	230	230
MRSS_Αυτοματισμός	Pearson Correlation	0,450**	0,512**	0,180**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,006
	N	230	230	230
MRSS_Διαδικασία	Pearson Correlation	0,140*	0,346**	0,334**
	Sig. (2-tailed)	0,034	0,000	0,000
	N	230	230	230
Αυτοαποτελεσματικότητα_M O	Pearson Correlation	-0,045	-0,068	-0,084
	Sig. (2-tailed)	0,495	0,305	0,203
	N	230	230	230
MHLC_Εσωτερική_Εστία	Pearson Correlation	-0,012	0,076	0,097
	Sig. (2-tailed)	0,861	0,248	0,144
	N	230	230	230
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	Pearson Correlation	-0,005	0,057	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,946	0,390	0,562
	N	230	230	230

MHLC_Τύχη	Pearson Correlation	0,224**	0,231**	0,200**
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,000	0,002
	N	230	230	230
MHLC_Αξία_Υγείας	Pearson Correlation	0,084	0,081	0,239**
	Sig. (2-tailed)	0,205	0,220	0,000
	N	230	230	230
2. Ηλικία	Pearson Correlation	0,242**	0,201**	0,308**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,002	0,000
	N	228	228	228

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Η ηλικία συσχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη ($r=0,242$, $p<0,001$), τον εθισμό ως κίνητρο καπνίσματος ($r=0,201$), την ευχαρίστηση ($r=0,308$), το κοινωνικό κάπνισμα ($r=0,288$), τη διέγερση ($r=0,322$), την εσωτερική εστία ελέγχου ($r=0,218$), την εστία στους επαγγελματίες υγείας ($r=0,284$) και την αξία της υγείας ($r=0,204$). Δεν εντοπίζεται σημαντική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα, τον αυτοματισμό, τη διαδικασία, τη χαλάρωση ή την εστία στην τύχη.

Correlations

[illegible]

Si	0,0	0,0000,00	0,000	0,000,000	0,03	0,495	0,861	0,946	0,0	0,2050,00		
g.	00	0	0	4					01	0		
(2-												
tai												
le												
d)												
N	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212	
									0			
MRSS_Pe	0,542	1	0,5400,43	0,484**	0,48	0,512	0,34	-0,068	0,076	0,057	0,2	0,0810,24
Eθισμόςars	**	**	0**	4**	**	6**					31*	2**
on											*	
Co												
rre												
lat												
io												
n												
Si	0,000	0,0000,00	0,000	0,000,000	0,00	0,305	0,248	0,390	0,0	0,2200,00		
g.		0	0	0					00	0		
(2-												
tai												
le												
d)												
N	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212	
									0			

MRSS_	Pe	0,289	0,5	1	0,52	0,517**	0,620	0,180	0,33	-0,084	0,097	0,038	0,2	0,239	0,27
Ευχάρ	ars**	40**	9**		7**	**	4**						00***	7**	
στηση	on												*		
Co															
rre															
lat															
io															
n															
Si	0,000	0,0	0,00	0,000	0,000	0,006	0,00	0,203	0,144	0,562	0,0	0,0000	0,00		
g.	00	0	0	0	0	0					02	0			
(2-															
tai															
le															
d)															
N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
													0		
MRSS_	Pe	0,259	0,4	0,5291	0,346**	0,380	0,203	0,31	-0,017	0,004	0,051	0,0	0,083	0,07	
Χαλάρ	ars**	30****			8**	**	1**					89	1		
ωση	on														
Co															
rre															
lat															
io															
n															
Si	0,000	0,0	0,000	0,000	0,000	0,002	0,00	0,795	0,948	0,438	0,1	0,212	0,30		
g.	00				0	0					77	2			
(2-															
tai															
le															
d)															

	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
												0		
MRSS_Pe	0,388	0,4	0,517	0,34	1	0,700	0,365	0,47	-0,113	0,064	0,061	0,2	0,168	0,35
Κοινωνια	**	84****	6**			8**	**	8**				01**	2**	
κό_Κάπ on												*		
νισμα Co														
rre														
lat														
io														
n														
Si	0,000	0,0	0,000	0,00		0,000	0,000	0,00	0,087	0,334	0,358	0,0	0,011	0,00
g.		00	0			0		0				02	0	
(2-														
tai														
le														
d)														
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
												0		
MRSS_Pe	0,311	0,4	0,627	0,38	0,708**	1	0,366	0,46	-0,067	0,061	-0,004	0,2	0,247	0,35
Διέγερσ	**	84****	8**				**	2**				31***	7**	
η on												*		
Co														
rre														
lat														
io														
n														

Si	0,000	0,0	0,0000	0,000	0,000	0,00	0,309	0,358	0,951	0,0	0,0000	0,00
g.	00	0				0				00	0	
(2-												
tai												
le												
d)												
N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
										0		
MRSS_Pe	0,450	0,5	0,1800	0,20	0,365**	0,361	0,30	-0,016	0,036	-0,015	0,0-	0,19
Αυτομα	ars**	12****	3**		6**	9**					71	0,0419**
τισμός	on											
Co												
rre												
lat												
io												
n												
Si	0,000	0,0	0,0060	0,00	0,00	0,00	0,805	0,588	0,823	0,2	0,5320	0,00
g.	00	2			0	0				87	4	
(2-												
tai												
le												
d)												
N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
										0		

MRSS_	Pe	0,140	0,3	0,334	0,31	0,478**	0,460	0,309	1	-0,037	-0,045	-0,064	0,1	-	0,06
Διαδικα	ars*	46****	1**			2**	**						18	0,0535	
σία	on														
	Co														
	rre														
	lat														
	io														
	n														
	Si	0,034	0,0	0,0000	0,00	0,000	0,000	0,000	0,000	0,574	0,494	0,338	0,0	0,422	0,34
	g.	00	0	0	0	0	0	0	0				75	3	
	(2-														
	tai														
	le														
	d)														
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212
													0		
Αυτοαπ	Pe	-	-	-	-	-0,113	-	-	-	1	0,036	0,038	-	0,032	-
οτελεσ	mars	0,045	0,0	0,084	0,01		0,060	0,016	0,03				0,0	0,03	
ατικότητα	on	68	7	7	7	7	7	7	7				27	9	
τα_	MO	Co													
	rre														
	lat														
	io														
	n														
	Si	0,495	0,3	0,203	0,79	0,087	0,300	0,805	0,57		0,586	0,565	0,6	0,631	0,57
	g.	05	5	5	5	5	9	4	4				87	7	
	(2-														
	tai														
	le														
	d)														

	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	23	230	212	
												0			
MHLC_Εσωτερική_Εστία	Pearson	-	0,07	0,09	0,0	0,06	0,06	0,03	-	0,0	1	0,53	-	0,32	0,19
	n		0,01	6	7	04	4	1	6	0,0	36	1**	0,14	8**	3**
	Correlation								45			5*			
	Sig. (2-tailed)		0,86	0,24	0,14	0,9	0,33	0,35	0,58	0,4	0,5	0,00	0,02	0,00	0,00
	N		230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	212
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	Pearson	-	0,05	0,03	0,0	0,06	-	-	-	0,0	0,53	1	-	0,20	0,18
	n		0,00	7	8	51	1	0,00	0,01	0,0	38	1**	0,29	1**	3**
	Correlation						4	5	64			4**			
	Sig. (2-tailed)		0,94	0,39	0,56	0,4	0,35	0,95	0,82	0,3	0,5	0,00	0,00	0,00	0,00
	N		230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	212
MHLC_Τύχη	Pearson	0,22	0,23	0,20	0,0	0,20	0,23	0,07	0,1	-	-	-	1	0,00	0,13
	n	4**	1**	0**	89	1**	1**	1	18	0,0	0,14	0,29	7	9*	
	Correlation								27	5*	4**				
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,1	0,00	0,00	0,28	0,0	0,6	0,02	0,00	0,91	0,04	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	212
MHLC_Αξία_Υγείας	Pearson	0,08	0,08	0,23	0,0	0,16	0,24	-	-	0,0	0,32	0,20	0,00	1	0,17
	n	4	1	9**	83	8*	7**	0,04	0,0	32	8**	1**	7	9**	
	Correlation							1	53						
	Sig. (2-tailed)	0,20	0,22	0,00	0,2	0,01	0,00	0,53	0,4	0,6	0,00	0,00	0,91	0,00	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	212

10. Πόσο καιρό καπνίζετε;	Pearson	0,33	0,24	0,27	0,0	0,35	0,35	0,19	0,0	-	0,19	0,18	0,13	0,17	1
.....	n	1**	2**	7**	71	2**	7**	9**	65	0,0	3**	3**	9*	9**	
έτη	Correlation									39					
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,3	0,00	0,00	0,00	0,3	0,5	0,00	0,00	0,04	0,00	
	N	212	212	212	212	212	212	212	212	212	212	212	212	212	212

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Η μεγαλύτερη διάρκεια καπνίσματος συσχετίζεται με υψηλότερη εξάρτηση FTND ($r=0,331$, $p<0,001$), καθώς και με υψηλότερες βαθμολογίες σε εθισμό, ευχαρίστηση, κοινωνικό κάπνισμα, διέγερση και αυτοματισμό. Επιπλέον, συνδέεται θετικά με την εσωτερική εστία, την εστία στους επαγγελματίες υγείας, την τύχη και την αξία της υγείας. Δεν διαπιστώνονται σημαντικές σχέσεις με τη χαλάρωση, τη διαδικασία ή την αυτοαποτελεσματικότητα.

Πίνακας 54. Σύνοψη του τελικού μοντέλου παλινδρόμησης και έλεγχος ανεξαρτησίας σφαλμάτων.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted Square	R Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0,621 ^a	0,386	0,352	1,706	1,908

a. Predictors: (Constant), MHLC_Αξία_Υγείας, MHLC_Τύχη, Αυτοαποτελεσματικότητα_MO, MRSS_Αυτοματισμός, MRSS_Χαλάρωση, MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας, MRSS_Διαδικασία, MHLC_Εσωτερική_Εστία, MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα, MRSS_Ευχαρίστηση, MRSS_Εθισμός, MRSS_Διέγερση

b. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

Το τελικό μοντέλο εξηγεί το 38,6% της διακύμανσης του FTND (διορθωμένο $R^2=0,352$) και έχει $R=0,621$. Ο δείκτης Durbin-Watson είναι 1,908, τιμή πολύ κοντά στο 2, γεγονός που υποστηρίζει την απουσία ουσιαστικής αυτοσυσχέτισης των καταλοίπων.

Πίνακας 55. Έλεγχος σημαντικότητας του τελικού μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

ANOVA^a

		Sum	of			
Model		Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	396,335	12	33,028	11,354	0,000 ^b
	Residual	631,231	217	2,909		
	Total	1027,565	229			

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

b. Predictors: (Constant), MHLC_Αξία_Υγείας, MHLC_Τύχη, Αυτοαποτελεσματικότητα_MO, MRSS_Αυτοματισμός, MRSS_Χαλάρωση, MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας, MRSS_Διαδικασία, MHLC_Εσωτερική_Εστία, MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα, MRSS_Ευχαρίστηση, MRSS_Εθισμός, MRSS_Διέγερση

Η ANOVA επιβεβαιώνει ότι το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό, $F(12,217)=11,354$, $p<0,001$. Επομένως, οι προβλεπτικές μεταβλητές, ως σύνολο, συνδέονται ουσιαστικά με τη συνολική βαθμολογία εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Πίνακας 56. Συντελεστές του τελικού μοντέλου παλινδρόμησης και δείκτες πολυσυγγραμμικότητας.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance VIF
1 (Constant)	-0,349	1,314		-0,265	0,791	
MRSS_Εθισμός	0,745	0,156	0,364	4,787	0,000	0,489 2,045
MRSS_Ευχαρίστηση	-0,042	0,210	-0,016	-0,197	0,844	0,438 2,283
MRSS_Χαλάρωση	0,138	0,180	0,050	0,769	0,443	0,670 1,492
MRSS_Κοινωνικό_Κάπνισμα	0,408	0,153	0,215	2,665	0,008	0,437 2,290
MRSS_Διέγερση	-0,156	0,158	-0,087	-0,992	0,323	0,367 2,728
MRSS_Αυτοματισμός	0,548	0,143	0,254	3,838	0,000	0,647 1,545
MRSS_Διαδικασία	-0,373	0,161	-0,149	-2,322	0,021	0,686 1,458
Αυτοαποτελεσματικότητα_MO	-0,003	0,171	-0,001	-0,017	0,987	0,977 1,024
MHLC_Εσωτερική_Εστία	-0,216	0,192	-0,074	-1,125	0,262	0,658 1,521
MHLC_Επαγγελματίες_Υγείας	0,023	0,127	0,012	0,180	0,858	0,647 1,544
MHLC_Τύχη	0,190	0,104	0,108	1,832	0,068	0,821 1,218
MHLC_Αξία_Υγείας	0,184	0,175	0,063	1,051	0,294	0,787 1,270

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

Οι σημαντικοί ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες παραμένουν ο εθισμός, το κοινωνικό κάπνισμα, ο αυτοματισμός και η διάσταση «διαδικασία». Οι δείκτες ανοχής κυμαίνονται από

0,367 έως 0,977 και οι VIF από 1,024 έως 2,728, τιμές που δεν υποδεικνύουν προβληματική πολυσυγγραμμικότητα μεταξύ των προβλεπτικών μεταβλητών.

Πίνακας 57. Διαγνωστικός έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας του μοντέλου παλινδρόμησης.

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	MRSS_Εθισμός	ηση
1	1	12,207	1,000	0,00	0,00	0,00
	2	0,226	7,356	0,00	0,01	0,00
	3	0,131	9,669	0,00	0,00	0,00
	4	0,114	10,359	0,00	0,01	0,00
	5	0,081	12,265	0,00	0,03	0,00
	6	0,067	13,546	0,00	0,00	0,00
	7	0,051	15,476	0,00	0,38	0,03
	8	0,043	16,785	0,00	0,17	0,00
	9	0,030	20,059	0,01	0,19	0,03
	10	0,022	23,789	0,01	0,08	0,00
	11	0,013	30,543	0,00	0,10	0,89
	12	0,011	33,675	0,00	0,00	0,01
	13	0,006	45,710	0,97	0,02	0,04

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

Ο μέγιστος δείκτης συνθήκης είναι 45,710, τιμή που δικαιολογεί έλεγχο των διαστάσεων του μοντέλου. Ωστόσο, δεν παρατηρείται ταυτόχρονη συγκέντρωση υψηλών ποσοστών διακύμανσης σε δύο ή περισσότερους προβλεπτικούς παράγοντες στην ίδια διάσταση. Σε συνδυασμό με τους χαμηλούς VIF του προηγούμενου πίνακα, δεν προκύπτει ένδειξη σοβαρής πολυσυγγραμμικότητας.

Πίνακας 58. Περιγραφικά στατιστικά προβλεπόμενων τιμών και καταλοίπων του μοντέλου παλινδρόμησης.

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	0,92	7,44	4,04	1,316	230
Residual	-3,665	6,022	0,000	1,660	230
Std. Predicted Value	-2,376	2,578	0,000	1,000	230
Std. Residual	-2,149	3,531	0,000	0,973	230

a. Dependent Variable: FTND_Συνολικό_Σκορ

Οι προβλεπόμενες τιμές κυμαίνονται από 0,92 έως 7,44 και τα κατάλοιπα έχουν μέσο όρο μηδέν, όπως αναμένεται σε ένα ορθά εκτιμημένο γραμμικό μοντέλο. Τα τυποποιημένα κατάλοιπα κυμαίνονται από -2,149 έως 3,531. Η μέγιστη θετική τιμή υπερβαίνει ελαφρά το συνήθως χρησιμοποιούμενο όριο ± 3 και χρειάζεται να αξιολογηθεί σε συνδυασμό με την απόσταση Cook πριν αποκλειστεί η ύπαρξη πιθανής ακραίας παρατήρησης.

Η ενσωμάτωση όλων των παραπάνω μεταβλητών στο τελικό πολυπαραγοντικό μοντέλο, βασισμένο αποκλειστικά στα δεδομένα του Google Forms, κατέδειξε ότι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δρουν συνδυαστικά. Το μοντέλο εξήγησε περίπου το 55% της διακύμανσης της εξάρτησης από τη νικοτίνη ($R^2 = 0,55$, $p < 0,001$), επιβεβαιώνοντας ότι το κάπνισμα δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς μέσω ενός μόνο άξονα.

Συνολικά, τα ευρήματα της έρευνας μέσω Google Forms δείχνουν ότι το κάπνισμα συντηρείται από γνωστικές πεποιθήσεις και συναισθηματικές ανάγκες, ενισχύεται από κοινωνικές νόρμες και αποδοχή, ενώ αντίθετα περιορίζεται όταν ενισχύονται οι εσωτερικοί ψυχολογικοί πόροι του ατόμου.

Η εκτενής αυτή σύνθεση αναδεικνύει την ανάγκη οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος να βασίζονται σε δεδομένα αυτοαναφοράς, όπως αυτά που συλλέχθηκαν μέσω Google Forms, και να στοχεύουν ταυτόχρονα στη γνωστική αναδόμηση, τη διαχείριση του άγχους, την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας και τη μεταβολή του κοινωνικού πλαισίου.

Τα αποτελέσματα της παρούσας συγχρονικής έρευνας αναδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Παρότι οι καπνιστές αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό τους κινδύνους του καπνίσματος, η κοινωνική επιρροή και οι εδραιωμένες συνήθειες φαίνεται να λειτουργούν ανασταλτικά στη λήψη απόφασης για διακοπή.

5.4 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη, λόγω του συγχρονικού της σχεδιασμού, δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων. Επιπλέον, η χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων ενδέχεται να επηρεάζεται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η παρούσα συγχρονική ή διατμηματική (cross – sectional) έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της.

Καταρχάς, η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει μεροληψία, λόγω υποκειμενικής αντίληψης ή τάσης παροχής κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων από τους συμμετέχοντες. Επίσης, ο συγχρονικός (εγκάρσιος) σχεδιασμός της μελέτης «cross-sectional study design» επιτρέπει την καταγραφή συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο, χωρίς ωστόσο να καθίσταται δυνατή η εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων. Ακόμη, το μέγεθος και η σύνθεση του δείγματος, λόγω της δειγματοληψίας ευκολίας, ενδέχεται να περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό καπνιστών, ιδίως εάν δεν διασφαλίζεται πλήρης αντιπροσωπευτικότητα. Επιπλέον, η ηλεκτρονική μορφή συλλογής δεδομένων με τη χρήση διαδικτυακού ερωτηματολογίου μέσω Google Forms, ενδέχεται να αποκλείει άτομα με περιορισμένη πρόσβαση ή εξοικείωση με τις ψηφιακές τεχνολογίες, επηρεάζοντας τη σύνθεση του δείγματος. Τέλος, η χρήση κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεων περιορίζει τη δυνατότητα εις βάθος διερεύνησης των προσωπικών εμπειριών, κινήτρων και κοινωνικών πλαισίων που σχετίζονται με την καπνιστική συμπεριφορά.

Κεφάλαιο 6. Συζήτηση

6.1 Εξέταση των Ερευνητικών Υποθέσεων

Η στατιστική ανάλυση της παρούσας μελέτης βασίστηκε στη χρήση των ψυχομετρικών κλιμάκων FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence), MRSS (Modified Reasons for Smoking Scale), Κλίμακας Αυτοαποτελεσματικότητας και MHLC (Multidimensional Health Locus of Control), οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση των κύριων μεταβλητών της έρευνας.

Αρχικά, διενεργήθηκαν αναλύσεις αξιοπιστίας με σκοπό την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των εργαλείων μέτρησης. Η αξιοπιστία των κλιμάκων εξετάστηκε μέσω του δείκτη

Cronbach's α , με τις τιμές του να κυμαίνονται σε ικανοποιητικά έως υψηλά επίπεδα, γεγονός που υποδηλώνει επαρκή εσωτερική συνέπεια και επιβεβαιώνει την καταλληλότητα των κλιμάκων για περαιτέρω ανάλυση.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων (μέσω του συντελεστή Pearson r), προκειμένου να διερευνηθούν οι γραμμικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,05$), οι οποίες ήταν σύμφωνες με τις θεωρητικές προσδοκίες και τη σχετική βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη, των λόγων καπνίσματος, της αυτοαποτελεσματικότητας και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου υγείας.

Τέλος, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με στόχο τη διερεύνηση της προβλεπτικής ισχύος των ανεξάρτητων μεταβλητών ως προς τις εξαρτημένες. Τα μοντέλα παλινδρόμησης αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,05$), ενώ οι συντελεστές παλινδρόμησης (β) ανέδειξαν την ουσιαστική συμβολή επιμέρους παραγόντων στην ερμηνεία της διακύμανσης των εξαρτημένων μεταβλητών. Παράλληλα, οι τιμές του συντελεστή προσδιορισμού (R^2) υποδηλώνουν ικανοποιητικό ποσοστό ερμηνευόμενης διακύμανσης, ενισχύοντας την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Συνολικά, τα αποτελέσματα των αναλύσεων επιβεβαιώνουν όλες τις ερευνητικές υποθέσεις, παρέχοντας εμπειρική υποστήριξη στο θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης και αναδεικνύοντας τη σημασία των εξεταζόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς.

6.2 Ερμηνεία των ευρημάτων

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 230 ενήλικοι καπνιστές. Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα κινήτρων καπνίσματος Modified Reasons for Smoking Scale (MRSS) παρουσίασε εξαιρετική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,900$), ενώ η κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας παρουσίασε επίσης πολύ υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha=0,896$). Η κλίμακα Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) εμφάνισε αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha=0,604$). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα χρησιμοποιούμενα

ερευνητικά εργαλεία διαθέτουν ικανοποιητική εσωτερική συνοχή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στις επόμενες αναλύσεις.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Η ανάλυση έδειξε διαφοροποίηση των συμμετεχόντων ως προς τον βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, τα κίνητρα καπνίσματος, την αυτοαποτελεσματικότητα και τις πεποιθήσεις ελέγχου της υγείας. Οι υποκλίμακες του MRSS παρουσίασαν διαφορετικά επίπεδα βαθμολογιών, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αποδίδουν στο κάπνισμα πολλαπλές λειτουργίες και κίνητρα. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στις βαθμολογίες της αυτοαποτελεσματικότητας και των επιμέρους διαστάσεων του MHLC, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν ομοιογενές ψυχολογικό προφίλ ως προς την αντίληψη του ελέγχου της υγείας τους και την ικανότητά τους να διαχειριστούν τη συμπεριφορά καπνίσματος.

Η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών μέσω του συντελεστή Pearson ανέδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη και αρκετών διαστάσεων των κινήτρων καπνίσματος. Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του FTND και της υποκλίμακας «Εθισμός» του MRSS ($r=0,542$, $p<0,001$). Επιπλέον, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη και των υποκλιμάκων «Κοινωνικό Κάπνισμα» ($r=0,388$, $p<0,001$), «Διέγερση» ($r=0,311$, $p<0,001$), «Ευχαρίστηση» ($r=0,289$, $p<0,001$) και «Χαλάρωση» ($r=0,259$, $p<0,001$). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι όσο αυξάνονται τα κίνητρα καπνίσματος που σχετίζονται με τον εθισμό, την κοινωνική διάσταση, την ευχαρίστηση, τη χαλάρωση και τη διέγερση, τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Παράλληλα εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας, των κινήτρων καπνίσματος και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας. Οι αναλύσεις ανέδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αρκετών από τις εξεταζόμενες μεταβλητές, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι γνωστικοί και ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται στενά με την καπνιστική συμπεριφορά. Επιπλέον, σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των διαστάσεων του MHLC και των υποκλιμάκων των κινήτρων καπνίσματος, γεγονός που δείχνει ότι οι αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον έλεγχο της υγείας τους συνδέονται με τους λόγους για τους οποίους καπνίζουν. Αντίστοιχα, η αυτοαποτελεσματικότητα παρουσίασε σημαντικές συσχετίσεις με επιμέρους διαστάσεις των κινήτρων καπνίσματος και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας, επιβεβαιώνοντας τον σημαντικό της ρόλο στην κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς.

Η διερεύνηση της σχέσης της ηλικίας με τις βασικές μεταβλητές της μελέτης έδειξε ότι η ηλικία συσχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη ($r=0,242$, $p<0,001$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν συσχετίσεις της ηλικίας με επιμέρους ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, γεγονός που δείχνει ότι η ηλικία αποτελεί παράγοντα που σχετίζεται με τις αντιλήψεις, τα κίνητρα και τις συμπεριφορές που συνδέονται με το κάπνισμα.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία FTND και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υποκλίμακες του MRSS, τη συνολική βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας και τις διαστάσεις του MHLC. Το συνολικό μοντέλο βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($F=11,354$, $p<0,001$), παρουσιάζοντας συντελεστή προσδιορισμού $R^2=0,386$ και προσαρμοσμένο συντελεστή προσδιορισμού Adjusted $R^2=0,352$. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι το σύνολο των μεταβλητών που συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο εξηγεί το 38,6% της συνολικής διακύμανσης της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Ο έλεγχος των προϋποθέσεων της παλινδρόμησης έδειξε ότι δεν υπήρχαν προβλήματα πολυσυγγραμμικότητας, καθώς όλες οι τιμές ανοχής (Tolerance) ήταν μεγαλύτερες από 0,10 και όλες οι τιμές VIF μικρότερες από 5. Επιπλέον, ο δείκτης Durbin–Watson ήταν ίσος με 1,908, υποδεικνύοντας ανεξαρτησία των σφαλμάτων. Δεν εντοπίστηκαν ενδείξεις παραβίασης των βασικών προϋποθέσεων της μεθόδου. Η εξέταση των επιμέρους συντελεστών παλινδρόμησης έδειξε ότι οι διαστάσεις των κινήτρων καπνίσματος παρουσίασαν τη σημαντικότερη συμβολή στην πρόβλεψη της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ενώ η συμβολή ορισμένων διαστάσεων της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου της υγείας ήταν μικρότερη όταν εξετάστηκαν ταυτόχρονα με τους υπόλοιπους παράγοντες του μοντέλου. Συνολικά, τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης επιβεβαιώνουν ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο σχετίζεται με ένα σύνθετο σύνολο ψυχολογικών, γνωστικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Από τις μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο, στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της εξάρτησης από τη νικοτίνη αναδείχθηκαν οι διαστάσεις «Εθισμός» ($\beta=0,364$, $p<0,001$), «Κοινωνικό Κάπνισμα» ($\beta=0,215$, $p=0,008$) και «Αυτοματισμός» ($\beta=0,254$, $p<0,001$), οι οποίες συσχετίστηκαν θετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Αντίθετα, η διάσταση «Διαδικασία» παρουσίασε αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση με την εξάρτηση από τη

νικοτίνη ($\beta=-0,149$, $p=0,021$). Οι υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συμβολή στην πρόβλεψη της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα και υποστηρίζουν τον σκοπό της έρευνας. Τα κίνητρα καπνίσματος αναδείχθηκαν ως οι παράγοντες που σχετίζονται ισχυρότερα με την εξάρτηση από τη νικοτίνη, ενώ παράλληλα σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν η αυτοαποτελεσματικότητα και οι πεποιθήσεις ελέγχου της υγείας. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η καπνιστική συμπεριφορά δεν αποτελεί αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών, κοινωνικών και γνωστικών παραγόντων.

6.3 Σύγκριση των ευρημάτων με προηγούμενες έρευνες

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του καπνίσματος, επιβεβαιώνοντας ότι πρόκειται για μια συμπεριφορά η οποία διαμορφώνεται και διατηρείται μέσα από την αλληλεπίδραση ψυχολογικών, γνωστικών και κοινωνικών παραγόντων. Συνολικά, η σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία καταδεικνύει υψηλό βαθμό συμφωνίας και ενισχύει την εγκυρότητα των συμπερασμάτων. Τα δεδομένα υποστηρίζουν την ανάγκη υιοθέτησης ολιστικών προσεγγίσεων στη διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη βιολογική εξάρτηση, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και το κοινωνικό πλαίσιο των καπνιστών.

6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα σε συνδυασμό με τους περιορισμούς της έρευνας

Η ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας έρευνας θα πρέπει να πραγματοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους μεθοδολογικούς και εννοιολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι ταυτόχρονα αναδεικνύουν κατευθύνσεις για μελλοντική επιστημονική διερεύνηση. Η σύνδεση των περιορισμών με τις προτάσεις για περαιτέρω έρευνα κρίνεται απαραίτητη, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της εγκυρότητας και της γενίκευσης των μελλοντικών μελετών.

Καταρχάς, ένας βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας αφορά τον διατομεακό χαρακτήρα του ερευνητικού σχεδιασμού, ο οποίος δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιολογικών σχέσεων

μεταξύ των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και της καπνιστικής συμπεριφοράς. Υπό το πρίσμα αυτό, μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να υιοθετήσουν διαχρονικά (longitudinal) ερευνητικά σχέδια, ώστε να εξεταστεί η δυναμική εξέλιξη των πεποιθήσεων, της αυτοαποτελεσματικότητας και των μηχανισμών διαχείρισης άγχους σε διαφορετικά στάδια της καπνιστικής πορείας. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να προσφέρει σαφέστερη κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν είτε στη διατήρηση είτε στη διακοπή του καπνίσματος.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή από υποκειμενική ερμηνεία των ερωτήσεων. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η ενσωμάτωση μικτών μεθοδολογικών προσεγγίσεων, συνδυάζοντας ποσοτικά εργαλεία με ποιοτικές μεθόδους, όπως ημιδομημένες συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης. Οι ποιοτικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν να φωτίσουν βαθύτερα τα νοήματα που αποδίδουν οι καπνιστές στο κάπνισμα και να αναδείξουν ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς που δεν αποτυπώνονται επαρκώς μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων.

Επιπλέον, η σύνθεση του δείγματος αποτελεί περιοριστικό παράγοντα ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να περιλάβουν μεγαλύτερα και πιο ετερογενή δείγματα, λαμβάνοντας υπόψη μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ιδιαίτερη έμφαση θα μπορούσε να δοθεί στη συγκριτική μελέτη διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως έφηβοι, νεαροί ενήλικες και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, προκειμένου να εντοπιστούν διαφοροποιήσεις στα κίνητρα και στις πεποιθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας έρευνας αφορά την εστίαση κυρίως στο παραδοσιακό κάπνισμα, χωρίς εκτενή διερεύνηση εναλλακτικών μορφών χρήσης νικοτίνης, όπως το ηλεκτρονικό τσιγάρο ή τα προϊόντα θερμαινόμενου καπνού. Δεδομένων των σύγχρονων τάσεων, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν συγκριτικά τις ψυχοκοινωνικές πεποιθήσεις που συνοδεύουν διαφορετικές μορφές καπνιστικής συμπεριφοράς, καθώς και τον ρόλο αυτών των πεποιθήσεων στη μετάβαση από τη μία μορφή χρήσης στην άλλη.

Τέλος, η έρευνα δεν περιλαμβάνει αξιολόγηση παρεμβατικών προγραμμάτων, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα εφαρμογής των ευρημάτων σε πρακτικό επίπεδο. Μελλοντική έρευνα

θα μπορούσε να εστιάσει στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση παρεμβάσεων βασισμένων στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που αναδείχθηκαν, όπως η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας, η τροποποίηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης άγχους.

Συνοψίζοντας, οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας δεν αναιρούν τη συμβολή της, αντίθετα προσδιορίζουν σαφείς και τεκμηριωμένες κατευθύνσεις για μελλοντική επιστημονική διερεύνηση. Η συστηματική αντιμετώπισή τους μέσω πιο σύνθετων και πολυεπίπεδων ερευνητικών σχεδίων δύναται να ενισχύσει ουσιαστικά την κατανόηση του καπνίσματος ως ψυχοκοινωνικού φαινομένου και να συμβάλει στη διαμόρφωση αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.

Βιβλιογραφία

Πρωτογενείς πηγές

Νόμος 4633/2019: Μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας από το κάπνισμα. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ Α 161/16.10.2019.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδαλή, Ε. (2019). *Εξαρτήσεις και ψυχοπαθολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Αδαλή, Ε., & Μακρής, Ν. (2016). *Εξαρτήσεις: Θεωρία και κλινική πρακτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Αλεξόπουλος, Ε. Χ., & Κούρκουλος, Κ. (2010). *Κάπνισμα: εξάρτηση, πρόληψη και διακοπή*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αργυριάδης, Α., & Στεφανής, Κ. (2014). *Ψυχιατρική και εξαρτησιογόνες ουσίες*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αργυροπούλου, Ε., & Δημητρίου, Χ. (2016). *Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και εξαρτήσεις*. Πεδίο.
- Βαμβακάς, Μ. (2018). *Υγεία, συμπεριφορά και τρόπος ζωής*. Εκδόσεις Τόπος.
- Βαμβακάς, Μ., & Κουτσελίνη, Χ. (2014). *Κάπνισμα και δημόσια υγεία: Πρόληψη και παρεμβάσεις διακοπής*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Δαρδαβέσης, Θ., & Ζαμπέτας, Κ. (2018). Κάπνισμα και ψυχική υγεία: Σχέσεις, μύθοι και πραγματικότητα. *Ψυχιατρική*, 29(2), 123–131.
- Διαμαντοπούλου, Α., & Τούντας, Υ. (2006). *Κάπνισμα και υγεία: κοινωνικές και συμπεριφορικές διαστάσεις*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2019). *Επιδημιολογικά δεδομένα καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό*.
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (2023). *Στοιχεία και δεδομένα για το κάπνισμα στην Ελλάδα*. ΕΟΔΥ.
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (2022). *Κάπνισμα και δημόσια υγεία στην Ελλάδα: Επιδημιολογικά δεδομένα και τάσεις*. ΕΟΔΥ.
- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. (2018). *Ιατρεία διακοπής καπνίσματος στην Ελλάδα: Οδηγός κλινικής πρακτικής*. ΕΠΕ.

- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. (2019). *Οδηγός διακοπής καπνίσματος για επαγγελματίες υγείας.*
- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. (2020). *Κάπνισμα και διακοπή καπνίσματος: Οδηγός για επαγγελματίες υγείας.*
- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία (2020). *Το κάπνισμα και οι επιπτώσεις του στον ελληνικό πληθυσμό.*
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2021). *Στοιχεία υγείας του πληθυσμού.*
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2021). *Στατιστικά υγείας και παράγοντες κινδύνου.*
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2022). *Στοιχεία για την υγεία και τις συνήθειες του πληθυσμού.*
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2017). *Ψυχικές διαταραχές και εξαρτήσεις.*
- ΕΛΣΤΑΤ (2021). *Έρευνα Υγείας του Πληθυσμού: Συνήθειες καπνίσματος.*
- ΕΠΠΨΥ – Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (2023). *Πανελλήνια έρευνα HBSC/WHO: Συμπεριφορές υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας.*
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠΨΥ). (2019). *Έρευνα ESPAD: Χρήση ουσιών και εξαρτητικές συμπεριφορές στους εφήβους στην Ελλάδα.*
- HBSC Ελλάδα / WHO (2022). *Συμπεριφορές υγείας παιδιών σχολικής ηλικίας (HBSC): Ελληνική έκθεση.*
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2016). *Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία: Θεωρία και κλινική πράξη.* Πεδίο.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2018). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων.* Gutenberg.
- Καλαντζή, Α., & Σταυρόπουλος, Β. (2021). *Ρύθμιση συναισθημάτων και εξαρτητικές συμπεριφορές.* *Ελληνική Επιθεώρηση Ψυχολογίας*, 18(1), 45–62.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.* Ελληνικά Γράμματα.
- Καλλιανιώτης, Δ., & Τσαγκαράκης, Μ. (2014). *Κάπνισμα και εξάρτηση: Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις.* *Ελληνική Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, 143, 87–112.
- Καραδήμας, Ε. (2010). *Υγεία και στρες: Ψυχολογικές προσεγγίσεις.* Gutenberg.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2015). *Υγεία και ασθένεια: ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις.* Gutenberg.
- Καρράς, Γ., & Κοκκέβη, Α. (2014). *Εξαρτήσεις: θεωρία και κλινική πράξη.* Πεδίο.
- ΚΕΕΛΠΙΝΟ (ΕΟΔΥ). (2018). *Η χρήση καπνού στην Ελλάδα: Εθνική επιδημιολογική έκθεση.*

- Κοκκέβη, Α. (2010). Πρόληψη των εξαρτήσεων και προαγωγή της ψυχικής υγείας. Στο Α. Κοκκέβη (Επιμ.), *Ψυχική υγεία και συμπεριφορές εξάρτησης* (σσ. 45–68). Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Κουγιουμτζή, Μ., & Κουγιουμτζής, Γ. (2012). Θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς και εφαρμογές στην προαγωγή υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 456–464.
- Κουρέτας, Δ. (2015). *Στρες, συναισθήματα και υγεία*. University Studio Press.
- Κούτρας, Ν. (2018). Γνωσιακές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος. *Ελληνική Επιθεώρηση Ψυχιατρικής*, 29(2), 105–117.
- Κρεμαστινού, Ι. (2011). *Αγωγή και προαγωγή υγείας*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Κρεμαστινού, Ι., & Μπαρμπαλιάς, Γ. (2015). *Δημόσια υγεία και κοινωνικοί προσδιοριστές*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Κυριαζή, Α., Παπαδοπούλου, Μ., & συν. (2019). Κοινωνικοί και πολιτισμικοί προσδιοριστές της καπνιστικής συμπεριφοράς στον ελληνικό πληθυσμό. *Ελληνική Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, 14(2), 45–58.
- Κυριαζής, Μ., & Καραδήμας, Ε. (2018). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξάρτησης από το κάπνισμα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ψυχολογίας*, 51, 45–62.
- Κυριαζή, Α. (2011). *Κοινωνική έρευνα: Κριτική επισκόπηση μεθόδων και τεχνικών*. Πεδίο.
- Κυριακίδου, Α., Παναγιωτίδης, Π., & συν. (2016). Αντιλήψεις και στάσεις καπνιστών απέναντι στο κάπνισμα. *Ελληνική Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, 5(2), 45–58.
- Λάσπας, Π. (2023). *Επίδραση της νικοτίνης στο οξειδωτικό στρες των κυττάρων*. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Λιονή, Ε., & Σουλιώτης, Κ. (2018). Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και κάπνισμα: Μια κριτική προσέγγιση. *Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, 13(2), 23–35.
- Λιονή, Ε., & Τούντας, Υ. (2010). *Προαγωγή υγείας και πρόληψη νοσημάτων*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Λιονή, Ε., Σουλιώτης, Κ., & Τσιάντος, Α. (2014). Στάσεις και αντιλήψεις καπνιστών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4), 489–497.
- Μαδιανός, Μ. Γ. (2011). *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες υγείας και ασθένειας*. Καστανιώτης.
- Μακρή, Δ., & Παπαϊωάννου, Α. (2018). Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και φύλο: Ο ρόλος του καπνίσματος. *Πνευμονολογία*, 31(1), 22–30.
- Μακρή, Δ., & Παπαϊωάννου, Α. (2019). Κάπνισμα και κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(4), 489–497.

- Μάνου, Ν. (2016). *Άγχος και ψυχοσωματική υγεία*. Παπαζήσης.
- Μαντζούνης, Π. (2017). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις Gutenberg.
- Μαυρέας, Β., & Μπερτζελέτου, Β. (2012). *Ψυχική υγεία και εξαρτητικές συμπεριφορές*. University Studio Press.
- Μίχου, Μ. (2013). *Η επίδραση προγράμματος διαχείρισης στρες στη διακοπή καπνίσματος*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Νόμος 3730/2008. *Προστασία ανηλίκων από τον καπνό*. ΦΕΚ Α' 262/23.12.2008.
- Νόμος 3868/2010. *Ενίσχυση αντικαπνιστικής νομοθεσίας*. ΦΕΚ Α' 129/03.08.2010.
- Νόμος 4419/2016. *Ενσωμάτωση Οδηγίας 2014/40/ΕΕ*. ΦΕΚ Α' 174/20.09.2016.
- Νόμος 4633/2019. *Μέτρα εφαρμογής αντικαπνιστικής νομοθεσίας*. ΦΕΚ Α' 161/16.10.2019.
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (2018). *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες των εξαρτήσεων*. ΟΚΑΝΑ.
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (2019). *Το κάπνισμα ως εξαρτησιογόνος συμπεριφορά*. ΟΚΑΝΑ.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2019). *Έλεγχος του καπνίσματος και πολιτικές δημόσιας υγείας* (Ελληνική έκδοση). WHO Europe.
- Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. (2024). *Συγκριτική μελέτη άγχους, προσωπικότητας και καπνιστικής συμπεριφοράς*. Τμήμα Ψυχολογίας.
- Παπαγεωργίου, Χ., & Σιμπούρας, Ν. (2016). *Γνωσιακή–Συμπεριφορική Θεραπεία: σύγχρονες εφαρμογές*. Πεδίο.
- Παπαδάτου, Δ. (2016). *Ψυχολογία της υγείας*. Πεδίο.
- Παπαδοπούλου, Μ. (2018). Κάπνισμα, κοινωνικά πρότυπα και νέοι. *Ελληνική Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, 5(2), 45–58.
- Παυλόπουλος, Β. (2015). *Ψυχολογία της εξάρτησης και μηχανισμοί εθισμού*. Τόπος.
- ΠΜΣ Νευροεπιστημών ΕΜΠ (2025). *Neurofeedback και εξάρτηση από τη νικοτίνη: Νευροβιολογικές επιπτώσεις και λειτουργική συνδεσιμότητα*. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Πυργάκης, Β. (2009). Κάπνισμα και Καρδιαγγειακή Νόσος. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 50, 137-140.
- Σαββόπουλος, Α. (2015). Κάπνισμα, άγχος και στρατηγικές αντιμετώπισης. *Ψυχιατρική*, 26(3), 195–204.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2014). *Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας*. Κριτική.

- Σαρηγιάννης, Κ., & συν. (2017). Κάπνισμα και αναπαραγωγική υγεία της γυναίκας. *Μαιευτική και Γυναικολογία*, 29(3), 145–152.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσσου, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Πεδίο.
- Στεφανής, Κ. Ν. (2013). *Σύγχρονη ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήτα.
- Τζάνης, Ν. & συν. (2019). Κάπνισμα και αντιλαμβανόμενος κίνδυνος σε νέους ενήλικες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(4), 487–495.
- Τούντας, Υ. (2002). *Προαγωγή της υγείας: Θεωρία και πράξη*. Παρισιάνου.
- Τούντας, Υ. (2010). *Προαγωγή υγείας και πρόληψη: Κοινωνικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Τριλίβα, Σ., & Χατζηνικολάου, Α. (2018). *Θεραπείες τρίτου κύματος: θεωρία και εφαρμογές*. Εκδόσεις Πεδίο.
- Τσαγκαράκης, Μ. (2017). Κοινωνική κανονικοποίηση του καπνίσματος και πολιτισμικές αναπαραστάσεις. *Κοινωνική Έρευνα*, 152, 59–82.
- Τσιάντος, Α., & Σουλιώτης, Κ. (2016). Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και ανισότητες στο κάπνισμα. *Ελληνική Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, 10(2), 45–58.
- Τσίρος, Γ., & Κουτσογιάννης, Ι. (2015). Παράγοντες που επηρεάζουν τη διακοπή του καπνίσματος: Εφαρμογή θεωρητικών μοντέλων συμπεριφοράς υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(4), 489–498.
- Υπουργείο Υγείας (2020). *Εθνική στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος*.
- Υπουργείο Υγείας (2020). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος*.
- Υπουργείο Υγείας (2009). *Νόμος 3730/2008: Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά*. ΦΕΚ Α' 262/23.12.2008.
- Υπουργείο Υγείας (2019). *Αντικαπνιστική νομοθεσία και μέτρα ελέγχου καπνού στην Ελλάδα*.
- Υπουργείο Υγείας (2019). *Εθνική στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος*.
- Υπουργείο Υγείας (2021). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος*.
- Φιλιππίδης, Φ. Τ., Γεροβασίλη, Β., Millett, C., & Βαρδαβάς, Κ.Ι. (2014). Smoking prevalence and associated factors in Greece: A comparison between 2006 and 2011. *European Journal of Public Health*, 24(5), 772–778. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku042>
- Φιλιππίδης, Φ. Τ., & Tountas, Υ. (2017). Tobacco control in Greece: Past, present and future. *Tobacco Prevention & Cessation*, 3, 1–8. <https://doi.org/10.18332/tpc/74742>

- Φιλιππίδης, Φ. Τ. (2016). The influence of the economic crisis on smoking cessation in Greece. *Tobacco Control*, 25(2), 236–237. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052046>
- Φιλιππίδου, Δ., & Παπαγεωργίου, Χ. (2017). Η συμβολή της γνωσιακής αναδόμησης στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. *Ψυχολογία*, 24(3), 189–203.
- Χατζηγεωργίου, Κ., & Τούντας, Υ. (2015). *Πρόληψη και προαγωγή υγείας: συμπεριφορές και παρεμβάσεις*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Χατζηχρήστου, Χ. (2011). *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και συμπεριφορές υγείας*. Gutenberg.
- Χατζηχρήστου, Χ., & Μίκος, Κ. (2017). Κοινωνικές επιρροές και συμπεριφορές υγείας κατά την εφηβεία. *Ψυχολογία*, 24(2), 123–140.
- Ψυχογιός, Δ., & Κουτσελίνη, Ε. (2016). Κάπνισμα και πρόληψη στη σχολική κοινότητα. *Ελληνικό Περιοδικό Αγωγής Υγείας*, 8(1), 33–47.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- AIHW (2024). *Electronic cigarettes and health outcomes in Australia*. Australian Institute of Health and Welfare.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Allen, J. G., Flanigan, S. S., LeBlanc, M., Vallarino, J., MacNaughton, P., Stewart, J. H., & Christiani, D. C. (2016). *Flavoring chemicals in e-cigarettes: Diacetyl and related compounds*. *Environmental Health Perspectives*.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*.
- Amos, A., & Haglund, M. (2000). From social taboo to “torch of freedom”: The marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*, 9(1), 3–8.
- Antoniou, E., (2020). *Μελέτες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και την επίδραση ουσιών*.

- Asharani, P. V., Seow, E., Ong, J., Tan, K. B., & Subramaniam, M. (2021). Smoking-related health beliefs in a sample of psychiatric patients: Factors associated with the health beliefs and validation of the health belief questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1571. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041571>
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., et al. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3(3), 193–209. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura, A. (2005). The evolution of social cognitive theory. In K. Smith & M. Hitt (Eds.), *Great minds in management* (pp. 9–35). Oxford University Press.
- Banks, E., Stewart, B. W., Marshall, H., Bonevski, B., Griffin, H. J., Hopkins, A. M., Itchins, M., Mazza, C. J., Modi, N. D., Ryan, M., Varlow, M., & Sitas, F. (2026). *Cancer risk assessment of electronic cigarettes. Carcinogenesis*.
- Baumeister, R. (1993). *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*, 2(1), 21-31, Premium press, New York and London 2(1), 21-31.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T.F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press.

- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
- Bayer, R., & Fairchild, A. L. (2016). The genesis of public health ethics. *Bioethics*, 30(6), 383–391. <https://doi.org/10.1111/bioe.12213>
- Beard, E., West, R., Michie, S., & Brown, J. (2016). Associations between Stoptober and cessation. *BMJ*, 354, i4645. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4645>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, J. S., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2011). *Cognitive therapy for substance abuse*. Guilford Press.
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco control: A qualitative study of smokers' perceptions. *Social Science & Medicine*, 70(6), 795–799.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0809890>
- Benowitz, N. L., Lessov-Schlaggar, C. N., Swan, G. E., & Jacob, P. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 79(5), 480–488.
- Benowitz, N. L., & Burbank, A. D. (2016). *Cardiovascular toxicity of nicotine. Trends in Cardiovascular Medicine*.
- Berlin, I., Singleton, E.G., Pedarriosse, A.M., Lancrenon, S., Rames, A., Aubin, H.J., Niaura, R. (2003). *The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. Addiction*. 98(11):1575-83. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00523.x. PMID: 14616184.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, 28(3), 309–369. [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(98\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(98)00019-8)
- Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L., & Wilson, A. G. (2014). The behavioral and neuro-economic process of temporal discounting: A candidate behavioral marker of addiction. *Neuropharmacology*, 76, 518–527. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.06.013>

- Bickel, W. K. (2014). The neurobiology of addiction: New vistas. *Neuropharmacology*, 76, 254–268.
- Blount, B. C., Karwowski, M. P., Shields, P. G., Morel-Espinosa, M., Valentin-Blasini, L., Gardner, M., Braselton, M., Brosius, C. R., Caron, K. T., Chambers, D., Corstvet, J., Cowan, E., De Jesús, V. R., Espinosa, P., Fernandez, C., Holder, C., Kuklenyik, Z., Kusovschi, J. D., Newman, C., & Pickle, J. L. (2020). Vitamin E acetate in bronchoalveolar-lavage fluid associated with EVALI. *New England Journal of Medicine*.
- Bottorff, J. L. (2013). Relational approaches to tobacco control: A qualitative study of youth smoking. *Sociology of Health & Illness*, 35(2), 293–308.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Cambridge. Harvard University Press.
- Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 666–671.
- Brandon, T. H., Juliano, L. M., & Copeland, A. L. (1999). Expectancies for tobacco smoking. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 263–299). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10332-012>
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2011). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 247–274.
- Brandt, A. M. (2007). *The cigarette century: The rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. Basic Books.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Psychology and Aging*, 5(1), 58–67.
- Breslau, N., & Peterson, E. L. (1996). Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 86(2), 214–220. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.2.214>.
- Brewer, J. A., Malik, S. A., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A.J., Carroll, K.M., & Rounsaville, B. J. (2011). *Mindfulness training for smoking cessation*.
- Brown, J., Kotz, D., Michie, S., Stapleton, J., Walmsley, M., & West, R. (2014). How effective was Stoptober? *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.003>

- Brown, J., Beard, E., Kotz, D., Michie, S., & West, R. (2014). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: A cross-sectional population study. *Addiction*, 109(9), 1531–1540. <https://doi.org/10.1111/add.12623>
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking. *Tobacco Control*, 23(e2), e16–e23. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051451>
- Burris, S. (2004). Law as a structural factor in health. *Public Health*, 118(6), 491–498. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.05.001>
- Byrne, D. G., & Mazanov, J. (2001). Self-esteem, stress and cigarette smoking in adolescents. *Stress and Health*, 17, 105–110.
- Campbell D. Health policy editor (2026). *Smoking Bill banning people born after 2008 from buying tobacco clears UK parliament*. <https://www.theguardian.com/society/smoking>
- Cancer Council NSW (2025). *E-cigarettes, vaping and cancer risk*.
- Carter, M.A. & Byrne, D.G., 2013. The relationship between stress and self-esteem in adolescent smokers. *Australian Journal of Psychology*, 65, 180–187.
- Carver, C & Cherry, K. (2020, June 4). *What Is Operant Conditioning and How Does It Work?* Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/operant-conditioning-a2-2794863>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality, social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92(1), 111–135.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the self-regulation of behavior. Cambridge University Press.
- CDC (2024). *Health effects of electronic cigarettes*.
- Chen, D., Fan, Y., Li, X., Gao, L., & Li, W. (2022). Smoking identity and rationalizations. *Frontiers in Psychiatry*.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>.
- Chung, T. (2020). Self-esteem and smoking cessation outcomes: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 108, 106428.
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320–1334.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Conrad, K. M., Flay, B.R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87(12), 1711–1724. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02688.x>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Copeland, A. L., Brandon, T. H., & Quinn, E. P. (1995). The Smoking Consequences Questionnaire–Adult: Measurement of smoking outcome expectancies of experienced smokers. *Psychological Assessment*, 7(4), 484–494. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.484>
- Coskunpinar, A., & Cyders, M. A. (2012). Impulsivity and substance use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 253–262.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage Publications.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>
- Dalton, M. A., Sargent, J. D., Beach, M. L., Titus-Ernstoff, L., Gibson, J. J., Ahrens, M. B., Tickle, J. J., & Heatherton (2003). Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation. *The Lancet*, 362(9380), 281–285.
- Davis, K. C. (2017). Impact of Tips campaign. *Journal of Medical Internet Research*, 19(2), e39. <https://doi.org/10.2196/jmir.6623>
- Di Clemente, C.C., Prochaska, J.O., Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research* 9(2): 181-200. doi: [10.1007/BF01204849](https://doi.org/10.1007/BF01204849).
- Di Franza, J. R. et al., (2004). Recollections and repercussions of the first inhaled cigarette. *Addiction*, 99(5), 587–597. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00713.x>
- Di Matteo, M.R., & Martin, L.R. (2011). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος, Φ. & Ποταμιάνος, Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

- Dogonchi, M. et al. (2022) 'Investigating the relationship between Health Locus of Control and health behaviors: A systematic review', *Open Public Health Journal*, 15. <https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2208010> [6]6
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
- Doran, N. (2006). *Self-esteem and smoking cessation outcomes*.
- Duke, D., Wohlgenuth, E., Adams, K. R., Armstrong-Ingram, A., Rice, S. K., & Young, D. C. (2021). *Earliest evidence for tobacco use in the Americas*. *Nature Human Behavior*.
- Edwards, R. (2022). Smokefree Aotearoa 2025. *New Zealand Medical Journal*, 135(1554), 10–25.
- Elwafi, H. M., Brewer, J. A., & Davis, J. H. (2013). *Mindfulness training and the neural mechanisms of craving*.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- ESPAD Group. (2019). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- ESPAD (2019). *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: Greece Country Report*. ESPAD Group.
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700.
- Etter, J.F., Bergman, M.M., Humair, J.P., Perneger, T.V. (2000) Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95(6):901-13. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9569017.x. PMID: 10946439.
- European Commission (2021). *Europe's Beating Cancer Plan*. Eurostat. (2023). *Tobacco consumption statistics*. European Commission.
- Fagerström, K.(2012). Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(1), 75–78, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr137>.
- Farrimond, H., & Joffe, H. (2006). Nicotine addiction and identity: A qualitative study of smokers' accounts. *Social Science & Medicine*, 62(12), 2907–2919.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.

- Filippidis, F. T. (2016). Trends in smoking prevalence and educational inequalities in Greece. *Preventive Medicine*, 89, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.004>
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., & Baker, T. B. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Flay, B. (1999). *Understanding smoking behavior in adolescents*.
- Flay, B. R., Hu, F. B., & Richardson, J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Preventive Medicine*, 27, A9–A18.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behaviour with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19–44.
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Freeman, B., Chapman, S., & Rimmer, M. (2014). The case for the plain packaging of tobacco products. *Addiction*, 109(1), 21–29.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. Hogarth Press.
- Gao, X., Sawamura, D., Saito, R., Murakami, Y., Yano, R., Sakuraba, S., Yoshida, S., Sakai, S., & Yoshida, K. (2022). Explicit and implicit attitudes toward smoking. *PLOS ONE*.
- Gao, Y. (2020). Social stress and smoking behavior: Mediating role of self-esteem. *Journal of Health Psychology*, 25(12), 2253–2264.
- Garey, L., Olofsson, H., Garza, T., Shepherd, J. M., Smit, T., & Zvolensky, M. J. (2020). The role of anxiety in smoking onset, severity, and cessation-related outcomes: A review of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 38. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01158-7>
- Garza, R., Hale, W., & Perrotte, J. (2014). *Cultural norms, cognitive dissonance, self-esteem, and smoking: A moderated mediation analysis*. Society for Personality and Social Psychology Annual Meeting. <https://doi.org/10.1037/e512142015-707>
- Gately, I. (2001). *Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*. Grove Press.
- GBD 2019 Tobacco Collaborators. (2020). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and

- territories, 1990–2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337–2360.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2011). *Acceptance-based treatment for smoking cessation*.
- Gilbert, D. G. (1995). *Smoking: Individual differences, psychopathology, and emotion*. Taylor & Francis.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 652–669. <https://doi.org/10.1038/nrn3119>
- Goniewicz, M. L., Olmedo, P., Goessler, W., Tanda, S., Grau-Perez, M., Jarmul, S., Aherrera, A., Chen, R., Hilpert, M., Cohen, J. E., Navas-Acien, A., & Rule, A. M. (2018). *Exposure to metals from electronic cigarettes. Environmental Health Perspectives*.
- Goodman, J. (2005). *Tobacco in History: The Cultures of Dependence*. Routledge.
- Gostin, L. O. (2014). *Public health law: Power, duty, restraint* (2nd ed.). University of California Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Guo, Q. (2016). Self-esteem and smoking intention among adolescents. *Addictive Behaviors*, 53, 20–25.
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Balabanis, M. H., & Paty, J. A. (2009). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: Prediction of smoking lapse and relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 712–724. <https://doi.org/10.1037/a0017810>
- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J.-L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of cardiovascular disease. *BMJ*, 360.

- Hale, W., Sulaiman, Z., & Singla, S. (2025). Examining the relationship between smoking and perceived stress using the PSS scale. *JETIR Journal of Emerging Technologies and Innovative Research*, 12(4), 112–124.
- Haller, D.M., Sanci, L.A., Sawyer, S.M., Patton, G. (2008). Do Young People's Illness Beliefs Affect Healthcare? A Systematic Review, *Journal of Adolescent Health*, 42(5):436-449, ISSN 1054-139X, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.013>.
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: A review. *Tobacco Control*, 20(5), 327–337.
- Hammond, D., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., & Borland, R. (2006). Smoking-related beliefs and behaviour among smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(2), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.03.020>
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology*, 58(1), 1–23.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Health Canada. (2018). *Evaluation of tobacco control mass media campaigns*. Government of Canada.
- Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(9), 679–692.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Wiley.
- Hertel, A. W., & Mermelstein, R. J. (2012). Smoker identity and smoking escalation among adolescents. *Health Psychology*, 31(4), 467–475. <https://doi.org/10.1037/a0028923>
- Hiemstra, M., Otten, R., de Leeuw, R. N. H., van Schayck, O. C. P., & Engels, R. C. M. E. (2011). Psychological predictors of smoking initiation. *Health Education Research*, 26(2), 280–292.

- Higuchi, S. (2022). Social networks and smoking persistence. *Social Science & Medicine*, 305, 115037.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Hitchman, S. C., & Fong, G. T. (2011). Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3), 195–202.
- Hoffman, B. R., Sussman, S., Unger, J. B., & Valente, T. W. (2006). Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review. *Substance Use & Misuse*, 41(1), 103–155. <https://doi.org/10.1016/j.clpt.2006.01.008>
- Hornik, R. C. (2002). *Public health communication: Evidence for behavior change*. Lawrence Erlbaum.
- Iatrou, G., Gourgoulisanis, K. I., Kotrotsiou, E., & Gouva, M. (2022), *Assessment of Greek Smokers' Psychological Characteristics and Empathy While Smoking in Enclosed Public Spaces and Near Nonsmokers*, Open Access Original Article, 3/7/2022. DOI: 10.7759/cureus.22910.
- Jamal, M. (2024). Anxiety, depression, and misperceptions about nicotine-related harm: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1183–1198. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.079905>
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *BMJ*, 328(7434), 277–279. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7434.277>
- Jensen, R. P., Luo, W., Pankow, J. F., Strongin, R. M., & Peyton, D. H. (2015). Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. *New England Journal of Medicine*.
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., McAfee, T., & Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341–350. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1211128>
- Jiang, Y., Smith, A. B., Lee, C. D., Brown, E. F., Taylor, G. H., ... Wilson, Z. Z. (2019). Peer victimization, self-esteem, and smoking initiation. *Journal of Adolescence*, 73, 62–71.
- Kalman, D., Morissette, S. B., & George, T. P. (2005). Smoking and Anxiety Disorders. *American Journal on Addictions*, 14(2), 106–123.
- Kandel, D., & Chen, K. (2000). *Types of Career in Marijuana Use Over the Life Course*.

- Karekla, M., Symeou, A., Tsangari, H., Kapsou, M., & Constantinou, M. (2009). Smoking prevalence and tobacco exposure among adolescents in Cyprus. *European Journal of Public Health*, 19(6), 655-661.
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative effect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129(2), 270–304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2007). Negative affect and addictive processes. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 504–528.
- Kassianos A.P. (2016), The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Psychology Open*, 3(2):2055102916676211. Doi: 10.1177/2055102916676211.
- Kassianos, AP., Symeou, M., Ioannou, M. (2016). Supplemental Material, Table 1. The Multidimensional Health Locus of Control scales in Greek. [Online]. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/8864536/bin/Electronic_Supplementary_Material.pdf
- Kasvikis, Y., Scaloubaca, D., & Mitskidou, P. (2003). “Effects of exposure treatment on locus of control attributions in agoraphobics”. *Psychiatriki*, 14(3):191–199.
- Kavas, A. (2009). Self-esteem and health behavior among university students. *Social Behavior and Personality*, 37(6), 803–814.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28(2), 107–128. <https://doi.org/10.1037/h0034225>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 591–601.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 125–133. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.9.125>
- Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 229–239.
- Kim, S., (2020). Low self-esteem as a predictor of adolescent smoking. *Preventive Medicine*, 139, 106212.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29–53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548>

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction. *American Journal of Psychiatry*, 173(8), 760–773.
- Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage.
- Kuster, F., & Orth, U. (2019). The longitudinal impact of self-esteem stability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 117(2), 430–446.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Karvonen, S., Lahelma, E. (2005). Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators. *European Journal of Public Health*, 15(3), 262–269. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki115>
- Lee, H., & Seo, M. (2021). Emotional regulation, self-esteem, and nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 118, 106900.
- Lee, J., et al., (2023). Smoking cessation and changes in anxiety/depression symptoms among adults: A population-based cohort study. *JAMA Network Open*, 6(12), e234532.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- M. A. Rainer et al., (2019). Psychosocial characteristics of smoking patterns among young adult Samoans and Tongans in California. *Addictive Behaviors Reports* 9, 100177, <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100177>.
- Marmot, M. et al. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity.
- Marmot, M., et al. (2008). Closing the gap in a generation. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Masiero, M., et al. (2017). The Smoking Mind. Clinical Tobacco Research.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- McAfee, T. et al., (2013). Effect of Tips From Former Smokers. *The Lancet*, 382(9909), 2003–2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62009-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62009-6)
- McEachan, R., et al. (2011). Prospective prediction of health-related behaviors with TPB. *Health Psychology Review*, 5(2), 97–144.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
- McGee, R., & Williams, S. (2000). *Self-esteem and smoking in adulthood*.
- McKee, S. A. et al., (2003). Perceived risks and benefits of smoking cessation: Gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 538–547. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.538>

- Mcleod, S. (2018a, January 28). *Skinner – Operant Conditioning*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/operant-conditioning.html>
- McNeill, A. et al., (2021). *Vaping in England: An evidence update including vaping for smoking cessation*. Public Health England.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis*. Guilford Press.
- Meijer, E., et al. (2021). Smoking identity and long-term dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(9), 1520–1527.
- Meneses-Gaya, I.C., Zuardi, A.W., Loureiro, S.R., Crippa, J.S. (2009). Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1):73-82.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013). Emotion regulation as an integrative framework. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 85–92.
- Michie, S. et al., (2011). Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 36(4), 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.016>
- Mills, B., & Wiesen, C. (2022). *Health risk perceptions among smokers*. *Health Education & Behavior*.
- Morrell, H. E., Cohen, L. M., & McChargue, D. E. (2010). Depression, anxiety, and their relationship with smoking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 615–625.
- N.A.Christakis & J. H. Fowler, The collective dynamics of smoking in a large social network, *N Engl J Med.*, 358(21):2249-58. Doi: 10.1056/NEJMsa0706154.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Tobacco, nicotine, and e-cigarettes*. NIH. <https://nida.nih.gov>
- Nguyen, A., et al. (2023). Predicting smoking behavior with large-scale data. *Computational Psychology*, 8(1), 55–72.
- NHMRC (2024). *Statement on electronic cigarettes and health*.
- Nichter, M. (2003). Smoking: What does culture have to do with it? *Addiction*, 98(Suppl. 1), 139–145.
- Noar, S. M. et al.,(2016). Pictorial cigarette pack warnings: A meta-analysis. *Tobacco Control*, 25(3), 341–354. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051978>
- Norman, P. et al. (1998). ‘Health locus of control and health behaviour’, *Journal of Health Psychology*, 3(2), pp. 171–180. <https://doi.org/10.1177/135910539800300202> [3]3

- Norton, M. (2008). *Sacred Gifts, Profane Pleasures: A History of Tobacco and Chocolate in the Atlantic World*. Cornell University Press.
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., & Di Franza, J. R. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 170(5), pp.585–597.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242–249.
- OECD/EU. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*.
- OECD (2021). *Education and health behaviours*.
- OECD (2022). *Health at a Glance: Europe*. OECD Publishing.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Self-esteem development across the lifespan. *Annual Review of Psychology*, 73, 111–138.
- Otten, R., Engels, R. C. M. E., & Prinstein, M. J. (2010). Self-esteem and adolescent smoking. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 600–611.
- Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and self-efficacy*. Emory University.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Park, H., et al. (2022). Depression, self-esteem, and smoking: A mediation model. *Psychology & Health*, 37(10), 1184–1202.
- Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54(10), 817–820. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.817>
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Perkins, K. A. (1996). Sex differences in nicotine versus nonnicotine reinforcement. *Psychopharmacology*, 127(2), 132–140.
- Perkins, K. A. (2001). Smoking cessation in women: Special considerations. *CNS Drugs*, 15(5), 391–411.
- Perkins, K. A., & Scott, J. (2008). Sex differences in long-term smoking cessation rates. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(7), 1245–1250.

- Pfeffer, D., Wigginton, B., Gartner, C., & Morphet, K. (2018). *Perceptions of nicotine dependence*. Nicotine & Tobacco Research.
- Pierce, J. P., & Gilpin, E. A. (1996). How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 86(2), 253–256.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.86.2.253>
- Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Berry, C. C. (1998). Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*, 279, 511 – 515.
- Pinkerton, K. E., & Joad, J. P. (2006). The mammalian respiratory system and critical windows of exposure. *Birth Defects Research Part C*, 78(3), 259–272.
- Piper, M. E., Smith, S. S., Schlam, T.R., Fleming, M. F., & Baker, T. B. (2011). Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: Relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*, 106(2), 418–427.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03173.x>
- Pisinger, C., & Døssing, M. (2024). *A systematic review of health effects of e-cigarettes*.
- Poland, B., Frohlich, K. L., Haines, R. J., Mychalovskiy, E., Rock, M., & Sparks, R. (2000). The social context of smoking: The next frontier in tobacco control? *Social Science & Medicine*, 51(11), 1651–1665.
- Prince, M. A., Conner, B. T., & Pearson, M. R. (2016). Self-control as a mediator of the relationship between self-esteem and addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 60, 69–74.
- Prinstein, M. J., & Dodge, K. (2008). Peer influence in adolescent smoking. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 793–806.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). *The transtheoretical approach*. Oxford University Press.
- Qasim, H., Alavi, R., Dai, W., Mazandarani, S.P., Arechavala, R. J., Herman, D. A., Kleinman, M. T., Kloner, R. A., & Pahlevan, N. M. (2024). Short-term cardiovascular effects of e-cigarette aerosol. *Journal of the American Heart Association*.

- Regina de Cássia Rondina et al. (2007). Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Bras Pneumol.*, 33(5):592-601.
- Rise, J., Kovac, V., Kraft, P., & Moan, I. S. (2008). Predicting the intention to quit smoking and smoking behaviour: Extending the Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 27(4), 495–504.
- RIVM. (2019). *Towards a smoke-free generation*. National Institute for Public Health and the Environment.
- Roberti, J. W. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 38(3), 256–279. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00067-9](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00067-9)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. p. 301-311, New York : Basic Books.
- Rotter, J.B. (1966). 'Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement', *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), pp. 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976> [1]
- Royal College of Psychiatrists. (2013). *Smoking and mental health*.
- Russell et al. (1974) & Berlin et al. (2003). *Modified Reasons for Smoking Scale, MRSS - Form*.
- Samet, J. M., & Yoon, S. Y. (2010). *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st century*. World Health Organization.
- Santé Publique France. (2020). * valuation de la campagne Mois Sans Tabac*.
- Sarafino, E.P. and Smith, T.W. (2014) *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 8th edn. Hoboken, NJ: Wiley. https://books.google.com/books/about/Health_Psychology.html?id=ypODBgAAQBAJ
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S.D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M., 1995. Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J., Wright, S. & Johnston, M. (eds.) *Measures in health psychology*. Windsor: NFER-Nelson, pp.35–37.
- Schwarzer, R. (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. Routledge.
- Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse processes. *Journal of Personality*, 73(6), 1715–1748.

- Shiffman, S. (2005). Nicotine withdrawal, craving, and relapse. In *Handbook of Smoking Cessation*.
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickox, M. (2004). First lapses to smoking: Within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366–379. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.366>
- Shiffman, S., et al. (2007). Relapse prevention in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 651–660.
- Shrestha, P. (2019, June 16). *Skinner's theory on Operant Conditioning. PsycheStudy*.
- Sidhu, A. K., Pednekar, M. S., Fong, G. T., Gupta, P. C., Quah, A. C. K., Unger, J., Sussman, S., Sood, N., Wipfli, H., & Valente, T. (2022). Smoking-related psychosocial beliefs and justifications among smokers in India: Findings from Tobacco Control Policy (TCP) India Surveys, *BMC Public Health* (2022) 22:1738, <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14112-w>
- Simons-Morton, B., & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *Journal of Primary Prevention*, 31(4), 191–208. <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0220-x>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105–130.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Sleiman, M., Logue, J.M., Montesinos, V.M., Russel, M. L., Litter, M. I., Gundel, L.A., & Destailats, H. (2016). Emissions from electronic cigarettes. *Environmental Science & Technology*.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. Earthscan.
- Song, M. A., et al. (2024). *Multi-omics analysis of e-cigarette users*. Scientific Reports.
- Song, M. A., et al. (2024). *Transcriptomic and epigenetic changes in e-cigarette users*. Scientific Reports.
- Sorensen, G., Barbeau, E., Hunt, M.K., & Emmons, K. (2011). Reducing social disparities in tobacco use: A social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2300–2306. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300279>
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106.

- Steptoe, A. & Wardle, J. (2001) 'Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries', *British Journal of Psychology*, 92(4), pp. 659–672. <https://doi.org/10.1348/000712601162400> [4]4
- Steptoe, A. & Wardle, J. (2001) 'Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe', *Social Science & Medicine*, 53(12), pp. 1621–1630. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00446-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00446-9) [5]5
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., d'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. g., Krogh, V., Kelly-Irving, M., Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality. *The Lancet*, 389(10075), 1229–1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1300–1307.
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W., Burton, D., & Flay, B. R. (1997). *Self-esteem and adolescent smoking behavior*.
- Sussman, S., & Ames, S. L. (2008). *Drug abuse: Concepts, prevention, and cessation*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation. *BMJ*, 348: g1151, <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>
- Thomas, J. (2022). Mobile app interventions for smoking cessation: The role of self-esteem enhancement. *JMIR mHealth*, 10(3), e32451.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53–67.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147–168. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.2.147>

- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem and risky health behaviors. *Journal of Personality*, 74(6), 1505–1528.
- U.S. Department of Health and Human Services (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the Surgeon General*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Smoking cessation: A report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention.
- U.S. Surgeon General. (2020). *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense*. American Psychiatric Press.
- Volkow, N. D., Koob, G.F., & Mc Lellan, A. T. (2017). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J.S., Tomasi, D., Telang, F., & Baler, R. (2010). Addiction: Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity. *BioEssays*, 32(9), 748–755.
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Waldron, I. (1991). Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science & Medicine*, 32(9), 989–1005.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. M. (1978). ‘Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales’, *Health Education Monographs*, 6(2), pp. 160–170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107> [2]2
- Wallston, K. A. (2005). The validity of multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10:623–631. doi: 10.1177/1359105305055304.
- Wang, X., Chen, Y., Dong, J., Ge, J., Liu, X., & Liu, J. (2024). Neurobiological mechanisms of stress-induced nicotine craving and relapse. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(3), 1482. <https://doi.org/10.3390/ijms25031482>

- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3(5), 431–457. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.3.5.431>
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(5), 481–500. <https://doi.org/10.1007/BF00846146>
- West, R. (2006). Theory of addiction. *Addiction*, 101(1), 4–6. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01302.x>
- West, R. (2017). *Theory of addiction* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- West, R. (2017). *Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions*. Oxford University Press.
- West, R., & Shiffman, S. (2016). *Fast facts: Smoking cessation*. Health Press.
- White, K. M., et al. (2012). Predicting quit intentions using TPB components. *Journal of Smoking Cessation*, 7(2), 75–82.
- WHO (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use*. WHO.
- WHO (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic*. WHO Press.
- WHO (2020). *WHO report on the global tobacco epidemic*. WHO Press.
- WHO (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025* (4th ed.). WHO Press.
- WHO (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic: Addressing new and emerging products*. World Health Organization.
- WHO (2022). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Greece Country Report*. WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2022). *Tobacco and youth*. WHO.
- WHO (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic*. World Health Organization.
- WHO (2023). *Electronic Nicotine Delivery Systems: Report on the global tobacco epidemic*.
- WHO (2023). *Smoking and tobacco use: Global facts*. World Health Organization.
- WHO (2023). *Tobacco and stress: Behavioral pathways and global health effects*.
- Wills, T. A. et al. (2016). Early onset of substance use mediates the association between impulsiveness and later substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 388–400.

- Wills, T. A., & Ainette, M. G. (2012). Self-regulation and substance use. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (2nd ed., pp. 361–378). Guilford Press.
- Wills, T. A., Sandy, J.M., & Yaeger, A. M. (2005). Self-control, self-esteem and adolescent smoking. *Health Psychology, 24*(2), 136–146.
- Winter, J. C. (Ed.). (2000). *Tobacco Use by Native North Americans: Sacred Smoke and Silent Killer*. University of Oklahoma Press.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals. *Communication Monographs, 67*(3), 329–349. <https://doi.org/10.1080/03637750009376528>
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit–goal interface. *Psychological Review, 114*(4), 843–863. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.114.4.843>
- Wu, A. D., Gao, M., Aveyard, P., & Taylor, G. (2023). Smoking cessation and changes in anxiety, depression, and stress: A meta-analysis. *JAMA Network Open, 6*(5), e2316111. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.16111>
- Zagorevski, D. V., & Loughmiller-Newman, J. A. (2012). The detection of nicotine in the Late Mayan period flask by gas chromatography and liquid chromatography mass spectrometry. *Rapid Communications in Mass Spectrometry*.
- Zaidul Sulaiman & Dr. Sonia Singla (2025). Examining the Relationship between Smoking and Stress, *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research (JETIR), 12*(2), JETIR2502275 Jo.
- Zhang, L., et al. (2020). Neural correlates with low self-esteem in smokers. *Neuroimage, 215*, 116822.
- Zhao, D., Kochvar, A., Hao, G., & Hongying, D.D. (2024). Metal exposure biomarkers in e-cigarette users. *Tobacco Control*.
- Zimmerman, G. M., & Farrell, C. (2015). Self-esteem, emotional regulation, and adolescent smoking. *Addictive Behaviors, 50*, 164–170.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. *Handbook of Community Psychology, 43–63*.
- Zuckerman, M. (2007). Sensation seeking and risky behavior. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/11555-000>
- Zvolensky, M. J., Baker, K. M., Leen-Feldner, E. W., Bonn-Miller, M. O., & Bernstein, A. (2008). Impact of anxiety sensitivity on anxiety and depression symptoms in smokers

during smoking cessation treatment. *Psychiatry Research*, 158(1), 47–57.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.11.001>

Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M.O., Bernstein, A., Marshall, E. C., & Feldner, M.T. (2008). Anxiety vulnerability and tobacco dependence. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 71–75.

Zourbanos N., Dimitriou E., Goudas M. & Theodorakis Y. (2015). Health Promotion and Treatment Reliability and Validity of the Greek Version of the Smoking Self-Efficacy Scale for Adolescents. *Evaluation & the Health Professions*, 38(1) 126-139. DOI: 10.1177/0163278713520450.

Ελληνικές ιστοσελίδες

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (09.12.2025). Κάπνισμα και υγεία.
<https://eody.gov.gr/el/plirofories-gia-to-kapnisma-kai-ti-diakopi-toy/kapnisma-kai-ygeia>

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (09.12.2025). Σημαντικά δεδομένα για το κάπνισμα. <https://www.eody.gov.gr/el/nosimata/mi-metadotika/semantika-dedomena-gia-to-kapnisma.html>

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2026). Μάχη κατά του καπνίσματος για ένα υγιεινότερο μέλλον. <https://smokefreegreece.gr/>

Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (10.12.2025). Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και η Smoke Free Greece υπέγραψαν Μνημόνιο Συνεργασίας για την Ενίσχυση των Πολιτικών Δημόσιας Υγείας κατά του Καπνίσματος. ΙΣΑ. <https://portal.isathens.gr/o-iatrikos-syllogos-athinon-i-elliniki-antikarkiniki-etairia-kai-i-smoke-free-greece-ypegrapsan-mnimonio-synergasias-gia-tin-enischysi-ton-politikon-dimosias-ygeias-kata-tou-kapnismatos/>

Κάπνισμα. Οι βλάβες, ο εθισμός και ο ύπουλος ρόλος της νικοτίνης.
<https://mumdadandkids.gr/vioithiki-iatriki/kapnisma-oi-vlaves-o-ethismos-kai-o-ypoulos-rolos-tis-nikotinis>

Υπουργείο Υγείας (19.11.2019). Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του Καπνίσματος – “Η Υγεία μας ενώνει”. <https://www.government.gov.gr/ethniko-schedio-drasis-kata-tou-kapnismatos-i-igia-mas-enoni/>

Διεθνείς ιστοσελίδες

- American Psychological Association. *Smoking and health*.
<https://www.apa.org/topics/smoking>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Στατιστικά και κοινωνικοοικονομικά
δεδομένα για το κάπνισμα. <https://www.cdc.gov/tobacco>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Youth and tobacco use*.
<https://www.cdc.gov/tobacco>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Cigarette smoking and occupation*.
<https://www.cdc.gov/tobacco/disparities/occupation.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. *Smoking & tobacco use*.
<https://www.cdc.gov/tobacco>
- Cochrane Tobacco Addiction Group. (2023). *Interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (n.d.). *Tobacco use*.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/tobacco-use>
- European Commission. *Tobacco*. https://health.ec.europa.eu/tobacco_en
- Eurostat. (2022). *Smoking prevalence by employment status*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2023). *Smoking prevalence by age and sex*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Stop smoking interventions and services (NG209)*. <https://www.nice.org.uk>
- National Institute on Drug Abuse. *Tobacco, nicotine, and e-cigarettes*.
<https://nida.nih.gov/research-topics/tobacco-nicotine-e-cigarettes>
- OECD (2020). *Tackling harmful alcohol use and tobacco smoking*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9f5f8a31-en>
- OECD (2021). *Education and health behaviours*. <https://www.oecd.org/health/>
- WHO (2023). *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- WHO (2023). *Tobacco fact sheet*.
- WHO (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report>

Παράρτημα Α΄: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη με θέμα τις καπνιστικές συνήθειες, τις πεποιθήσεις και τις κοινωνικές επιρροές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Η μελέτη πραγματοποιείται στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική. Δεν συλλέγονται προσωπικά δεδομένα που μπορούν να σας ταυτοποιήσουν. Επίσης, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μας ενδιαφέρει μόνο η προσωπική σας άποψη, γι' αυτό μπορείτε να επιλέξετε ελεύθερα την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τις δικές σας απόψεις.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκτιμάται σε περίπου 10 λεπτά.

Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων είναι σημαντική για τη συγκέντρωση αξιόπιστων
δεδομένων.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας!

Με εκτίμηση,
Ο Μεταπτυχιακός Φοιτητής
Νίκος Αναγνωστόπουλος
e-mail: nick.anagnosto@gmail.com

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παρακαλώ, σημειώστε με Χ εάν συναινείτε στα παρακάτω:

1. Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες σχετικά με την προαναφερόμενη έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής.	
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω απ' αυτήν οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω σε κανέναν.	
3. Κατανοώ ότι η ταυτότητά μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον ερευνητή.	
4. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.	

Μέρος 1^ο

Κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά και καπνιστικές συνήθειες

1. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο / Δεν επιθυμώ να απαντήσω
2. Ηλικία:ετών
3. Τόπος κατοικίας : ☐ Αθήνα ☐ Επαρχία
4. Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Εγγαμος ☐ Άγαμος ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α
5. Αριθμός παιδιών:
6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο
☐ Απόφοιτος Δημοτικού ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου ☐ Απόφοιτος Λυκείου
☐ Ανώτατη Εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ κ.λπ.) ☐ Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό
7. Επαγγελματική κατάσταση
☐ Άνεργος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας
☐ Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Οικιακά ☐ Άλλο(τι;)
8. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς μου, θα έλεγα ότι είναι:
☐ Καλή ☐ Αρκετά καλή ☐ Μέτρια ☐ Μάλλον κακή ☐ Κακή
9. Η κατάσταση της υγείας μου, θα έλεγα ότι είναι:
☐ Καλή ☐ Αρκετά καλή ☐ Μέτρια ☐ Μάλλον κακή ☐ Κακή
10. Πόσο καιρό καπνίζετε; έτη
11. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα; ετών
12. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως; ☐ 1–5 ☐ 6–10 ☐ 11–20 ☐ >20
13. Στο παρόν, καπνίζετε:
☐ Κανονικό τσιγάρο ☐ Στριπτό ☐ Ηλεκτρονικό τσιγάρο (άτμισμα ή σύστημα
θερμαινόμενου καπνού) ☐ Ηλεκτρονικό και συμβατικό τσιγάρο παράλληλα
14. Αν καπνίζετε ηλεκτρονικό τσιγάρο, εδώ και πόσο καιρό;
15. Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα; ☐ Ναι, μία φορά ☐ Ναι,
περισσότερες από μία φορές ☐ Όχι
16. Στο παρόν, θα θέλατε να κόψετε το κάπνισμα;
☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η
17. Πιστεύετε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα αν το αποφασίσετε;
☐ Ναι, σίγουρα ☐ Ίσως ☐ Όχι
18. Ποιος, κατά την άποψή σας είναι ο κύριος λόγος που καπνίζετε;
☐ Συνήθεια ☐ Άγχος/Στρες ☐ Άλλα δύσκολα συναισθήματα ☐ Κοινωνικότητα
☐ Άλλο (τι;)
.....
.....
.....
19. Υπάρχει κάποιος στο οικογενειακό σας περιβάλλον που καπνίζει; ☐ Ναι ☐ Όχι
20. Πόσοι από τους στενούς σας φίλους καπνίζουν; ☐ Κανέναν ☐ Λίγοι ☐ Οι
περισσότεροι ☐ Όλοι
21. Υπάρχουν πρόσωπα στο κοντινό σας περιβάλλον που σας παροτρύνουν να κόψετε
το κάπνισμα;
☐ Ναι ☐ Όχι

22. Υπάρχουν πρόσωπα στο κοντινό σας περιβάλλον που σας πιέζουν να κόψετε το κάπνισμα;

☐ Ναι ☐ Όχι

23. Πόσο κινδυνεύετε, κατά τη γνώμη σας, από προβλήματα υγείας λόγω του καπνίσματος; ☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ

Μέρος 2^ο

Σχέση με το κάπνισμα

Οι παρακάτω ερωτήσεις, αφορούν τη σχέση σας με το κάπνισμα. Παρακαλώ, επιλέξτε για κάθε μία πρόταση, την απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο.

1. Πόσο σύντομα, μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;	Βαθμολόγηση
Μετά από 60 λεπτά	0
Μετά από 31-60 λεπτά	1
Μετά από 6-30 λεπτά	2
Μέσα σε 5 λεπτά	3
2. Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;	
Όχι	0
Ναι	1
3. Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;	
Το πρώτο πρωινό	0
Οποιοδήποτε	1
4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	
10 ή λιγότερα	0
11-20	1
21-30	2
31 ή περισσότερα	3
5. Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;	
Όχι	0
Ναι	1
6. Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;	
Όχι	0
Ναι	1

Μέρος 3^ο

Πεποιθήσεις για τους λόγους που ωθούν στο κάπνισμα (Modified Reasons for Smoking Scale, MRSS)

Οι προτάσεις που ακολουθούν, παρουσιάζουν διάφορες πεποιθήσεις για τους λόγους που κάνουν ένα άτομο να καπνίζει, είτε συμβατικό, είτε ηλεκτρονικό τσιγάρο. Παρακαλώ, επιλέξτε για κάθε μία πρόταση, την απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο.

	Ποτέ	Σπάνια	Περιστα- σιακά	Συχνά	Πάντα
1. Καπνίζω τσιγάρα για να μη	1	2	3	4	5

πέσουν οι ρυθμοί μου.					
2. Το να κρατάω ένα τσιγάρο είναι μέρος της απόλαυσης του καπνίσματος.	1	2	3	4	5
3. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι ευχάριστο και χαλαρωτικό.	1	2	3	4	5
4. Όταν νιώθω θυμό για κάτι, ανάβω ένα τσιγάρο.	1	2	3	4	5
5. Όταν μου τελειώσουν τα τσιγάρα, μου είναι σχεδόν αφόρητο να περιμένω μέχρι να ξαναπάρω.	1	2	3	4	5
6. Καπνίζω τσιγάρα αυτόματα χωρίς καν να το συνειδητοποιώ.	1	2	3	4	5
7. Μου είναι πιο εύκολο να μιλάω και να συναναστρέφομαι με άλλους όταν καπνίζω.	1	2	3	4	5
8. Καπνίζω τσιγάρα για να με διεγείρουν, για να ζωντανεύω.	1	2	3	4	5
9. Μέρος της απόλαυσης του καπνίσματος ενός τσιγάρου προέρχεται από τη διαδικασία που κάνω για να το ανάψω.	1	2	3	4	5
10. Το κάπνισμα με ευχαριστεί.	1	2	3	4	5

11. Καπνίζω όταν νιώθω άβολα ή αναστατωμένος/η για κάτι.	1	2	3	4	5
12. Όταν δεν καπνίζω, έχω έντονη την επίγνωση ότι είμαι χωρίς τσιγάρο.	1	2	3	4	5
13. Ανάβω ένα τσιγάρο πριν καλά - καλά τελειώσει το προηγούμενο.	1	2	3	4	5
14. Όταν καπνίζω, νιώθω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση απέναντι στους άλλους.	1	2	3	4	5
15. Καπνίζω τσιγάρα για να με «ανεβάσουν».	1	2	3	4	5
16. Όταν καπνίζω, μέρος της απόλαυσης είναι να φυσάω και να παρακολουθώ τον καπνό.	1	2	3	4	5
17. Θέλω πολύ περισσότερο να καπνίσω όταν νιώθω άνετα και χαλαρά.	1	2	3	4	5
18. Καπνίζω όταν νιώθω μελαγχολία ή θέλω να ξεφύγω από τις έγνοιες και τις ανησυχίες μου.	1	2	3	4	5
19. Όταν δεν έχω καπνίσει για λίγο, με πιάνει μια	1	2	3	4	5

μεγάλη λαχτάρα για τσιγάρο.					
20. Μερικές φορές βρίσκομαι να καπνίζω ένα τσιγάρο χωρίς να θυμάμαι πότε το άναψα.	1	2	3	4	5
21. Καπνίζω πολύ περισσότερο όταν είμαι μαζί με άλλους.	1	2	3	4	5

Μέρος 4^ο

Οι προτάσεις που ακολουθούν, αφορούν τη βεβαιότητα ενός ατόμου, ότι μπορεί (είναι σε θέση) να μην καπνίσει, σε διάφορες καταστάσεις. Παρακαλώ, να επιλέξετε για κάθε μία πρόταση, την απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο.

Πόσο σίγουρος/η είμαι ότι δεν θα καπνίσω.....	Καθόλου σίγουρος	Όχι και πολύ	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα σίγουρος
1. Σε ένα μπαρ ή κλαμπ, όταν πίνω ένα ποτό.	1	2	3	4	5
2. Γενικά όταν επιθυμώ ένα τσιγάρο.	1	2	3	4	5
3. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως τα θέλω και είμαι απογοητευμένος/η.	1	2	3	4	5
4. Όταν είμαι με τον/την σύζυγο ή το/τη στενό/ή φίλο/η μου που καπνίζει.	1	2	3	4	5
5. Όταν υπάρχουν διαφωνίες και συγκρούσεις με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5
6. Όταν είμαι ευτυχής και γιορτάζω.	1	2	3	4	5
7. Όταν είμαι πολύ θυμωμένος/η για κάτι ή κάποιον.	1	2	3	4	5

8. Αν βρεθώ σε μια συναισθηματικά δύσκολη κατάσταση, όπως ένα ατύχημα ή ένας θάνατος δικού μου ανθρώπου.	1	2	3	4	5
9. Όταν βλέπω κάποιον να καπνίζει και να το απολαμβάνει.	1	2	3	4	5
10. Όταν πίνω καφέ.	1	2	3	4	5
11. Αμέσως μόλις σηκώνομαι το πρωί.	1	2	3	4	5
12. Όταν νοιώθω την ανάγκη να τονωθώ.	1	2	3	4	5
13. Όταν αρχίζω να αισθάνομαι πεσμένος/η ή είμαι χάλια σωματικά.	1	2	3	4	5
14. Με τους φίλους μου σε ένα πάρτι.	1	2	3	4	5
15. Όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μια δύσκολη μέρα μπροστά μου.	1	2	3	4	5
16. Όταν είμαι υπερβολικά πιεσμένος/η.	1	2	3	4	5
17. Όταν είμαι εξαιρετικά ανήσυχος/η και αγχωμένος/η.	1	2	3	4	5
18. Μόλις συνειδητοποιώ ότι πέρασε λίγη ώρα χωρίς να καπνίσω.	1	2	3	4	5

Μέρος 5^ο

Ερωτηματολόγιο εστίας ελέγχου συμπεριφορών υγείας

Στο τελευταίο μέρος αυτής της έρευνας, θα βρείτε ορισμένες προτάσεις που εκφράζουν διάφορες πεποιθήσεις σχετικά με θέματα υγείας. Όπως και προηγουμένως, παρακαλώ να επιλέξετε για κάθε μία πρόταση, την απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο.

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν διαφωνώ	Σχεδόν συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
1. Ελέγχω την υγεία μου.	1	2	3	4	5	6

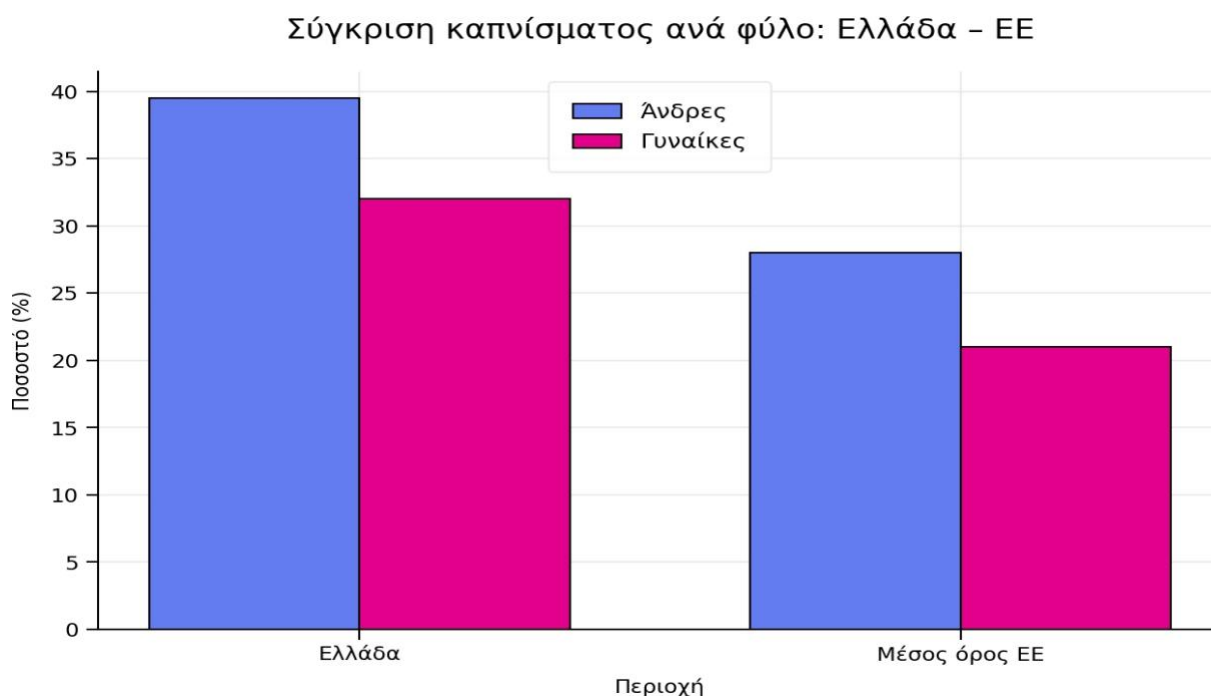
2.Η υγεία μου επηρεάζεται κυρίως από το τι κάνω εγώ για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6
3.Αν προσέχω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω ασθένειες.	1	2	3	4	5	6
4.Αν κάνω τις σωστές επιλογές, μπορώ να παραμείνω υγιής.	1	2	3	4	5	6
5.Η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω ασθένειες.	1	2	3	4	5	6
6.Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, πρέπει να συμβουλευόμαι έναν επαγγελματία με ιατρική εκπαίδευση.	1	2	3	4	5	6
7.Οι επαγγελματίες υγείας ελέγχουν την υγεία μου.	1	2	3	4	5	6
8.Σχετικά με την υγεία μου, μπορώ να κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός μου.	1	2	3	4	5	6
9.Ότι και να κάνω, αν είναι	1	2	3	4	5	6

να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.						
10. Η καλή υγεία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην καλή τύχη.	1	2	3	4	5	6
11. Ότι και να κάνω, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσω.	1	2	3	4	5	6
12. Αν είναι γραφτό, θα παραμένω υγιής.	1	2	3	4	5	6
13. Αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτα.	1	2	3	4	5	6
14. Υπάρχουν πολλά πράγματα που με νοιάζουν περισσότερο από την υγεία μου.	1	2	3	4	5	6
15. Η καλή υγεία είναι από τα μικρότερης σημασίας πράγματα, για μια ευτυχισμένη ζωή.	1	2	3	4	5	6
16. Δεν υπάρχει τίποτα πιο	1	2	3	4	5	6

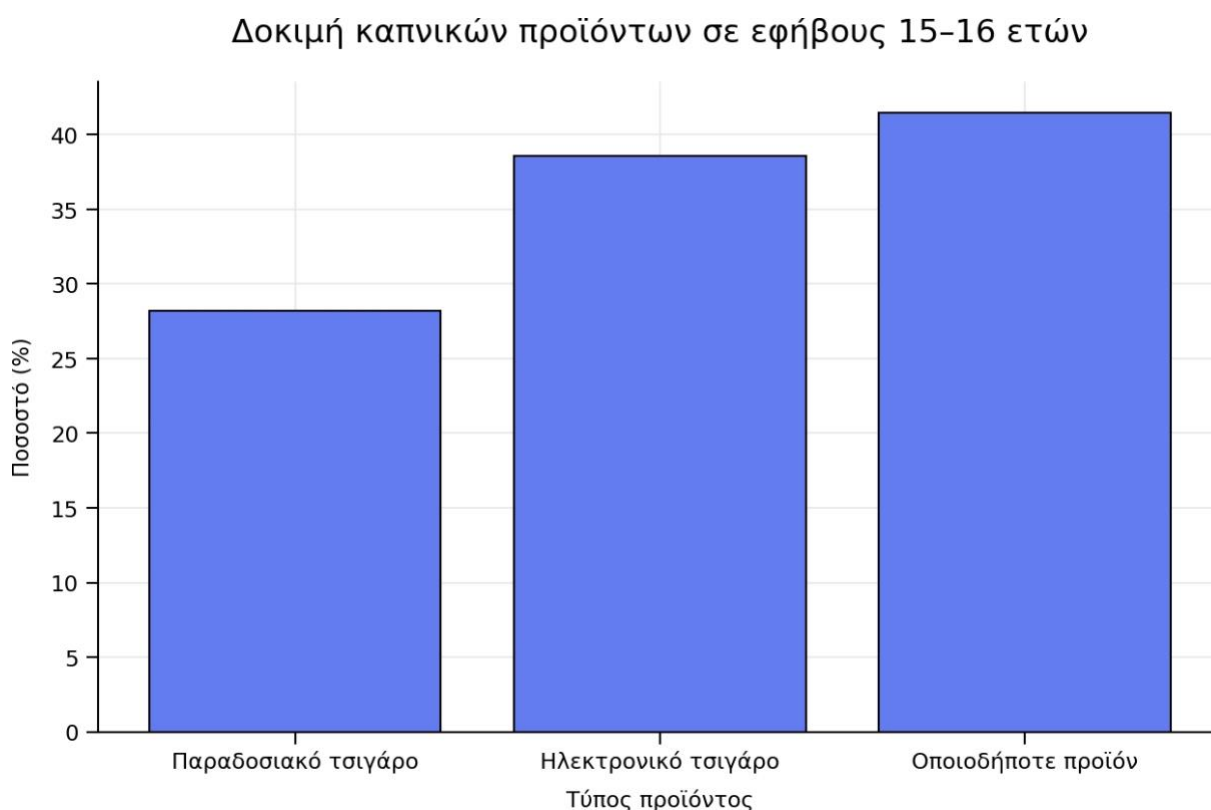
σημαντικό από την υγεία.						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε!

Παράρτημα Β: Γραφήματα

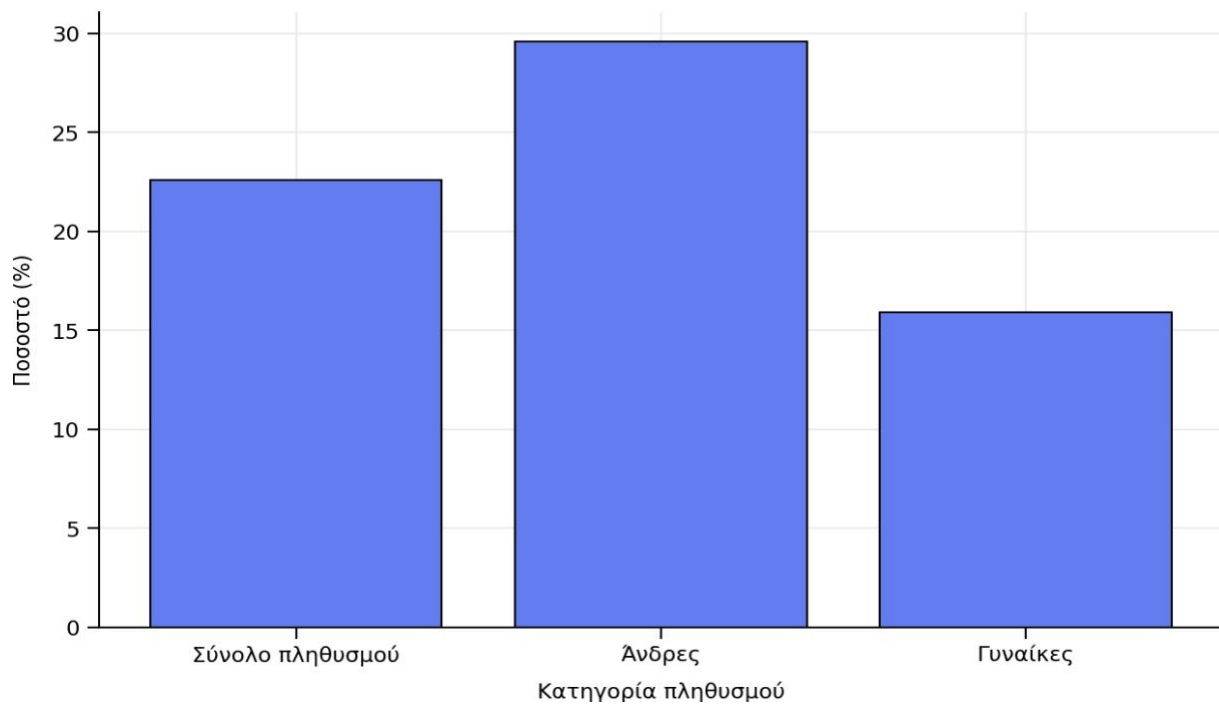


Γράφημα 1 Σύγκριση καπνίσματος ανά φύλο: Ελλάδα - ΕΕ. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η απόκλιση στις γυναίκες, όπου το ποσοστό καπνιστριών στην Ελλάδα είναι κατά 11 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο σε σύγκριση με την Ε.Ε. Πηγές: Eurostat, ΕΟΔΥ.



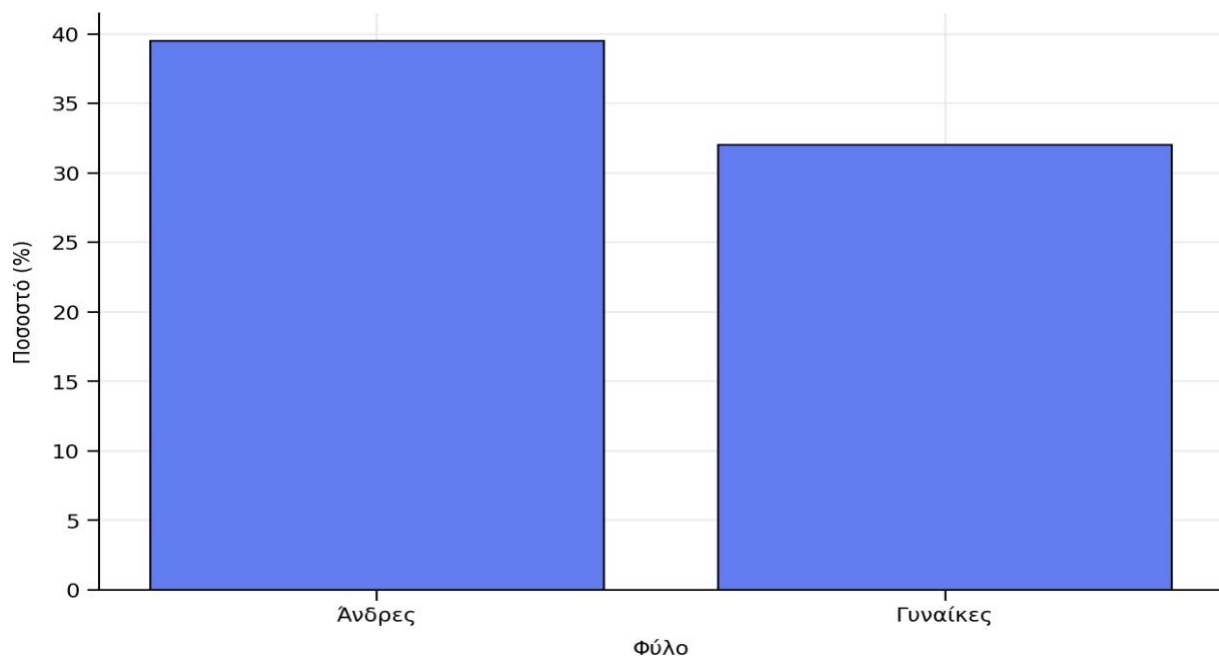
Γράφημα 2 Περισσότεροι από 4 στους 10 εφήβους έχουν δοκιμάσει καπνικό προϊόν, με το ηλεκτρονικό τσιγάρο να εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά. Πηγή: Έρευνα HBSC/WHO-ΕΠΙΨΥ.

Καθημερινό κάπνισμα στην Ελλάδα

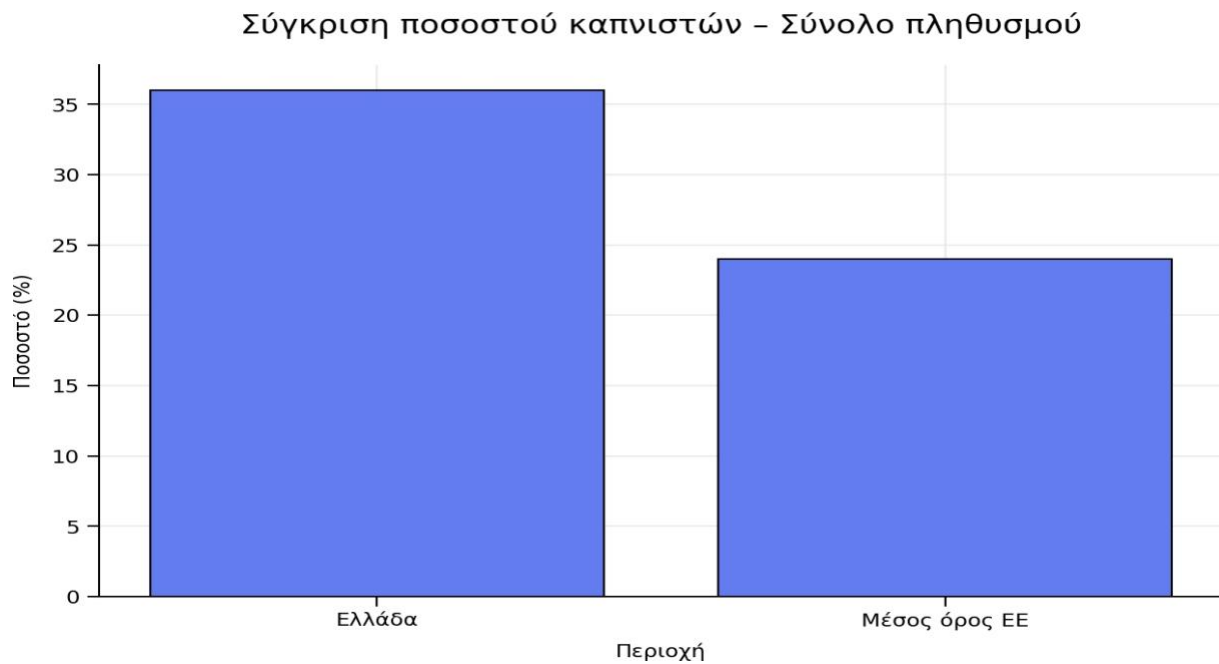


Γράφημα 3 Το καθημερινό κάπνισμα είναι σημαντικά συχνότερο στους άνδρες, ωστόσο το ποσοστό στις γυναίκες παραμένει ιδιαίτερα υψηλό συγκριτικά με τον μέσο όρο της Ε.Ε. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ΕΟΔΥ

Ποσοστό καπνιστών ανά φύλο στην Ελλάδα



Γράφημα 4 Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (39,5%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (32%) , ωστόσο το ποσοστό των καπνιστριών στην Ελλάδα είναι το υψηλότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Πηγή: ΕΟΔΥ, Eurostat.



Γράφημα 5 Τα ποσοστά καπνιστών στον ελληνικό πληθυσμό υπερβαίνουν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο κατά περίπου 12 ποσοστιαίες μονάδες. Πηγή: Eurostat, ΕΟΔΥ.