



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

“Η μείωση της βλάβης στη δημόσια υγεία. Βασικές Αρχές Βιοηθικής”

Συγγραφέας

Θεοδώρα Πλακιά

ΑΜ: 202130

Επιβλέπουσα:

Καθ. Αναστασία Μπαρμπούνη

Αθήνα, Μάρτιος 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC & COMMUNITY HEALTH

HEALTH PROMOTION IN THIRD AGE

Diploma Thesis

“Reducing harm to public health. Basic principles of Bioethics”

Theodora Plakia

Registration Number: 202130

Supervisor name and surname:

Prof. Anastasia Mparmpouni

Athens, March 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

“Η μείωση της βλάβης στη δημόσια υγεία. Βασικές Αρχές Βιοηθικής”

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

| A/α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | Α. ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ | |
| 2 | Κ. ΚΕΣΑΝΟΠΟΥΛΟΣ | ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΜΕΛΟΣ 1 | |
| 3 | Δ. ΛΑΓΓΑΣ | ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΜΕΛΟΣ 2 | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Θεοδώρα Πλακιά του Αθανασίου, με αριθμό μητρώου 202130 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία 2020-2021 του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 6 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα

***Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

Περίληψη

Η προσέγγιση μείωσης της βλάβης μπορεί να βοηθήσει εκείνους τους καπνιστές που για διάφορους λόγους αδυνατούν να διακόψουν το κάπνισμα.. Για πολλούς καπνιστές που αποτυγχάνουν επανειλημμένως να διακόψουν το κάπνισμα, η μετάβαση σε λιγότερο επιβλαβή προϊόντα θα έχει ευνοϊκά αποτελέσματα. Η τάση πολλών ρυθμιστικών αρχών σε διάφορες χώρες να επιτρέψουν την πώληση εναλλακτικών, δυννητικά χαμηλότερου κινδύνου καπνικών προϊόντων συνοδευόμενων από λεπτομερή πληροφόρηση σχετικά με τη δράση τους. Η Διεθνής Επιστημονική Εταιρεία αναμένεται να εστιάσει σε επιστημονικά δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων της ανακοίνωσης και δημοσίευσης των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων, του εντοπισμού ερευνητικών ελλείψεων, της επαλήθευσης των προερχόμενων από τη βιομηχανία δεδομένων από ένα ανεξάρτητο όργανο, σε συμπεριφορικά ζητήματα, με εστίαση στους καπνιστές, όσον αφορά το ποιες είναι οι ανάγκες αυτών που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς και με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθηθούν αποτελεσματικά εκείνοι που δεν είναι διατεθειμένοι να διακόψουν το κάπνισμα, σε συστάσεις για τον σχεδιασμό πολιτικών και στη θέσπιση ενός βήματος διαλόγου με ειδικούς στον σχεδιασμό πολιτικών και ρυθμιστικά όργανα σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο. Όσον αφορά τα πλαίσια βιοηθικής, είναι γνωστό ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο για την υγεία του καπνιστή και όσων εκτίθενται στον καπνό τους, και επειδή το κάπνισμα είναι εθιστικό, είναι φυσικό για τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας και τους νομοθέτες να θεωρούν το κάπνισμα ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και να προσπαθούν να βρουν τρόπους μειώστε το ή τουλάχιστον θέστε το υπό έλεγχο. Αν και το κάπνισμα είναι ένα ευχάριστο χόμπι με κοινωνική και πολιτιστική σημασία για πολλούς καπνιστές, είναι φυσιολογικό για αυτούς τους καπνιστές να απορρίπτουν τις προσπάθειες ρύθμισης του καπνίσματος. Με πολλούς τρόπους, το κάπνισμα προκαλεί τις ίδιες περίπλοκες κοινωνικές, ηθικές και νομικές αντιδράσεις με εκείνες τις άλλες επικίνδυνες, σκανδαλώδεις και τυπικά ευχάριστες συμπεριφορές, το σεξ και το ποτό.

Λέξεις κλειδιά : μείωση βλάβης, κάπνισμα, εναλλακτικά καπνικά προϊόντα, δημόσια υγεία, βιοηθική

Abstract

The harm reduction approach can help those smokers who for various reasons are unable to quit smoking. For many smokers who repeatedly fail to quit smoking, switching to less harmful products will have beneficial effects. The tendency of many regulators in different countries to allow the sale of alternative, potentially lower risk tobacco products accompanied by detailed information about their action. The International Scientific Society is expected to focus on scientific data, including the announcement and publication of the latest scientific data, the detection of research deficiencies, the verification of industry-derived data by an independent body, on behavioral issues, and the needs of those who want to quit smoking, and how can those who are not willing to quit smoking be effectively helped, in policy-making recommendations and in establishing a dialogue with policy-making experts and regulators at international, European and national level. As far as bioethics is concerned, smoking is known to be dangerous to the health of the smoker and those exposed to their tobacco, and because smoking is addictive, it is natural for public health professionals and lawmakers to consider smoking a public health problem. health and try to find ways to reduce it or at least put it under control. Although smoking is a pleasurable hobby with social and cultural significance for many smokers, it is normal for these smokers to reject smoking cessation efforts. In many ways, smoking provokes the same complex social, moral, and legal reactions as those other dangerous, scandalous, and typically pleasurable behaviors, such as sex and drinking.

Keywords: *harm reduction, smoking, alternative tobacco products, public health, bioethics*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| Εισαγωγή | 6 |
| Πώς ξεκίνησε..... | 6 |
| Ποια είναι η σημασία της μείωσης βλάβης..... | 8 |
| Στρατηγικές για τη μείωση της βλάβης | 10 |
| Μείωση της βλάβης σε σχέση με το κάπνισμα..... | 11 |
| Εναλλακτικές μορφές καπνίσματος στο πλαίσιο της μείωσης βλάβης | 12 |
| Σνους | 12 |
| Ηλεκτρονικό τσιγάρο | 13 |
| Νικοτίνη μέσω προωθητικών αερίων | 15 |
| Εισπνοή νικοτίνης μέσω ατμών πυροσταφυλικού οξέος | 15 |
| Το κάπνισμα ως παγκόσμιο ζήτημα | 15 |
| Ανισότητα: Κάπνισμα και μειονέκτηματα | 16 |
| Προστασία Καπνιστών..... | 17 |
| Προστασία τρίτων..... | 18 |
| Περιορισμοί στη χρήση..... | 19 |
| Περιορισμός στις πωλήσεις..... | 20 |
| Περιορισμοί στο μάρκετινγκ..... | 21 |
| Έλεγχος τιμών και φορολογία..... | 22 |
| Κίνητρα | 22 |
| Βοηθήματα για τη διακοπή του καπνίσματος..... | 22 |
| Συμβουλευτική και Εκπαίδευση Παύσης..... | 23 |
| Ποιο είναι το ζήτημα της δημόσιας υγείας..... | 23 |
| Το 4ο Επιστημονικό Συνέδριο για τη μείωση της βλάβης από τον καπνό και τα εναλλακτικά προϊόντα καπνού..... | 24 |
| Κάπνισμα και Τρίτη ηλικία | 29 |
| Τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο ηθική..... | 29 |
| Τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο βιοηθική | 32 |
| Ηθικά ζητήματα στη δημόσια υγεία..... | 35 |
| Οι Τέσσερις Αρχές Βιοϊατρικής Δεοντολογίας | 37 |
| 1.Αυτονομία..... | 39 |
| 2.Μη παραβίαση | 39 |

| | |
|---|----|
| 3.Ευεργεσία | 40 |
| 4.Δικαιοσύνη | 41 |
| Τα μειονεκτήματα αυτού του μοντέλου | 41 |
| Ο ρόλος της βιοηθικής στον έλεγχο του καπνίσματος | 42 |
| Tom Beauchamp και James Childress | 44 |
| Ευεργεσία..... | 44 |
| Μη κακοήθεια | 45 |
| Δικαιοσύνη | 45 |
| Διαφάνεια..... | 46 |
| Φιλαλήθεια | 46 |
| Σεβασμός στην αυτονομία..... | 47 |
| Ποιες είναι οι σχετικές βασικές ηθικές αρχές..... | 48 |
| Σε τι ωφελεί ένα ηθικό πλαίσιο | 48 |
| Σχετικά με τη συμπεριφορά | 50 |
| Σωστή ενημέρωση | 51 |
| Χωρίς ελέγχους επιρροές..... | 52 |
| Κριτική για τη μέθοδο των Beauchamp και Childress | 54 |
| Άλλες μέθοδοι βιοηθικής..... | 57 |
| Σοφιστική ηθικολογία | 57 |
| Αφηγηματική ηθική..... | 58 |
| Βιοηθική και Φεμινιστική Θεωρία..... | 58 |
| Μοντέλα Συμβουλευτικής Κλινικής Δεοντολογίας | 59 |
| Συμπεράσματα | 59 |
| Βιβλιογραφικές Αναφορές..... | 62 |

Εισαγωγή

Η μείωση της βλάβης είναι μια προσέγγιση δημόσιας υγείας που καθιερώθηκε για πρώτη φορά για άτομα με διαταραχές κατάχρησης. Οι στρατηγικές μείωσης της βλάβης έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν τη νοσηρότητα και το θάνατο σε αυτές τις ομάδες ενηλίκων. Η μείωση της βλάβης έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στην εκπαίδευση για τη σεξουαλική υγεία τα τελευταία χρόνια σε μια προσπάθεια να ελαχιστοποιηθεί τόσο η εγκυμοσύνη των εφήβων όσο και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του HIV. Τα προγράμματα μείωσης της βλάβης ήταν επίσης ευεργετικά για τη μείωση του καπνίσματος και της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ακριβείς παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται επηρεάζονται από τον πληθυσμό ασθενών που προορίζονται και το περιβάλλον στο οποίο χορηγούνται οι τεχνικές μείωσης της βλάβης. Από την έναρξή του στη δεκαετία του 1980 ως εναλλακτική λύση στις θεραπείες που προσανατολίζονται μόνο στην αποχή για ενήλικες με προβλήματα εθισμού στα ναρκωτικά, η μείωση της βλάβης έχει αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου. Τότε έγινε κατανοητό ότι η νηφαλιότητα δεν ήταν ρεαλιστικός στόχος για άτομα που έπασχαν από εθισμούς. Επιπλέον, όσοι ενδιαφέρθηκαν να μειώσουν αλλά όχι να καταργήσουν τη χρήση τους, απαγορεύτηκε η συμμετοχή σε προγράμματα που απαιτούσαν την αποχή (Bayer, 2007).

Πώς ξεκίνησε

Η μείωση της βλάβης προέκυψε ως αντίδραση στην ευρωπαϊκή κρίση του AIDS της δεκαετίας του 1980 και του 1990, ωστόσο ορισμένες από τις ιδέες και πρακτικές του προηγούνται της επίσημης εμφάνισής του. Οι ιδέες και οι πρακτικές εξαπλώθηκαν γρήγορα στη Βόρεια Αμερική, όπου ακτιβιστές, όπως εκείνοι από το ACT UP, συμμετείχαν σε άμεση δράση υψηλού προφίλ και υπεράσπιση για τη νομιμοποίηση

των ανταλλαγών συρίγγων, ενώ διεξήγαγαν επίσης υπόγεια διανομή, καθώς ο HIV εξαπλώθηκε σε κοινότητες ανθρώπων που ενέσιμα ναρκωτικά. Σε όλη την ιστορία της, η μείωση της βλάβης ήταν ένα πολιτικό και κοινωνικό κίνημα που καθοδηγήθηκε και εφαρμόστηκε από όσους επηρεάστηκαν άμεσα από τον Πόλεμο κατά των Ναρκωτικών, καθώς και από επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής και εκπαιδευτήκαν από ακαδημαϊκούς ειδικούς στη δημόσια υγεία (Babb et al., 2017).

Η ιδέα της μείωσης της βλάβης που προκαλεί το κάπνισμα γεννήθηκε το 1976, όταν ο καθηγητής Μάικλ Ράσελ είπε, «Οι άνθρωποι καπνίζουν για τη νικοτίνη, αλλά πεθαίνουν από πίσσα», υποστηρίζοντας ότι η αναλογία πίσσας-νικοτίνης μπορεί να είναι το κλειδί για ασφαλέστερο κάπνισμα. Έκτοτε, η βλάβη που προκαλεί το κάπνισμα έχει αποδειχθεί πλήρως, καθώς προκαλείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από την απελευθέρωση τοξινών κατά την καύση του καπνού. Τα μη εύφλεκτα προϊόντα καπνού και εκείνα που περιέχουν καθαρή νικοτίνη, από την άλλη πλευρά, θεωρούνται λιγότερο επικίνδυνα, αν και μπορούν ακόμα να είναι εθισμένα (Abel, 2001).

Λόγω της πληθώρας των νομικών, ηθικών και ιστορικών καθεστώτων σχετικά με τον καπνό και τους διαφορετικούς τύπους προϊόντων καπνού, καθώς και τη χρήση του καπνού σε διαφορετικούς πολιτισμούς σε όλο τον κόσμο, οι συζητήσεις για τη μείωση της βλάβης του καπνίσματος τείνουν να οδηγούνται από γεωγραφικά επιχειρήματα. Το κάπνισμα τσιγάρων, για παράδειγμα, είναι ευρέως διαδεδομένο στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και η χρήση πούρων, πίπας και μη καπνιστικών προϊόντων είναι δημοφιλής σε πολύ μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού. Τα τελευταία χρόνια, οι αντικαπνιστικές εκστρατείες και η αυξανόμενη εκλαΐκευση των επιζήμιων συνεπειών του καπνίσματος έχουν οδηγήσει σε περιορισμούς στην πώληση και τη χρήση προϊόντων καπνού. Ο καπνός, σε όλες τις μορφές του, παραμένει νόμιμο εμπόρευμα στους περισσότερους πολιτισμούς. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η Ευρωπαϊκή

Ένωση, όπου τα πιο επικίνδυνα προϊόντα (τσιγάρα) διατίθενται στην αγορά αλλά τα μη καπνιζόμενα προϊόντα καπνού που είναι πολύ λιγότερο επιβλαβή απαγορεύονται. Εξαιρεση αποτελεί η Σουηδία, όπου υπάρχει μακρά παράδοση χρήσης μη καπνιζόμενων προϊόντων καπνού ανάμεσα στους άνδρες (Cox, Dawkins, 2018).

Η Αμερικανική Ένωση Ιατρών Δημόσιας Υγείας (AARHP) έγινε η πρώτη ιατρική ομάδα στις Ηνωμένες Πολιτείες που υιοθέτησε ανοιχτά τη μείωση της βλάβης που σχετίζεται με το κάπνισμα ως μια μακροπρόθεσμη προσέγγιση για τη μείωση της θνησιμότητας που σχετίζεται με το κάπνισμα τον Οκτώβριο του 2008. Επομένως, αν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η νικοτίνη στα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι ουσιαστικά μια γενόσημη εκδοχή της ίδιας νικοτίνης που περιέχεται στα συνταγογραφούμενα προϊόντα, τότε έχουμε κάθε λόγο να πιστεύουμε ότι ο κίνδυνος που ενέχει τα ηλεκτρονικά τσιγάρα θα είναι πολύ χαμηλότερος από 1%, πιθανώς το ένα δέκατο του 1% του κινδύνου που ενέχει το κανονικό τσιγάρο (Lee, Ling, Glantz, 2012).

Ποια είναι η σημασία της μείωσης βλάβης

Το παράδειγμα της ασθένειας του εθισμού, στο οποίο η αποχή θεωρείται η μόνη επιλογή, δεν λειτουργεί για όλους. Σύμφωνα με ειδικούς στη μείωση της βλάβης, είναι καιρός να επανεξεταστεί η προσέγγιση στον εθισμό. Οι τεχνικές μείωσης της βλάβης εξετάζουν τους διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στον εθισμό. Η κατάχρηση ουσιών συχνά ξεκινά ως μέθοδος αντιμετώπισης που καταλήγει να είναι αναποτελεσματική και επιβλαβής. Όταν ένα άτομο γνωρίζει τις αιτίες πίσω από τη χρήση ουσιών, μπορεί να αρχίσει να τη διαχειρίζεται (Liu et al., 2013).

Η μείωση της βλάβης που προκαλείται από το κάπνισμα είναι μια προσέγγιση δημόσιας υγείας που στοχεύει στη μείωση των κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με τη

χρήση νικοτίνης, ως παράδειγμα μείωσης της βλάβης, η οποία είναι μια τεχνική για την καταπολέμηση της κατάχρησης ναρκωτικών. Η χρήση καπνού αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως η κύρια αιτία ασθένειας και θανάτου. Ωστόσο, η νικοτίνη δεν είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη από μόνη της, όπως φαίνεται από το μακρύ ιστορικό χρήσης προϊόντων θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Ως αποτέλεσμα, οι προσπάθειες περιορισμού της βλάβης που προκαλεί το κάπνισμα επικεντρώθηκαν στη μείωση ή την εξάλειψη της χρήσης προϊόντων καπνού που καίγονται και στη στροφή σε εναλλακτικά προϊόντα νικοτίνης, όπως μείωση (είτε μακροπρόθεσμα είτε πριν από τη διακοπή του καπνίσματος), προσωρινή αποχή, μετάβαση σε προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη που δεν περιέχουν καπνό, όπως θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή (γενικά) προϊόντα χωρίς άδεια επί του παρόντος, όπως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, μετάβαση σε μη καπνιστικά προϊόντα καπνού, όπως το σουηδικό snus, η μετάβαση σε μη καπνιστικά, βιολογικά ή μη πρόσθετα προϊόντα καπνού (Moodie et al., 2013).

Η διακοπή του καπνίσματος όλων των προϊόντων καπνού θεωρείται συνήθως ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου. Ωστόσο, όταν χρησιμοποιούνται όπως συνταγογραφείται, οι εξουσιοδοτημένες τεχνικές διακοπής του καπνίσματος έχουν ποσοστό αποτυχίας 90%. Επιπλέον, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό καπνιστών που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να το σταματήσουν. Η μείωση της βλάβης αναμένεται να ωφελήσει σημαντικά τόσο τους καπνιστές όσο και τη δημόσια υγεία. Η παροχή επιλογών μείωσης της βλάβης στους καπνιστές είναι πιθανό να οδηγήσει σε μεγαλύτερη μείωση των κινδύνων που τίθενται για την ευρύτερη κοινότητα από τα μέτρα που προσανατολίζονται αποκλειστικά στην αποχή. Η προσέγγιση είναι διχαστική. Οι υποστηρικτές της μείωσης των βλαβών του καπνίσματος λένε ότι είναι επιθυμητή η μείωση των κινδύνων για την υγεία του μεμονωμένου χρήστη, όπως φαίνεται από τα χαμηλότερα ποσοστά ασθενειών και θνησιμότητας που συνδέονται με

τα προϊόντα καπνού. Οι αντίπαλοι ισχυρίζονται ότι ορισμένα μέρη της μείωσης της βλάβης έχουν αντίκτυπο στη διακοπή και την αποχή του καπνίσματος και μπορεί ακόμη και να αυξήσουν την έναρξη του καπνίσματος. Ωστόσο, μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γαλλία από το 2013 έως το 2015 δείχνουν το αντίστροφο. Η διαθεσιμότητα ασφαλέστερων εναλλακτικών λύσεων για το κάπνισμα συνδέεται με τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος και την αύξηση της διακοπής του καπνίσματος (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2018).

Στρατηγικές για τη μείωση της βλάβης

Η μείωση της βλάβης είναι μια θεραπευτική έννοια που βασίζεται σε ψυχοδυναμικές, γνωστικές και συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες για να βοηθήσει τους ασθενείς να ελέγξουν τη χρήση ναρκωτικών. Η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική θεραπεία με συνομηλίκους και η οικογενειακή θεραπεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιπλέον της ατομικής ψυχοθεραπείας όταν κρίνεται χρήσιμη. Μια υποκείμενη υπόθεση είναι ότι οι περισσότεροι χρήστες ναρκωτικών θέλουν να κάνουν καλές αλλαγές αλλά δεν κάνουν τίποτα γι' αυτό, παρόμοιο με το πώς οι περισσότεροι άνθρωποι θέλουν να ασκηθούν αλλά δεν το κάνουν. Η μείωση της βλάβης αναγνωρίζει ότι τα άτομα χρησιμοποιούν συχνά αλκοόλ και άλλα φάρμακα ή το κάπνισμα για να αντιμετωπίσουν δύσκολα συναισθήματα, θλίψη, απώλεια ή άλλα ζητήματα στη ζωή τους και οι θεραπευτές προσπαθούν πρώτα να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναπτύξουν κατάλληλες μεθόδους αντιμετώπισης των καταστάσεων της ζωής τους. Η μέθοδος αναγνωρίζει επίσης ότι η υποτροπή είναι ένα φυσικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής της συμπεριφοράς και παρέχει την ευκαιρία να αποκτηθούν πρακτικές που μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη μελλοντικών υποτροπών (Siegel, 2019).

Μείωση της βλάβης σε σχέση με το κάπνισμα

Η χρήση καπνού έχει αναγνωριστεί ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την υγεία σε χώρες υψηλού εισοδήματος και ο δεύτερος υψηλότερος παράγοντας κινδύνου για την υγεία παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 6,3 τοις εκατό της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών. Κάθε χρόνο, σκοτώνει από 5 έως 6 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Μέχρι το τέλος του εικοστού πρώτου αιώνα, προβλέπονται 1 δισεκατομμύριο θάνατοι, με περισσότερα από τα μισά από αυτά να συμβαίνουν σε άτομα κάτω των εβδομήντα ετών. Οι μακροχρόνια καπνιστές διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ασθένειες όπως πνευμονοπάθειες και άλλες κακοήθειες, καθώς και καρδιακά προβλήματα. Σημαντικές διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ μη καπνιστών και καπνιστών εμφανίζονται στη μέση ηλικία, με τους μακροχρόνια καπνιστές να αναμένεται να ζήσουν 10 έως έντεκα χρόνια λιγότερο από τους μη καπνιστές (Pirie et al., 2013). Η χρήση καπνού έχει επίσης συσχετιστεί με μια σειρά από μη θανατηφόρες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του άσθματος και της φυματίωσης.

Σύμφωνα με έρευνα, οι δια βίου, φανατικοί καπνιστές έχουν 25% πιθανότητα να αποκτήσουν καρκίνο του πνεύμονα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, σε σύγκριση με 0,2 έως 1% για τους μη καπνιστές (Brennan et al., 2006). Μερικές από αυτές τις συνέπειες μπορούν να μετριαστούν με τη διακοπή του καπνίσματος. Για παράδειγμα, τα άτομα που σταματούν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των τριάντα ετών έχουν περίπου το ίδιο προσδόκιμο ζωής με τα άτομα που δεν καπνίζουν ποτέ.

Ο καπνός του τσιγάρου περιλαμβάνει αρκετές χημικές ουσίες, πολλές από τις οποίες έχουν αναγνωριστεί ως δυνητικά επικίνδυνες για την υγεία κάποιου. Η νικοτίνη, λόγω της εθιστικής της φύσης, είναι απαραίτητη για τη μακροχρόνια συμπεριφορά

καπνίσματος. Ωστόσο, οι άμεσοι κίνδυνοι για την υγεία που παρουσιάζει η νικοτίνη είναι λιγότερο προφανείς. Ενώ η νικοτίνη είναι δηλητηριώδης, οι ποσότητες που παρατηρούνται στα τσιγάρα γενικά δεν θεωρούνται επικίνδυνες από μόνες τους. Ωστόσο, η αυξημένη χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων συνοδεύτηκε από αυξημένη εστίαση στη νικοτίνη, καθώς πιθανώς έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία όταν χρησιμοποιούνται για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Εναλλακτικές μορφές καπνίσματος στο πλαίσιο της μείωσης βλάβης Σνους

Το Scandinavian snus είναι μια μαλακή, μη καπνιστική ουσία που συχνά εισάγεται μεταξύ των ούλων και του άνω χείλους και δεν καπνίζεται ή καταπίνεται. Σύμφωνα με μια έκθεση του 2014 που ανατέθηκε από την Public Health England σχετικά με διάφορους τρόπους μείωσης της βλάβης που προκαλούν τα προϊόντα καπνού, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, το snus «έχει ένα προφίλ κινδύνου που περιλαμβάνει την πιθανή αύξηση του κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου και του παγκρέατος, καθώς και θανατηφόρου (αλλά όχι μη θανατηφόρο) έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά όχι αύξηση του κινδύνου χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) ή καρκίνου του πνεύμονα». Η έρευνα παρουσίασε το snus ως ένα «μοναδικό φυσικό πείραμα στην επίδραση ενός κοινωνικά αποδεκτού, μη ιατρικού, οικονομικού και εύκολα διαθέσιμου προϊόντος χαμηλού κινδύνου στη συχνότητα του καπνίσματος». Σύμφωνα με την εφημερίδα, «παρόλο που είναι αμφιλεγόμενο, το σουηδικό φυσικό πείραμα δείχνει ότι, παρά τη διπλή χρήση και την κυρίαρχη λήψη ενός προϊόντος χαμηλού κινδύνου από νέους, η διαθεσιμότητα εναλλακτικών λύσεων μείωσης της βλάβης για τους χρήστες καπνού μπορεί να έχει καλό αντίκτυπο». Αν και η αναβολή είναι απίθανο να είναι μια νομική ή πολιτικά ρεαλιστική επιλογή στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα ευρήματά μας υποστηρίζουν τα στοιχεία ότι οι μέθοδοι μείωσης της βλάβης μπορούν να βοηθήσουν

σημαντικά στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος». Η σουηδική εταιρεία καπνού Match υπέβαλε αίτηση για ένα Προϊόν Καπνού Τροποποιημένου Κινδύνου (MRTP) στο Κέντρο Προϊόντων Καπνού τον Αύγουστο του 2014, επικαλούμενη αδιάσειστα στοιχεία ότι οι κίνδυνοι για την υγεία του σουηδικού καπνού είναι σημαντικά χαμηλότεροι από αυτούς των προϊόντων καπνού καύσης (FDA). Η Εφαρμογή Τροποποιημένου Κινδύνου Προϊόντος Καπνού επιχειρεί να αλλάξει τις προειδοποιητικές ετικέτες στα μη καπνιζόμενα προϊόντα καπνού, ώστε να αντικατοπτρίζουν στοιχεία για χαμηλότερο κίνδυνο βλάβης σε σύγκριση με το κάπνισμα. Μεταξύ των προτεινόμενων τροποποιήσεων της ετικέτας είναι η αντικατάσταση της παρούσας προειδοποίησης: "Αυτό το προϊόν δεν είναι μια ασφαλής εναλλακτική λύση στα συμβατικά τσιγάρα" με το κείμενο: "Κανένα προϊόν καπνού δεν είναι ασφαλές, αλλά Αυτό το προϊόν ενέχει πολύ χαμηλότερους κινδύνους για την υγεία από τα παραδοσιακά τσιγάρα" (Shickle, 2019).

Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι συσκευές με μπαταρίες που εκπέμπουν προπυλενογλυκόλη ή φυτική γλυκερίνη (ή συνδυασμό των δύο) καθώς και νικοτίνη όταν οι χρήστες τα εισπνέουν ενώ χρησιμοποιούν τη συσκευή. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι μια πιθανή τεχνολογία για τη μείωση της βλάβης, καθώς δίνουν επικίνδυνες ουσίες χωρίς νικοτίνη στον καπνό του τσιγάρου, ενώ παραμένουν δελεαστικές για τους καπνιστές. Ενώ η κανονιστική θέση των ηλεκτρονικών τσιγάρων παραμένει ασαφής σε πολλές χώρες, οι ειδικοί στη δημόσια υγεία πιστεύουν ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν νόμιμη θέση στις στρατηγικές μείωσης της βλάβης από το κάπνισμα. Ερευνητές στον τομέα της δημόσιας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο Προβλέπουν ότι για κάθε εκατομμύριο καπνιστές που στράφηκαν στα ηλεκτρονικά τσιγάρα, 6.000 πρόωροι

θάνατοι που σχετίζονται με το κάπνισμα μπορεί να αποφευχθούν κάθε χρόνο (McNeill et al., 2018).

Επειδή οι παρούσες εγκεκριμένες τεχνικές διακοπής του καπνίσματος έχουν ποσοστό αποτυχίας 90%, η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων ως πρωταρχικού μέσου για τη μείωση της ζημιάς από το κάπνισμα αναμένεται να μειώσει δραστικά τις ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα στις ΗΠΑ, σώζοντας πιθανώς 4,8 εκατομμύρια ζωές τα επόμενα 20 χρόνια. Από το 2014, έχει γίνει ελάχιστη μελέτη που διερευνά τη χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων για να βοηθήσει τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα. Δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι καλύτερη επιλογή από την ελεγχόμενη ιατρική, αν και υπάρχουν προκαταρκτικά στοιχεία ότι έχουν ευνοϊκή επίδραση στη διακοπή του καπνίσματος. Η χρήση τους για τη μείωση της βλάβης του καπνίσματος ως υποκατάστατο των προϊόντων καπνού δεν είναι σαφής, αλλά έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν στις προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση των θανάτων και των ασθενειών που συνδέονται με τα προϊόντα καπνού (Ruprecht, De Marco, Saffari, 2017).

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2015 από την Public Health England, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι 95 τοις εκατό λιγότερο επικίνδυνα από το παραδοσιακό κάπνισμα. Δήλωσε επίσης ότι, εκτός από την πλήρη διακοπή του καπνίσματος, η μείωση των βλαβών που προκαλεί το κάπνισμα είναι ο πρωταρχικός λόγος για τους χρήστες και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «Αυτές οι προσπάθειες, ωστόσο, θα πρέπει να συμπληρωθούν με τον μακροπρόθεσμο στόχο της διακοπής του καπνίσματος. «Η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας σημείωσε σε μια δήλωση πολιτικής στην έκθεσή της ότι ανυπομονεί να ενταχθεί στην αγορά για φαρμακολογικά ελεγχόμενες επιλογές προϊόντων που μπορούν να διατεθούν στους καπνιστές μέσω συνταγής NHS» (Thomas, Parker, Shiffman, 2021).

Νικοτίνη μέσω προωθητικών αερίων

Η Kind Consumer Limited, μια εταιρεία προϊόντων υγειονομικής περίθαλψης με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο, αναπτύσσει μια εναλλακτική πλατφόρμα χορήγησης νικοτίνης που βασίζεται στην υπάρχουσα τεχνολογία συσκευής εισπνοής άσθματος. Η τεχνολογία αυτή τη στιγμή αναπτύσσεται και η επιχείρηση έχει υποβάλει Άδεια Κυκλοφορίας για την Υγειονομική Περίθαλψη και τα Φάρμακα (MHRA) στο Ηνωμένο Βασίλειο, προκειμένου να αδειοδοτήσει την τεχνολογία ως εγκεκριμένο προϊόν που περιέχει νικοτίνη. Η Nicoventures Limited, θυγατρική της British American Tobacco, έχει αδειοδοτήσει την τεχνολογία και είναι υπεύθυνη για την εμπορία και τη διανομή της τεχνολογίας ως εξουσιοδοτημένο προϊόν θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης (McNeill et al., 2018).

Εισπνοή νικοτίνης μέσω ατμών πυροσταφυλικού οξέος

Η Philip Morris International αγόρασε τα δικαιώματα χρήσης της τεχνολογίας εισπνοής ατμών νικοτίνης του Jed Rose που αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο Duke. Η μέθοδος βασίζεται στη χημική αλληλεπίδραση του νικοτινικού οξέος με μια βάση, η οποία παράγει ατμό πυροσταφυλικού οξέος για εισπνοή νικοτίνης. Μια πρώιμη κλινική μελέτη αποκάλυψε ότι η νικοτίνη διοχετευόταν στους πνεύμονες (McNeill et al., 2018).

Το κάπνισμα ως παγκόσμιο ζήτημα

Σε όλες τις περιοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020), η Ευρώπη έχει τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (29 τοις εκατό), ενώ η Αφρική έχει τα χαμηλότερα (8 τοις εκατό). Αυτά τα δεδομένα κρύβουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων. Η περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού (που περιλαμβάνει χώρες όπως Κίνα, Ιαπωνία, Αυστραλία και Μαλαισία) έχει τη μεγαλύτερη επικράτηση καπνίσματος

στους άνδρες (46 τοις εκατό), ενώ η Ευρώπη (20 τοις εκατό) έχει τον υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος στις γυναίκες (WHO, 2018).

Ο μεγαλύτερος όγκος των θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα τον εικοστό πρώτο αιώνα συμβαίνει σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Jha, 2011). Οι προσπάθειες της καπνοβιομηχανίας να στρατολογήσει μη καπνιστές σε αυτές τις χώρες, ιδιαίτερα γυναίκες και εφήβους (Gilmore et al., 2015), καθώς και οι αυξήσεις στα ποσοστά καπνίσματος σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες (Bilano et al., 2015), ενισχύουν αυτούς τους φόβους. Ως αποτέλεσμα, το κάπνισμα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως παγκόσμιο πρόβλημα.

Ανισότητα: Κάπνισμα και μειονεκτήματα

Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και πολλών ειδών μειονεκτημάτων είναι κρίσιμης σημασίας σε κάθε κανονιστική συζήτηση για τον καπνό. Οι κοινωνικές απόψεις για το κάπνισμα και τους καπνιστές έχουν μετατοπιστεί προς το αρνητικό (Stuber, Galea, and Link, 2008; Graham, 2011), υποβάλλοντας τους καπνιστές σε δυσμενείς συμπεριφορές, στιγματισμό και μεροληπτική μεταχείριση. Αυτά τα επιχειρήματα έχουν ωθήσει πολλούς σχολιαστές να υποστηρίξουν μια προσέγγιση κοινωνικής δικαιοσύνης στη ρύθμιση του τσιγάρου.

Τα τελευταία πενήντα χρόνια, η καπνοβιομηχανία προσπαθεί να αναπτύξει ασφαλέστερα τσιγάρα, με μικτή επιτυχία. Τα φίλτρα αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1950 και μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, οι εταιρείες καπνού προσέφεραν τσιγάρα χαμηλής παραγωγής. Αρχικά, αυτές οι εφευρέσεις θεωρήθηκαν ως μέσα ελαχιστοποίησης του τραυματισμού. Για παράδειγμα, η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία κυκλοφόρησε μια μελέτη το 1976 που έδειξε ότι τα ελαφρύτερα τσιγάρα ήταν ασφαλέστερα. «Τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας, τα ποσοστά θνησιμότητας από

στεφανιαία νόσο και τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα ήταν οριακά χαμηλότερα για τους καπνιστές τσιγάρων με «χαμηλά» επίπεδα πίσσας-νικοτίνης σε σύγκριση με εκείνους με «υψηλή» περιεκτικότητα σε πίσσα-νικοτίνη», ανέφεραν οι συγγραφείς της μελέτης (Miles, Loughlin, 2009).

Προστασία Καπνιστών

Ενώ η προστασία των καπνιστών αναγνωρίζεται συχνά ως ουσιαστικός στόχος στις συζητήσεις για τον έλεγχο του καπνού, η παρέμβαση στις αποφάσεις των ατόμων για δικό τους όφελος θεωρείται μερικές φορές ως ασέβεια προς τα πρόσωπα και ως άδικος περιορισμός της ελευθερίας τους. Φυσικά, το ερώτημα κατά πόσον ο πατερναλισμός είναι κατάλληλος στη δημόσια υγεία είναι σημαντικό για την ηθική της δημόσιας υγείας. Είναι σημαντικό ότι η πατερναλιστική πρόθεση δεν καθιστά πάντα μια πολιτική προβληματική και θα χρειαστεί πρόσθετη έρευνα για να αξιολογηθεί εάν μια τέτοια πολιτική είναι δικαιολογημένη σε όλες τις περιστάσεις.

Επιπλέον, όπως υπερθεματίζουν οι υποστηρικτές των στρατηγικών μείωσης της βλάβης, μπορεί να υπάρχουν λόγοι να υποπτευόμαστε ότι οι εναλλακτικές λύσεις για το κάπνισμα είναι λιγότερο από εντελώς αυτόνομες, καθιστώντας την παρέμβαση λιγότερο πατερναλιστική από ό,τι μπορεί να είναι στην περίπτωση άλλων επιλογών. Για παράδειγμα, το επιχείρημα του Robert Goodin επικεντρώνεται στον εθισμό του καπνίσματος, καθώς και στην ενίοτε εξαιρετικά μικρή ηλικία κατά την οποία οι καπνιστές κολλούν στον καπνό, υπονοώντας ότι οι καπνιστές συχνά δεν έπαιρναν μια μορφωμένη απόφαση να γίνουν καπνιστές. Αυτό, υποστηρίζει, καθιστά την ανάμειξη σε τέτοιες κρίσεις λιγότερο απαράδεκτη από άλλες μορφές πατερναλιστικής δράσης (Goodin, 1993). Ισχυρίζεται επίσης ότι οι καπνιστές δεν συμερίζονται τις προτιμήσεις των καπνιστών για το κάπνισμα. Ενώ τους αρέσει να καπνίζουν σε κάποιο βαθμό, θα

προτιμούσαν να μην έχουν αυτή την επιθυμία. Η παρέμβαση σε μη επαληθευμένες προτιμήσεις και ο εξαναγκασμός των ατόμων να ενεργούν σύμφωνα με επιθυμίες που αποδέχονται (ακόμα και αν δεν ενεργούν ήδη σύμφωνα με αυτές), ισχυρίζεται, είναι ένα δικαιολογημένο παράδειγμα πατερναλισμού (Goodin, 1993). Πιο πρόσφατα, η Sarah Conly (2012) πρότεινε ότι η ευαισθησία της λήψης αποφάσεων των ατόμων σε γνωστικές προκαταλήψεις παρέχει αιτία να γίνει παρέμβαση στις αποφάσεις για το κάπνισμα, ενδεχομένως σε σημείο να απαγορευτεί εντελώς. Φυσικά, τέτοια επιχειρήματα θα έχουν ελάχιστη απήχηση σε άτομα που πιστεύουν ότι είναι μια βασική ελευθερία να ενεργεί κανείς με τρόπους που μπορεί να βλάψει τον εαυτό του (εφόσον δεν επηρεάζονται τρίτα μέρη), ακόμη και όταν πολλοί παράγοντες μπορεί να εμποδίζουν την εντελώς αυτόνομη λήψη αποφάσεων.

Προστασία τρίτων

Πολλά σημαντικά επιχειρήματα στη συζήτηση για τον έλεγχο του καπνού έχουν επικεντρωθεί στις βλάβες του καπνίσματος σε τρίτους και όχι στις βλάβες για τους καπνιστές. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση επιχειρημάτων για τον περιορισμό του πού μπορεί να καπνίζουν τα άτομα, πολλά από τα οποία βασίζονται σε ανησυχίες σχετικά με τους κινδύνους της περιβαλλοντικής έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου (Colgrove, Bayer, & Bachynski, 2011).

Αν και μια τέτοια συλλογιστική μπορεί να απευθύνεται σε γενικά διαδεδομένες πεποιθήσεις, όπως η αρχή της βλάβης (ουσιαστικά, ότι τα άτομα έχουν την ελευθερία να βλάψουν τον εαυτό τους αλλά όχι τους άλλους), δεν είναι απλή. Παρόλο που πολλοί πιστεύουν ότι δεν υπάρχει αποδεκτό όριο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα (HHS, 2006), αυτό δεν υποστηρίζει όρια. Πολυάριθμες δραστηριότητες, όπως η οδήγηση αυτοκινήτου, ενέχουν κινδύνους για άλλους, αλλά δεν πιστεύουμε ότι ένας μικρός

αριθμός τέτοιων κινδύνων είναι αρκετός για να δικαιολογήσει από μόνος τους περιοριστικές πολιτικές. Οποιαδήποτε τέτοια αιτιολόγηση θα απαιτούσε αξιολόγηση της σοβαρότητας των σχετικών κινδύνων καθώς και των οφελών που προκύπτουν από τη δράση. Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναγνωριστούν οι περιορισμοί αυτών των επιχειρημάτων. Δεν μπορούν να υποστηριχθούν όλοι οι κανονισμοί κατά του καπνίσματος από βλάβη τρίτων. Έχει δηλωθεί, για παράδειγμα, ότι τέτοιοι λόγοι είναι ανεπαρκείς για να δικαιολογήσουν εξωτερικούς περιορισμούς στο κάπνισμα (Bayer and Bachynski, 2013).

Περιορισμοί στη χρήση

Η πιο διαδεδομένη κυβερνητική απάντηση στις ανησυχίες που σχετίζονται με το κάπνισμα ήταν να περιοριστούν οι χώροι που θα μπορούσαν να καπνίσουν οι άνθρωποι. Ενώ τέτοιες πολιτικές μπορεί να υποκινούνται από ανησυχία για τρίτα μέρη που ενδέχεται να εκτεθούν στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου ελλείψει διασφαλίσεων, μπορεί επίσης να υποκινούνται από την επιθυμία να μειωθούν οι προσωπικοί κίνδυνοι των καπνιστών, καθώς οι περιορισμοί στο κάπνισμα μπορούν να βελτιώσουν τα κίνητρα των καπνιστών να σταματήσουν ή καπνίζουν λιγότερο (Colgrove, Bayer, and Bachynski, 2011 ; Chapman, 2000, 2015 ; Bayer and Bachynski, 2013). Μελέτες έχουν βρει μια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και των διαφόρων τύπων αναπηρίας ενώ υπήρξε σημαντική ανησυχία σχετικά με το πώς η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να επηρεάσει ιδιαίτερα ευάλωτα άτομα, όπως όταν το κάπνισμα απαγορεύεται στις φυλακές ή σε εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας. Ταυτόχρονα, αυτή η στρατηγική μπορεί να δώσει μια ουσιαστική ευκαιρία για να διασφαλιστεί η διακοπή μεταξύ των ευάλωτων ομάδων, ιδιαίτερα εάν οι ανησυχίες για την εξαναγκαστική διακοπή μπορεί να αμβλυνθούν με βοηθήματα διακοπής.

Περιορισμός στις πωλήσεις

Ένα ξεχωριστό σύνολο νόμων απαγορεύει την πώληση τσιγάρων, όπως η απαγόρευση της πώλησης μεμονωμένων τσιγάρων σε ανηλίκους. Αυτοί οι κανόνες, οι οποίοι προσπαθούν πρωτίστως να προστατεύσουν τα παιδιά από προβλήματα που μπορεί να μην έχουν ακόμη κατανοήσει πλήρως, συχνά θεωρούνται λογικοί και ηθικά αδιαμφισβήτητοι. Τέτοιες πρωτοβουλίες έχουν στόχο να βρουν μια μέση λύση.

Από τη μία πλευρά, δεν είναι υπερβολικά αυστηροί και αναγνωρίζουν το δικαίωμα των ανθρώπων να αναλαμβάνουν ορισμένους κινδύνους για την υγεία. Από την άλλη πλευρά, βοηθούν στην αντιμετώπιση των ανησυχιών ότι οι προτιμήσεις των καπνιστών οφείλονται σε ένα παράλογο επίπεδο έκπτωσης χρόνου (δίνοντας πολύ μικρό βάρος στη μελλοντική ευημερία σε σχέση με τις άμεσες απολαύσεις ή οφέλη), καθώς και από την ανησυχία ότι πολλοί καπνιστές δεν υποστηρίζονται οι δικές σας επιλογές καπνίσματος. Η χρέωση υψηλού κόστους πριν από την αγορά τσιγάρων μπορεί να κάνει τους καπνιστές να συνειδητοποιήσουν περισσότερο τους μακροπρόθεσμους κινδύνους του καπνίσματος ή/και να υποστηρίξουν τις καπνιστικές τους συνήθειες. Τα δικαιώματα των ανθρώπων περιορίζονται από τις άδειες, αν και οι υποστηρικτές λένε ότι αυτοί οι περιορισμοί δεν είναι εγγενώς μεγαλύτεροι από αυτούς που καθορίζονται από άλλα είδη παρέμβασης, όπως οι φόροι.

Ο πιο ακραίος περιορισμός στην πώληση είναι η πλήρης απαγόρευση της πώλησης τσιγάρων. Αν και παρόμοιοι περιορισμοί επιχειρήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ 1890 και 1927, το Μπουτάν είναι η μόνη χώρα που σήμερα απαγορεύει κατηγορηματικά την πώληση τσιγάρων (Ugen, 2003). Η ιδέα της σταδιακής πλήρους απαγόρευσης των τσιγάρων κερδίζει έδαφος στην κοινότητα ελέγχου του καπνού, για παράδειγμα, με τη μορφή μιας πρότασης «γενιάς χωρίς καπνό» με αποτέλεσμα κανείς

να μην μπορεί να αγοράζει νόμιμα τσιγάρα στο μέλλον (Walters and Barnsley, 2015 ; Proctor, 2013).

Το κοινοβούλιο της Τασμανίας εξέτασε τη θέσπιση παρόμοιων νόμων το 2014 (Walters and Barnsley, 2015). Τέτοιες προσεγγίσεις θεωρούνται λιγότερο ευάλωτες στις παράνομες αγορές από ό,τι η πλήρης απαγόρευση του καπνού, καθώς επιτρέπουν στους σημερινούς καπνιστές να συνεχίσουν το κάπνισμα ενώ αποτρέπουν τους νέους να γίνουν καπνιστές αρχικά (Walters and Barnsley, 2015). Ωστόσο, για τις σημερινές γενιές, ιδιαίτερα τους σημερινούς καπνιστές, η επιρροή αυτών των ιδεών σε διάφορους καπνιστές, τόσο από την άποψη της υγείας όσο και από την άποψη της ευημερίας γενικότερα, παραμένει ένα άλυτο θέμα.

Περιορισμοί στο μάρκετινγκ

Οι κανονισμοί μάρκετινγκ περιορίζουν πού και πώς μπορεί να διαφημιστεί ο καπνός. Μπορεί να περιλαμβάνουν κανόνες για τις προειδοποιήσεις για την υγεία που πρέπει να περιλαμβάνονται σε προϊόντα και διαφημίσεις τσιγάρων. Ορισμένα έθνη επιβάλλουν επιπρόσθετα τις λεγόμενες γραφικές προειδοποιητικές ετικέτες, οι οποίες όχι μόνο περιγράφουν συγκεκριμένους κινδύνους για την υγεία αλλά περιλαμβάνουν και φωτογραφίες ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Άλλες μορφές περιορισμών μάρκετινγκ περιλαμβάνουν απαγορεύσεις σε έντυπες, τηλεοπτικές και διαφημιστικές πινακίδες, απαγορεύσεις στις επιχειρήσεις καπνού που χορηγούν αθλητικές ομάδες και νομοθεσία για την «απλή συσκευασία», η οποία υποχρεώνει όλα τα τσιγάρα να διατίθενται στην αγορά σε λευκές συσκευασίες χωρίς εταιρικά εμβλήματα ή σχέδιο επωνυμίας. Ο βαθμός στον οποίο επιβάλλονται τέτοιες απαγορεύσεις διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Έλεγχος τιμών και φορολογία

Η φορολογία έχει την αρετή να αποθαρρύνει το κάπνισμα χωρίς να είναι αδικαιολόγητα περιοριστική. Θεωρείται επίσης ως η πιο οικονομική παρέμβαση για τον έλεγχο του καπνού. Η φορολογία, από την άλλη πλευρά, παρουσιάζει προβλήματα ισότητας. Οι υποστηρικτές λένε ότι οι φόροι είναι ιδιαίτερα επιτυχημένοι, ακόμη και μεταξύ των μειονεκτούντων πληθυσμών σε αντίθεση με πολλά άλλα προγράμματα.

Κίνητρα

Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χρήση κινήτρων για να επηρεαστούν οι αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος. Ορισμένα προγράμματα κινήτρων έχουν στοχεύσει σε μειονεκτούσες ομάδες για παράδειγμα, ένα πρόσφατο πρόγραμμα παρείχε σε εγκυμονούσες που ζούσαν σε περιφέρειες χαμηλού εισοδήματος στις ΗΠΑ, κουπόνια παντοπωλείου με αντάλλαγμα την αποφυγή του καπνίσματος. Τα προγράμματα κινήτρων, από την άλλη, προκαλούν προβλήματα. Έχουν εκφραστεί ανησυχίες ότι τα κίνητρα είναι πιο προσιτά σε όσους έχουν καλύτερες πιθανότητες να το παρατήσουν, με αποτέλεσμα άδικες ανισότητες και ότι τα προγράμματα κινήτρων μπορεί να διαδίδουν στιγματιστικά μηνύματα για μειονεκτούσες ομάδες ενισχύοντας τις αντιλήψεις ότι οι φτωχοί είναι ανεύθυνοι ή πολύ αδύναμοι για να τα παρατήσουν μόνοι τους.

Βοηθήματα για τη διακοπή του καπνίσματος

Η παροχή βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν επίσης σημαντικό στοιχείο του ελέγχου του καπνού. Αυτό περιλαμβάνει συμβουλευτική για ασθενείς σε ιατρικά ραντεβού και βοηθήματα διακοπής του καπνίσματος, όπως επιθέματα νικοτίνης, τσίγλα και άλλα φάρμακα. Υπάρχει επίσης μια συνεχής και εξαιρετικά αμφιλεγόμενη συζήτηση σχετικά με τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, τα οποία παρέχουν νικοτίνη με τη

μορφή ατμού και θεωρούνται ως πιθανή μέθοδος διακοπής από ορισμένους ειδικούς. Παρά το γεγονός ότι η επιθυμία για διακοπή και ο αριθμός των προσπαθειών διακοπής είναι ίσοι μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, αυτές από ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος είναι λιγότερο πιθανό να πετύχουν.

Συμβουλευτική και Εκπαίδευση Παύσης

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στοχεύουν να αναδείξουν τους κινδύνους του καπνίσματος, παρέχοντας παράλληλα πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος. Τέτοιες προσπάθειες μπορεί να φαίνονται καλοήθειες αφού δεν περιορίζουν τις ελευθερίες των ανθρώπων. Οι εκπαιδευτικές προσπάθειες θα μπορούσαν να βοηθήσουν στο κλείσιμο αυτών των κενών γνώσης. Ταυτόχρονα, δεν είναι όλες οι εκπαιδευτικές προσπάθειες εξίσου καλές για να βοηθήσουν τους καπνιστές από περιβάλλον χαμηλού εισοδήματος γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διαφορές στα ποσοστά διακοπής λειτουργίας σε διάφορες κοινωνικές ομάδες.

Ποιο είναι το ζήτημα της δημόσιας υγείας

Το κάπνισμα είναι η μοναδική αιτία ασθένειας, αναπηρίας και θανάτου που μπορεί να αποφευχθεί. Το κάπνισμα βλάπτει σχεδόν όλα τα όργανα του σώματος. Έχει συσχετιστεί με καρδιακές παθήσεις, πολυάριθμες κακοήθειες και πνευμονικές διαταραχές, μεταξύ άλλων. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι εξίσου επιβλαβές για το έμβρυο. Το κάπνισμα προκαλεί περίπου 480.000 πρόωρους θανάτους, πάνω από 170 δισεκατομμύρια δολάρια σε χαμένες δαπάνες παραγωγικότητας και τουλάχιστον 133 δισεκατομμύρια δολάρια σε άμεσες δαπάνες ιατρικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, επιπλέον των αρνητικών επιπτώσεων στην ατομική και δημόσια υγεία. Επιπλέον, οι συνέπειες του καπνίσματος δεν σταματούν στο άτομο. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε

θνησιμότητα και σε μια ποικιλία σοβαρών καταστάσεων σε ενήλικες, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα, της καρδιακής νόσου και του εγκεφαλικού, καθώς και αναπνευστικής νόσου, λοιμώξεις του αυτιού, κρίσεις άσθματος και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου σε παιδιά και νεογνά. Το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει περίπου έναν στους τέσσερις μη καπνιστές (58 εκατομμύρια άτομα), συμπεριλαμβανομένων περίπου δύο στα πέντε παιδιά (Dawson, Jennings, 2012).

Το 4ο Επιστημονικό Συνέδριο για τη μείωση της βλάβης από τον καπνό και τα εναλλακτικά προϊόντα καπνού

Οι ειδικοί συμφώνησαν σε τρόπους μείωσης της βλάβης που προκαλείται από το τσιγάρο κατά τη διάρκεια του 4ου Επιστημονικού Συνεδρίου για τη μείωση της επιβλαβούς βλάβης του καπνού και τα εναλλακτικά προϊόντα καπνού (4th Scientific Summit on Tobacco Harm Reduction: Novel Products, Research & Policy) στις 29 και 30 Σεπτεμβρίου 2021. Περισσότερα από 300 συμμετέχοντες από 42 έθνη παρακολούθησαν το 4ο Επιστημονικό Συνέδριο για τη μείωση της βλάβης του καπνού, συμπεριλαμβανομένων 62 εισηγητών από 31 χώρες σε όλο τον κόσμο. Η συνάντηση διοργανώθηκε από την SCOHRE, τη νεοσύστατη Διεθνή Ένωση για τον έλεγχο του καπνίσματος και τη μείωση της βλάβης, η οποία αναζητά μια νέα, ευρύτερη προσέγγιση στα μέτρα ελέγχου του καπνού που οι καπνιστές δεν θα αγνοήσουν. Χρησιμοποιήθηκε ένα πανοραμικό πλαίσιο, που κάλυπτε όλα τα μέρη του θέματος με τη συμμετοχή υποστηρικτών σχεδίων μείωσης της βλάβης του καπνού από μια σειρά επιστημονικών περιοχών, για να εξεταστούν θέματα που κυμαίνονται από τις θεμελιώδεις επιστήμες έως την ηθική, τα ανθρώπινα δικαιώματα, την πολιτική υγείας και τα οικονομικά της υγείας. Όταν εγκρίθηκε η Σύμβαση Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τη Μείωση του Καπνίσματος (FCTC) το 2005,

λειτούργησε ως κίνητρο για την παγκόσμια πρόοδο στον έλεγχο του καπνίσματος. Παρά την πρόοδο, εξακολουθούν να υπάρχουν 1,14 δισεκατομμύρια ενεργοί καπνιστές παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον καθηγητή Giuseppe Biondi-Zocai, «... η επιδημία του καπνίσματος έφτασε, εκτός και αν κάνουμε οτιδήποτε για να τη σταματήσουμε και να μειώσουμε τις επιπτώσεις της». Τα τελευταία χρόνια, πολλοί καπνιστές έχουν αλλάξει από τα παραδοσιακά τσιγάρα σε Προϊόντα Τροποποιημένου Κινδύνου, τα οποία είναι νεότερα προϊόντα απελευθέρωσης νικοτίνης που κάνουν λιγότερο κακό από τα παραδοσιακά τσιγάρα. Αυτό είναι γνωστό ως «ελαχιστοποίηση βλάβης» (Iatropedia, 2021).

Ο καθηγητής Ιγνάτιος Οικονομίδης τόνισε ότι η μέθοδος μείωσης της βλάβης είναι ένα επικίνδυνο εργαλείο που πρέπει να μάθει κανείς να χρησιμοποιεί με επιτυχία, παρά τις ανησυχίες σχετικά με την εφηβική χρήση νεότερων προϊόντων τσιγάρου. Η καθηγήτρια Αναστασία Μπαρμπούνη και ο Δρ. Έρικ Λουντ συμφώνησαν και οι δύο ότι «πρέπει να εφαρμόσουμε αυστηρές οδηγίες για να αποθαρρύνουμε τη χρήση εναλλακτικών προϊόντων καπνού από τους εφήβους» και «να βρούμε μια λύση για να εξισορροπήσουμε τα οφέλη για τους καπνιστές με τους κινδύνους για τους νέους». Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2020 καταγράφηκαν 2,7 εκατομμύρια περιπτώσεις καρκίνου και 1,3 εκατομμύρια θάνατοι. Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Καταπολέμησης του Καρκίνου ανακοινώθηκε τον Φεβρουάριο του 2020, ως πολιτική δέσμευση για τη μείωση του καρκίνου ως απάντηση στα αυξανόμενα προβλήματα και ως μια προσπάθεια για περαιτέρω μείωση του ποσοστού καπνίσματος στον πληθυσμό. Το Σχέδιο συζητήθηκε κατά τη διάρκεια του συνεδρίου «Το μέλλον του καπνίσματος στην Ευρώπη», το οποίο διοργάνωσε ο Πρόεδρος της SCOHRE Καθηγητής Ιγνάτιος Οικονομίδης. Η στρατηγική αγνοεί τα ευρήματα που δείχνουν ότι τα ηλεκτρονικά

τσιγάρα και τα νεότερα προϊόντα καπνού φαίνεται να έχουν χαμηλότερο κίνδυνο έκθεσης σε επιβλαβείς χημικές ουσίες από τα παραδοσιακά τσιγάρα (Iatropedia, 2021).

Υπάρχει, ωστόσο, συμφωνία ότι υπάρχουν πολλές πιθανές μεταβλητές μείωσης του κινδύνου για τους καπνιστές που αποτυγχάνουν ή δεν επιθυμούν να το σταματήσουν, παρόλο που ο πραγματικός βαθμός μείωσης του κινδύνου είναι αναπόφευκτα κατά προσέγγιση. Το Σχέδιο δίνει προτεραιότητα στην προστασία των νέων από το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων των συμβατικών και ηλεκτρονικών τσιγάρων, και προτείνει βήματα όπως η εξάλειψη των γεύσεων στα υγρά του ηλεκτρονικού τσιγάρου, καθώς και κανόνες για την απαγόρευση της χρήσης προϊόντων καπνού στους εφήβους. Ο Καθηγητής Ι. Οικονομίδης έκρινε ότι το Ευρωπαϊκό Αντικαρκινικό Σχέδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει μέτρα μείωσης της βλάβης με βάση την παγκόσμια εμπειρία, προκειμένου να αυξηθούν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και να ενισχυθεί η μείωση των επιπτώσεων του καπνίσματος. Η στρατηγική μείωσης της βλάβης, μαζί με τη διακοπή και την πρόληψη του καπνίσματος, θα πρέπει να αποτελούν τον τρίτο πυλώνα ελέγχου του καπνίσματος (Iatropedia, 2021).

Ο καθηγητής Kenneth E. Warner, Guru για τον έλεγχο του καπνού και την πολιτική μείωσης της βλάβης, μίλησε επίσης για την ανάγκη στάθμισης των κινδύνων και των πλεονεκτημάτων των ηλεκτρονικών τσιγάρων και παρουσίασε τα ευρήματα μιας πρόσφατης έρευνας, η οποία θα δημοσιευθεί στο American Journal of Public Health τον Αύγουστο του 2021. Το έγγραφο υπογραμμίζει το σενάριο στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου οι κυβερνητικές υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι μη κυβερνητικές ιατρικές επιχειρήσεις και ομάδες υγείας, δίνουν προτεραιότητα στους κινδύνους για τα παιδιά έναντι των πιθανών πλεονεκτημάτων για τους ενήλικες καπνιστές. «Μέσω της εξάτμισης, μπορούμε να ενισχύσουμε τη διακοπή του καπνίσματος», κατέληξε η

Warner. Η ικανότητα των ατμοποιητών να βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος είναι σημαντική και απαιτεί πρόσθετη έρευνα, καθώς η παροχή βοήθειας στους ενήλικες καπνιστές στη διακοπή του καπνίσματος είναι ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης. Η Caitlin Notley, Καθηγήτρια Εθισμού στο Ηνωμένο Βασίλειο, ερευνήσε τη στρατηγική της χώρας της για τη μείωση του καπνίσματος καθώς και τον αντίκτυπο των κοινωνικών και πολιτισμικών επιρροών στις μακροπρόθεσμες συνέπειες συμπεριφοράς και υγείας. Σύμφωνα με την ίδια, η προσέγγιση μείωσης της βλάβης του καπνού είναι συμπληρωματική και επιπλέον των μεθόδων ελέγχου του καπνίσματος. Σύμφωνα με τον ίδιο, ο όρος «εθισμός στη νικοτίνη» έχει λάβει ιατρική διάσταση και πλέον αναγνωρίζεται και χρησιμοποιείται σε θεραπευτικές διαδικασίες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών ενέκρινε επίσης την αποχή για τη μείωση της βλάβης. Ως αποτέλεσμα, οι υπεύθυνοι στο Ηνωμένο Βασίλειο συμφωνούν τώρα ότι ο πρωταρχικός στόχος του ελέγχου του καπνίσματος είναι η ελαχιστοποίηση των θανάτων και των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Ο μειωμένος εθισμός στη νικοτίνη, από την άλλη πλευρά, φαίνεται με λιγότερη ανησυχία. Ωστόσο, πρέπει να γίνει σημαντική δουλειά για την αντιμετώπιση των παρεξηγήσεων του κόσμου σχετικά με τη βλάβη: σχεδόν το ένα τρίτο των νέων πιστεύει ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι εξίσου επικίνδυνα με τα παραδοσιακά τσιγάρα, ενώ οι πεποιθήσεις των ενηλίκων είναι εσφαλμένες. Τέλος, δήλωσε ότι οι συγκρούσεις στον τομέα της «μείωσης της ζημιάς από το κάπνισμα», που αμφισβητούν τα ευρήματα, είναι αντιπαραγωγικές και αυξάνουν την αμφιβολία των ανθρώπων για το εάν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι μια ασφαλέστερη εναλλακτική λύση στο κάπνισμα. Στο συνέδριο υπό την προεδρία του καθηγητή Andrzej Fal, εξετάστηκαν επίσης οι οικονομικές επιπτώσεις του ελέγχου του καπνίσματος και της μείωσης της βλάβης. Ο καθηγητής τόνισε ότι η μείωση της βλάβης από τον καπνό είναι η πιο πρόσφατη μέθοδος για την αύξηση της επιτυχίας της

διακοπής του καπνίσματος, καθώς και για τη μείωση της απώλειας υγείας και της οικονομικής επιβάρυνσης. Τα διάφορα χρηματοοικονομικά εργαλεία, οι διαφορές τιμολόγησης και φορολογίας ανάλογα με τον πιθανό κίνδυνο διερευνήθηκαν διεξοδικά. Το οικονομικό κόστος του καπνίσματος είναι τεράστιο. «Εάν μπορέσουμε να μειώσουμε το κάπνισμα κατά 1% στην Ευρώπη, θα εξοικονομήσουμε 40 δισεκατομμύρια ευρώ που θα μπορούσαν να επενδυθούν αλλού», δήλωσε ο Τόμας Ντράκερ, πρώην υπουργός Υγείας και Εσωτερικών της Σλοβακίας. Για τη μείωση του καπνίσματος, πρέπει να χρησιμοποιούνται όλες οι βιώσιμες μέθοδοι. Η σύσταση της επιτροπής ήταν να χρεωθούν διαφορετικά τα νέα, ίσως λιγότερο επικίνδυνα αντικείμενα. Ο καθηγητής Michael Pesko αναφέρθηκε στο ίδιο θέμα στη διάλεξή του, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι, από οικονομική άποψη, τα αντικείμενα πρέπει να φορολογούνται με βάση το εξωτερικό και το εσωτερικό τους, καθώς και το κόστος και το όφελος τους. Απαιτούνται επίσης άλλοι εναλλακτικοί κανονισμοί για να κρατήσουν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μακριά από τα χέρια των παιδιών, κάτι που αποτελεί κρίσιμη ανησυχία (Iatropedia, 2021).

Ο David T. Sweanor, J.D., φιλοξένησε τη συζήτηση στρογγυλής τραπέζης με θέμα "Ηθική και ατομικά δικαιώματα", στην οποία συμμετείχαν διάσημοι ομιλητές, και τόνισε πόσο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι οι καταναλωτές δεν ενημερώνονται επαρκώς και περιστασιακά τους δίνονται εσφαλμένες πληροφορίες. Ως αποτέλεσμα, το κοινό είναι υπεύθυνο μόνο για τη γνώση που του παρουσιάζεται. Η Lynn T. Kozlowski, Καθηγήτρια Κοινοτικής Υγείας και Συμπεριφοράς, έκανε διάκριση μεταξύ του δικαιώματος σε έναν κόσμο χωρίς τσιγάρο και του δικαιώματος σε έναν κόσμο χωρίς καπνό. Δεν χρειάζεται να αποδειχθεί ότι τα προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη είναι πολύ λιγότερο επικίνδυνα από τα παραδοσιακά τσιγάρα. Τα ευρήματα που

δίνονται δείχνουν ότι το κάπνισμα άκαυστου καπνού είναι πολύ λιγότερο επιβλαβές από το κάπνισμα τσιγάρων (Iatropedia, 2021).

Κάπνισμα και Τρίτη ηλικία

Η συχνότητα του καπνίσματος στην Τρίτη ηλικία είναι συχνά χαμηλότερη από ό,τι σε άλλες ηλικίες, καθώς όσο περνάει ο καιρός, όλο και περισσότεροι καπνιστές συνειδητοποιούν τους κινδύνους ή τα θέματα υγείας που τους οδηγούν να κόψουν το κάπνισμα. Τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος είναι μεταξύ 35 και 44 ετών. Ο καπνός περιέχει τα πιο επικίνδυνα στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της πίσσας, η οποία απορροφάται σταδιακά, εναποτίθεται στους πνεύμονες και είναι καρκινογόνος, τη νικοτίνη, η οποία είναι πολύ εθιστική, και το μονοξειδίο του άνθρακα, που είναι μια τοξίνη που εμποδίζει την επαρκή οξυγόνωση σημαντικών οργάνων. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν τυπική εκφύλιση του σώματος, η οποία επιδεινώνεται εάν συνεχίσουν να καπνίζουν. Ως αποτέλεσμα των επιβλαβών επιπτώσεων του καπνίσματος στον οργανισμό, το προσδόκιμο επιβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων που συνεχίζουν να καπνίζουν μειώνεται δραματικά. Η διακοπή του καπνίσματος είναι απαραίτητη στους ηλικιωμένους γιατί τα πλεονεκτήματα της διακοπής του καπνίσματος εκδηλώνονται πολύ άμεσα, σχεδόν από τα πρώτα 20 λεπτά, όταν η αρτηριακή πίεση επανέρχεται σταδιακά σε φυσιολογικά επίπεδα και ο καρδιακός ρυθμός ομαλοποιείται. Επιπλέον, μέσα στις πρώτες 24 ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα αυξάνονται και ο κίνδυνος απότομης καρδιακής προσβολής και θανάτου μειώνεται προοδευτικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν παραπάνω, η διακοπή του καπνίσματος είναι απαραίτητη ακόμη και σε μεγάλη ηλικία αφού τα πλεονεκτήματα για τον οργανισμό είναι γρήγορα και ουσιαστικά (Τασόπουλος, 2017).

Τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο ηθική

Η ηθική, εκτός από το ότι είναι περιγραφική των ηθικών κωδίκων μιας δεδομένης κοινωνίας, έχει μια κανονιστική αξίωση στο ότι ρωτά εάν τα ήθη είναι θεμιτά, εάν έχουν κάποια υποκείμενη αιτιολόγηση. Με άλλα λόγια, η ηθική αντανακλάται στην εγκυρότητα των κανόνων και των αξιών πέρα από την εξακρίβωση του εάν είναι σε ισχύ. Έτσι, η ηθική εξετάζει την ηθική γενικά για να καθορίσει τις συνθήκες της εγκυρότητάς της και συμβάλλει στο σεβασμό διαφόρων ιστορικών ηθών. Τα ήθη είναι πολιτιστικά αγαθά που διαμορφώνονται από ιστορικές καταστάσεις (Bernheim, 2003).

Επειδή η ηθική στοχεύει στην καθολικότητα, η κανονιστική ηθική προσπαθεί να θεμελιώσει και να δικαιολογήσει ηθικές κρίσεις και συμπεριφορές επεκτείνοντας πέρα από το απλό πρώτο ενικό πρόσωπο, το «εγώ». Κάθε ηθικό αγαθό είναι αντικείμενο πόθου μιας αυτόνομης βούλησης, σύμφωνα με την ηθική, αφού αν κάποιος το επιθυμεί για τον εαυτό του επειδή το θεωρεί αξιόλογο αγαθό, πρέπει να το επιθυμεί και για όλους τους άλλους. Έτσι, τα κριτήρια της καθολικότητας, της προσωπικής αυτονομίας και της δέσμευσης είναι κεντρικά για την κανονιστική ηθική, η οποία στοχεύει να καθοδηγήσει τις ηθικές συμπεριφορές εξετάζοντάς τις συνεχώς. Ως αποτέλεσμα, η ηθική με τη μορφή κριτικής-ορθολογικής σκέψης απαιτεί μια ανεπτυγμένη ηθική συνείδηση στο μετασυμβατικό επίπεδο στην κλίμακα Kohlberg (οι φάσεις ηθικής ανάπτυξης του Lawrence Kohlberg είναι μια προσαρμογή μιας από τις ψυχολογικές θεωρίες του Jean Piaget). Σύμφωνα με την ιδέα, η ηθική σκέψη, το θεμέλιο για την ηθική συμπεριφορά, έχει έξι διακριτές αναπτυξιακές φάσεις, καθεμία από τις οποίες είναι πιο ικανή να ανταποκριθεί σε ηθικά προβλήματα από τον προκάτοχό της. Οι συμβάσεις τιμωρούνται για την ανεπάρκεια του κριτηρίου που εξισώνει το κοινωνικά τρέχον με το ηθικά έγκυρο. Το αντισυμβατικό τιμωρείται επίσης, με την επιφύλαξη ότι επειδή κάτι είναι δημοφιλές δεν σημαίνει ότι είναι σωστό. Έτσι, μόνο σε αυτό το μετασυμβατικό επίπεδο μπορούν να θεωρηθούν τα κριτήρια της καθολικότητας, όπου

το κρίσιμο ερώτημα είναι αν κάποιος μπορεί να επιθυμεί κάτι τόσο για τον εαυτό του όσο και για όλους τους άλλους. Επειδή η πολυπλοκότητα είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα κοινωνιών όπου η διεπιστημονικότητα - μια σημαντική πτυχή της δημόσιας υγείας - καθίσταται αναπόφευκτη για καλύτερη διαχείριση κινδύνων, εμφανίζεται η εφαρμοσμένη ηθική για να οριοθετήσει τη σκέψη και να την κάνει χρήσιμη σε έναν συγκεκριμένο τομέα δράσης (Callahan, Jennings, 2002).

Η αστική ηθική, ένας φιλοσοφικός προβληματισμός για τα κριτήρια που επιτρέπουν την ειρηνική συνύπαρξη πολιτών με διαφορετικά ήθη, είναι ο τύπος ηθικής που στηρίζει την εφαρμοσμένη ηθική γενικά και η βιοηθική ειδικότερα, ένας τύπος που απαιτείται να είναι λαϊκός, κατάλληλος στη διαχείριση των συγκρούσεων της συνύπαρξης σε ηθικά πλουραλιστικές κοινωνίες. Από τη σκοπιά της δημόσιας ηθικής (των ανθρώπων και των θεσμών που τους εξυπηρετούν), τα ζητήματα της ποιότητας ζωής και των προτιμήσεων (που διαφέρουν από άτομο σε άτομο και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής κάθε συγκεκριμένου ατόμου) και της δικαιοσύνης και της αξιοπρέπειας (κάθε ατόμου σε οποιαδήποτε τοποθεσία και ώρα) αναδύονται (Bayer, Fairchild, 2004).

Οι κοινωνίες της γνώσης, που είναι και σκεπτόμενες κοινωνίες και κοινωνίες που διαμορφώνονται από τη σκέψη, κάνουν αυτή την προσπάθεια να αναλογιστούν τις δικές τους πρακτικές για δύο λόγους: αφενός, επειδή ο ξέφρενος ρυθμός της κοινωνίας απαιτεί να συμβαδίζουμε με την εποχή και να προσδοκούμε, και όχι απλώς αντιδρώντας στο πρόβλημα που περιεγράφηκε παραπάνω, και αφετέρου, επειδή η σημερινή τεχνολογία και η δύναμη παρέμβασης είναι πολύ πιο επικίνδυνες από εκείνες των προηγούμενων κοινωνιών και αυτό, μαζί με το μη αναστρέψιμο ορισμένων αποτελεσμάτων, είναι αρκετός λόγος για να επιδείξουμε σύνεση ώστε να αποφευχθεί

η βιαστική δράση στο όνομα της άκριτης τεχνολογικής-επιστημονικής ανάπτυξης (Cortina, 2003).

Η τεχνολογία μας επιτρέπει ένα ευρύτερο φάσμα παρέμβασης με το να γίνουμε κύριοι του πεπρωμένου μας, παίρνουμε την εξουσία για την οποία πρέπει να απαντήσουμε. Η τεχνοκρατική χαρά εξακολουθεί να βασιλεύει, δηλαδή, ό,τι είναι επιστημονικό είναι καλό από μόνο του, αφού είναι αξιολογικά ουδέτερο και αδιάφορο. και οτιδήποτε νέο είναι καλύτερο, βασισμένο σε έναν φιλοσοφικά λανθασμένο ορισμό της ανάπτυξης που γίνεται αποδεκτός. Από ηθική σκοπιά, η ανάπτυξη συνεπάγεται χειραφέτηση - την άρση των δεισιδαιμονιών, της άγνοιας ή των φυσικών και κοινωνικών εμποδίων - καθώς και αύξηση των βαθμών αυτονομίας (ευκαιριών και ικανοτήτων) (Faden, Shebaya, 2010).

Τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο βιοηθική

Η Βιοηθική βλέπει την επιστήμη της υγείας και τους διάφορους κλάδους που παρεμβαίνουν σε αυτήν ως ρυθμιζόμενη δραστηριότητα, όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η οδοντιατρική, η φυσιοθεραπεία και άλλες. Κατά συνέπεια, πολλοί στόχοι, σκοποί, απόψεις, αρχές, πλαίσια, αποτελέσματα, αξίες και ικανότητες πρέπει να προσδιορίζονται και να εκφράζονται. Έτσι, η βιοηθική κάνει ξεκάθαρα τα αναπόδραστα συμφέροντα που στηρίζουν κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά. Η βιοηθική έχει ξεπεράσει τη θετικιστική μεροληψία (τα τεχνικά ζητήματα στερούνται αξιών), η οποία ωστόσο είναι σταθερά ριζωμένη σε πολλούς τομείς λόγω της έλλειψης προβληματισμού στις δικές τους μεθόδους (Hawkes, 2010).

Ορισμένοι κώδικες και διακηρύξεις ήταν κρίσιμοι για την ανάπτυξη της βιοηθικής, συμπεριλαμβανομένου του Κώδικα της Νυρεμβέργης (1947), της Έκθεσης Belmont (1978) και της Διακήρυξης του Ελσίνκι της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (1964), με

διαδοχικές αναθεωρήσεις (η πιο πρόσφατη τον Οκτώβριο 2013). Σε αυτά, γίνεται αναφορά στις ηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν την ανθρώπινη έρευνα, όπως ο σεβασμός προς τα πρόσωπα, η ευεργεσία και η δικαιοσύνη. Το 1997 ακολούθησε η Σύμβαση του Οβιέδο για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας στην Εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής, και η Διακήρυξη της UNESCO για τα Οικουμενικά Ανθρώπινα Δικαιώματα (1997). Επιπλέον, η UNESCO δημιούργησε την Οικουμενική Διακήρυξη Βιοηθικής και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το 2005. Όλα αυτά τα βιβλία αποτελούν μέρος ενός συνόλου συστάσεων που τονίζουν την ανάγκη καθορισμού και περιορισμού του τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνει (ακόμα και αν είναι τεχνικά δυνατό). Η βιοηθική εμφανίστηκε ως ξεχωριστό σύνολο γνώσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες από τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, η βιοηθική έκανε τη θεσμική της πρεμιέρα στην Ευρώπη. Ο Jean-François Malherbe (ιδρυτής του Centre d'Etudes Bioéthiques στις Βρυξέλλες), η Nicole Léry (Κέντρο της Λυών), ο Patrick Verspieren (Κέντρο Παρισιού), ο Francisc Abel (Ινστιτούτο Borja) και ο Diego Gracia ήταν μεταξύ των πρώτων υποστηρικτών του (Complutense University of Μαδρίτη) (Kass, 2001).

Παρά το γεγονός ότι η βιοηθική ξεκίνησε με μια ευρεία προοπτική, η μετέπειτα εξέλιξή της τελικά συνέκλινε στην ιατρική δεοντολογία, εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς και στο πεδίο της βιοϊατρικής έρευνας. Ωστόσο, η συνεχής ανάπτυξη του ορίζοντά της, με κοινωνικές, πολιτικές και νομικές προεκτάσεις, μεταξύ άλλων, υποδηλώνει ότι υπάρχει μια αυξανόμενη τάση γενικά να μιλάμε για την ηθική ως τέτοια. Ακόμη και το Ινστιτούτο Kennedy, το πρώτο ινστιτούτο με την ονομασία βιοηθική, άλλαξε το όνομά του και είναι πλέον γνωστό ως «The Kennedy Institute of Ethics» (Gillon, 2003).

Όταν πρόκειται να αποφασίσουμε για τη δράση που πρέπει να γίνει στη βιοηθική, η υπερβατική τριάδα είναι τα ζητήματα, τα άτομα που επηρεάζονται στις ρυθμίσεις τους και τα ενδιαφέροντά τους. Οι επιτροπές κλινικής δεοντολογίας συζητούν και εξετάζουν προβλήματα σε μια θεσμοθετημένη διεπιστημονική συζήτηση, η οποία περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας που έχουν εξειδικευμένες τεχνικές γνώσεις της ιατρικής τους εξειδίκευσης, νομικούς συμβούλους, κοινωνικούς λειτουργούς, συνηγόρους ασθενών και εμπειρογνώμονες σε θέματα δεοντολογίας. Η βιοηθική θεσμοθετείται μέσω πολυάριθμων πλατφορμών λόγου και συζητήσεων που είναι ανεξάρτητες από τις οδηγίες των οργανισμών ή των κυβερνήσεων που τις οργανώνουν. Ως αποτέλεσμα, συγκροτήθηκαν επιτροπές βιοηθικής για να συμβουλευούν τους ειδικούς, τις κοινότητες και τα νομοθετικά σώματα σχετικά με τους κατάλληλους τρόπους δράσης με βάση την τρέχουσα γνώση. Η βιοηθική έχει αποδείξει ότι είναι δυνατό να γίνουν ουσιαστικές συζητήσεις για συγκρούσεις, αξίες και συμφέροντα χωρίς να παραδοθούμε αμέσως σε πραγματική συμφωνία ή αναποτελεσματικότητα. Επομένως, υπάρχει απαίτηση για κανονιστικότητα, αποτελεσματικότητα και νομιμότητα στη βιοηθική (Lee, 2012).

Όσον αφορά την εξισορρόπηση των αρχών, η δικαιοσύνη, η αρχή που σχετίζεται με τη διανομή των πόρων, είναι το σημείο αναφοράς και το συμπέρασμα θα διαφέρει ανάλογα με το εάν υπάρχει ή όχι δημόσιο σύστημα υγείας. Συνοψίζοντας, η βιοηθική βασίζεται στις ακόλουθες αρχές, οι οποίες υπερβαίνουν τις ιδεολογίες και τους πολιτισμούς. Τα ανθρώπινα δικαιώματα αναγνωρίζονται ως κοινές ηθικές πεποιθήσεις, ηθικά σεβαστά και με νομικές εγγυήσεις βάσει του αποτελεσματικού και δίκαιου διεθνούς δικαίου, την ηθική ευθύνη όλων των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην υγειονομική περίθαλψη και την έρευνα, την κοινή ηθική ευθύνη οργανισμών και

πολιτών και μια ανασκόπηση των πολιτικών και των διαδικασιών υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων (Lee, 2014).

Ηθικά ζητήματα στη δημόσια υγεία

Σε αντίθεση με τον τεράστιο όγκο βιβλιογραφίας για τη βιοηθική, οι ηθικές επιπτώσεις στην πρακτική της δημόσιας υγείας έχουν λάβει μόλις πρόσφατα την προσοχή που τους αξίζει. Οι λόγοι που αναφέρθηκαν για να εξηγήσουν μια τόσο καθυστερημένη εξέλιξη συνδέονται με την προέλευση της προληπτικής ιατρικής, που σχετίζεται με τα καθήκοντα αστυνόμευσης της υγείας και τη διαδεδομένη ψευδή πεποίθηση ότι το να υποβληθείς σε μια προληπτική παρέμβαση είναι πάντα καλύτερο από το να μην κάνεις τίποτα, υποθέτοντας ότι η προληπτική δραστηριότητα είναι ακίνδυνη ή ότι οποιαδήποτε ανεπιθύμητη συνέπεια αντισταθμίζεται περισσότερο από το όφελος που προκύπτει. Αν και η βλάβη που προκαλείται στους συμμετέχοντες από πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας μπορεί να είναι μέτρια, ο αντίκτυπος μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικός, καθώς τέτοιες θεραπείες συνήθως απευθύνονται σε τεράστιο αριθμό ατόμων, η πλειονότητα των οποίων είναι υγιείς (Lear, 2003).

Η παρουσία θετικών εξωτερικών παραγόντων σε τρίτους μπορεί περιστασιακά να δικαιολογήσει την πιθανή βλάβη που προκαλείται από μια παρέμβαση, όπως το αποτέλεσμα της αγέλης των προγραμμάτων εμβολιασμού, το οποίο λειτουργεί ως προστασία έναντι της νόσου σε άτομα που δεν είχαν την ευκαιρία να εμβολιαστούν λόγω ιατρικών ή ανοσολογικές αντενδείξεις, φραγμούς πρόσβασης ή οποιοσδήποτε άλλος λόγος ή η βλάβη που μπορεί να προληφθεί στην υγεία των παθητικών καπνιστών με την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Αντίθετα, εάν δεν υπάρχουν θετικές εξωτερικές επιδράσεις, είναι πολύ πιο δύσκολο να δικαιολογηθεί μια παρέμβαση που στοχεύει πιθανώς υγιείς ασθενείς, καθιστώντας την ενημερωμένη

συναίνεση πολύ πιο κρίσιμη από ό,τι στην τυπική θεραπευτική αγωγή. Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, για παράδειγμα, έχουν αρνητικές επιπτώσεις που σχετίζονται είτε με την τεχνολογία, όπως πόνο και ακτινοβολία, είτε με ψευδώς θετικά αποτελέσματα, όπως περιττές εξετάσεις, άγχος, υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία (Lee, 2014).

Συχνά, τα προγράμματα υπερεκτιμούν τις πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη, ενώ περιορίζουν ή μειώνουν τις πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους, χρησιμοποιώντας πειστική γλώσσα, αποκλείοντας τις αυτόνομες ικανότητες λήψης αποφάσεων των ενδιαφερομένων σε σχέση με τον μαστογραφικό έλεγχο. Οι κίνδυνοι των παρεμβάσεων είναι λιγότερο προφανείς στην προαγωγή της υγείας, καθώς ο σκοπός είναι η προώθηση καλών συμπεριφορών, αλλά μπορεί να υπάρχουν ακόμα. Σε έναν ιδανικό κόσμο, με ικανούς ανθρώπους χωρίς αρνητικές επιρροές και απουσία εξωτερικών παραγόντων, θα αρκούσε να παρέχουμε έγκυρες, σχετικές και κατανοητές πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μεταξύ τρόπου ζωής και υγείας, τόσο του παρόντος όσο και του μέλλοντος, και να επιτρέπουμε σε κάθε άτομο να ενεργεί ελεύθερα σύμφωνα με τις προτιμήσεις του. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα. Οι ατομικές αποφάσεις συχνά δεν είναι εντελώς εθελοντικές, είτε επειδή οι εμπλεκόμενοι επηρεάζονται από το περιβάλλον τους, είτε επειδή δεν μπορούν να προβλέψουν τις συνέπειες των πράξεών τους, δεν είναι καλά ενημερωμένοι ή υπόκεινται σε αρνητικές εξωτερικές επιρροές που είναι αντίθετες με τα συμφέροντά τους. Είτε υπάρχουν είτε αυτές οι μορφές εξωτερικών επιπτώσεων, οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας συχνά προκαλούν κριτική για παραβίαση των ατομικών ελευθεριών, παρέμβαση σε προσωπικές αποφάσεις (αρνητικός ορισμός ελευθερίας, όπως η έλλειψη παρέμβασης) και η ελεύθερη αγορά. Τέτοιοι αντίπαλοι, ωστόσο, δεν φαίνεται να ανησυχούν για την παρέμβαση στις ανθρώπινες αποφάσεις που

προκαλούνται από περιβαλλοντικές αλλαγές και την ευρεία χρήση χειραγώγησης διαφημίσεων από εταιρείες που δημιουργούν επιβλαβή για την υγεία είδη.

Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, οι προτεινόμενες παρεμβάσεις συγκρούονται περιστασιακά με τα συμφέροντα ορισμένων εταιρειών (βιομηχανίες καπνού, αλκοόλ και τροφίμων), οι οποίες ασκούν πίεση σε πολιτικούς και αξιωματούχους δημόσιας υγείας σε μια προσπάθεια να επηρεάσουν τις πολιτικές υπέρ της υπεράσπισης των ιδιωτικών συμφερόντων τους σε βάρος του πληθυσμού υγείας, μια πρακτική γνωστή ως «εταιρική σύλληψη». Όταν ιδιωτικές εταιρείες ασκούν πίεση, οι αξιωματούχοι δημόσιας υγείας, συνήθως οι δημόσιοι υπάλληλοι, αντιμετωπίζουν μια σύγκρουση μεταξύ των καθηκόντων τους απέναντι στην κυρίαρχη τάξη, που καθορίζει τις πολιτικές, και στους πολίτες, τους οποίους είναι υποχρεωμένοι να υπηρετούν σύμφωνα με τις επιταγές της καλύτερης επαγγελματικής τους κρίσης. Σε ένα περιβάλλον όπου ο κανόνας είναι να λειτουργεί με μειωμένο ή υψηλότερο βαθμό επιστημονικής αβεβαιότητας, η επίλυση αυτού του ζητήματος είναι δύσκολη. Ωστόσο, μόλις ληφθεί η απόφαση από τα δημοκρατικά εκλεγμένα θεσμικά όργανα, οι υπάλληλοι της δημόσιας υγείας υποχρεούνται να πραγματοποιήσουν την εν λόγω παρέμβαση, υπό την προϋπόθεση ότι είναι νόμιμη και ηθικά αποδεκτή, χωρίς να την αμφισβητήσουν δημόσια, καθώς κάτι τέτοιο θα έστελνε ένα αντιφατικό μήνυμα, υπονομεύοντας την εμπιστοσύνη του πληθυσμού στο σύστημα. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι ειδικοί στη δημόσια υγεία πρέπει να συμμετέχουν στη συνηγορία, με στόχο να πείσουν το κοινό για τα θαύματα μιας συγκεκριμένης παρέμβασης που δεν ευθυγραμμίζεται πλήρως με τις επαγγελματικές αρχές ή/και την κρίση τους (Regidor et al., 2007).

Οι Τέσσερις Αρχές Βιοϊατρικής Δεοντολογίας

Η ηθική της υγειονομικής περίθαλψης ασχολείται με ηθικά διλήμματα στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, της ιατρικής και της επιστήμης. Οι ηθικοί κανόνες και η εφαρμογή τους έχουν μακρά ιστορία που χρονολογείται από το αρχαίο παρελθόν. Στο τρέχον πλαίσιο, τόσο οι εξελίξεις στον ιατρικό τομέα όσο και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά τις ηθικές ανησυχίες αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Ως αποτέλεσμα, η αναμφισβήτητη κρίσιμη λειτουργία της βιοηθικής εμφανίζεται εδώ. Η βιοηθική στην υγειονομική περίθαλψη προωθεί την κατανόηση και τη γνώση της ιατρικής πρακτικής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Με έμφαση στα ηθικά στοιχεία της βιοηθικής, οι ιατροί είναι σε θέση να τηρούν τους ηθικούς κανόνες κατά την άσκηση, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Επειδή οι δεοντολογικές δοκιμασίες συνδέονται με ανησυχίες στην ιατρική περίθαλψη, η χρήση της βιοηθικής μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας μας. Η βιοηθική ασχολείται με την ιατρική δεοντολογία και τη μελέτη της ισορροπίας μεταξύ οφελών, ζημιών και υποχρεώσεων. Έχει αντίκτυπο τόσο στους ασθενείς όσο και στους παρόχους υγείας. Η σημασία της βιοηθικής αλλάζει από τη γέννηση μέχρι το θάνατο (Rosenbaum, 2014).

Η βιοηθική όχι μόνο προσφέρει στους ιατρούς κατευθυντήριες γραμμές για τη λήψη κλινικών αποφάσεων και την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, αλλά έχει επίσης διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στις αλλαγές πολιτικής και νομοθεσίας τα τελευταία χρόνια. Η βιοηθική είναι μια σύνθεση επιστημονικών και ανθρωπιστικών στοιχείων που δε χρειάζεται την αποδοχή ορισμένων μακροχρόνιων κανόνων που είναι θεμελιώδεις για την ιατρική δεοντολογία. Η συνάφειά της αναπαράγεται σε πολλούς τομείς, όπως η ιατρική περίθαλψη, η έρευνα και η γενική κοινωνία. Οι τέσσερις αρχές βιοϊατρικής ηθικής των Beauchamp και Childress έχουν γίνει οι πυλώνες της

βιοϊατρικής ηθικής στην πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι αρχές είναι η αυτονομία, η μη κακοήθεια, η ευεργεσία και η δικαιοσύνη (Childress et al., 2002).

1. Αυτονομία

Η αυτονομία είναι θεμελιωδώς το δικαίωμα στην αυτοδιοίκηση. Σύμφωνα με αυτή την ιδέα, θα πρέπει να είμαστε ελεύθεροι να περνάμε τη ζωή μας σύμφωνα με αυτό που πιστεύουμε ότι είναι προς το συμφέρον μας, με βάση τις επιθυμίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις μας. Την τελευταία δεκαετία, η αυτονομία έχει γίνει ίσως η πιο ουσιαστική αρχή της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης. Υπήρξε μια πατερναλιστική προσέγγιση στην οποία ο ιατρός υπαγόρευε εναλλακτικές θεραπείες στους ασθενείς. Τώρα υπάρχει μια τάση προς ένα παράδειγμα που βασίζεται στην αυτονομία και τη συναίνεση, στο οποίο ο ασθενής έχει μεγαλύτερο λόγο στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Η αυτονομία είναι συνυφασμένη με τις έννοιες της συναίνεσης και της ικανότητας (The ethics Center, 2017).

2. Μη παραβίαση

Αυτή είναι η έννοια της μη πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς. Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress, «η αρχή της μη κακόβουλης συμπεριφοράς απαιτεί από εμάς να απέχουμε από το να προκαλούμε ζημιά σε άλλους». Αυτό συνδέεται στενά με τους νόμους που διέπουν την αμέλεια. Στην υγειονομική περίθαλψη υπάρχουν δύο είδη περιστάσεων που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα μη κακοήθειας. Η σκόπιμη επιβολή αδικαιολόγητα υψηλών κινδύνων τραυματισμού. Μια νοσοκόμα που αποτυγχάνει εσκεμμένα να αλλάξει τον επίδεσμο ενός ασθενούς παρά τον αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης είναι ένα παράδειγμα αυτού. Δημιουργώντας ακούσια αλλά απρόσεκτα κινδύνους ζημιάς. Για παράδειγμα, ένας γιατρός μπορεί να αγνοήσει το

γεγονός ότι ένας ασθενής δεν επιθυμεί να του δοθούν συγκεκριμένες πληροφορίες, με αποτέλεσμα να καταρρεύσει η πίστη του ασθενούς στο ιατρικό επάγγελμα.

Σε ένα επαγγελματικό μοντέλο αποτυχίας φροντίδας, οι Beauchamp και Childress αναφέρουν τις ακόλουθες συνθήκες:

- I. Ο επαγγελματίας έχει ευθύνη περίθαλψης προς το άτομο που έχει πληγεί.
- II. Ο επαγγελματίας πρέπει να έχει παραβεί καθήκον.
- III. Το επηρεαζόμενο μέρος πρέπει να υποστεί τραυματισμό.
- IV. Η παράβαση καθήκοντος πρέπει να είχε ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό (The ethics Center, 2017).

3. Ευεργεσία

Η ευεργεσία, ή το να είσαι καλός, συνεπάγεται όχι απλώς «να μεταχειρίζεσαι τους άλλους ανεξάρτητα και να αποφεύγεις να τους τραυματίζεις», αλλά και «να συμβάλλεις στην ευημερία τους». Η ευεργεσία και η μη κακοήθεια είναι εκ διαμέτρου αντίθετες.

Μη κακοήθεια

- Απαγορεύσεις αρνητικών ενεργειών
- Αμεροληψία
- Ορισμένοι τύποι συμπεριφοράς απαγορεύονται από το νόμο και ηθικά

Ευεργεσία

- Απαιτείται θετική δράση
- Δεν είναι πάντα απαραίτητο να είμαστε αντικειμενικοί
- Εάν παραβιαστεί ένας κανόνας, μπορεί να μην έχει απαραίτητα νομικές επιπτώσεις

- Η ευεργεσία μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με την αυτονομία και τη μη κακοήθεια (The ethics Center, 2017).

1. Δικαιοσύνη

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η διανεμητική δικαιοσύνη περιγράφεται ως «η δίκαιη, ισότιμη και λογική κατανομή των παροχών και των προτύπων». Επειδή οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης είναι συχνά περιορισμένοι, είναι ευθύνη των ειδικών της δημόσιας υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης να αποφασίσουν πώς θα τους διανείμουν κατάλληλα. Αυτή μπορεί να είναι μια δύσκολη προσπάθεια, και πολλές φορές οι γιατροί γίνονται μάρτυρες ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τη γεωγραφική θέση και τις κοινωνικοοικονομικές εκτιμήσεις (The ethics Center, 2017).

Τα μειονεκτήματα αυτού του μοντέλου

Δεν υπάρχει κατεύθυνση για το τι πρέπει να γίνει εάν δύο από τις αρχές έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους. Όσον αφορά τη φθορίωση του νερού, για παράδειγμα, υπάρχει μια ένταση μεταξύ της αυτονομίας και της ευεργεσίας επειδή έχει αποδειχθεί ότι βοηθά την οδοντική υγεία των ατόμων. Το συνεπακόλουθο που εξετάζει τις επιπτώσεις των πράξεων είναι μια ηθική φιλοσοφική θεωρία. Ο ωφελιμισμός είναι μια μορφή συνέπειας που εξηγεί ποιες ενέργειες έχουν την υψηλότερη αξία και παρέχουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Η δεοντολογία είναι μια φιλοσοφία που στηρίζει τις συμπεριφορές μας σε ένα σύνολο αρχών. Η επικοινωνία είναι ταυτόχρονα τέχνη και θεμελιώδες εργαλείο στην ιατρική θεραπεία. Για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών, οι ηθικές συγκρούσεις θα πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται μέσω αποτελεσματικού διαλόγου μεταξύ των πελατών, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των συνοδών πελατών (The ethics Center, 2017).

Η σύγκρουση συμφερόντων πρέπει να αποφεύγεται από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς είναι ηθική υποχρέωσή τους να μην εμπλέκονται σε τέτοιες καταστάσεις. Οι ιατροί πρέπει να είναι ενημερωμένοι και ξεκάθαροι σχετικά με τη βιοηθική, δεδομένου ότι ασχολείται με θέματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι πιο πρόσφατες ιατρικές ανακαλύψεις, η κλωνοποίηση, η έρευνα βλαστοκυττάρων, η ευθανασία, η άμβλωση και άλλα συναφή ζητήματα. Δυστυχώς, λείπει μια αληθινή αντίληψη τέτοιων συστημάτων, τεχνικών και συμπεριφορών, καθώς και οι ευρείες ηθικές προεκτάσεις τους. Προτείνεται σύσταση επιτροπής δεοντολογίας σε κάθε ιατρικό πλαίσιο με εξειδικευμένο προσωπικό υπεύθυνο για το σχετικό θέμα. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικό, μη ιατρικό, επιστημονικό και μη επιστημονικό προσωπικό. Αυτά μπορούν να επιτευχθούν με τη θέσπιση πολιτικών που αντιμετωπίζουν τις ηθικές προκλήσεις που προκύπτουν συχνά στο σύστημα υγείας. Κάθε ίδρυμα, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό, θα πρέπει να τηρεί τις ηθικές αξίες και να αναγνωρίζει προβλήματα προκειμένου να βρει λύσεις (The ethics Center, 2017).

Σε αυτή την περίπτωση, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμος για την καταβολή προσπαθειών για την επίλυση ηθικών προκλήσεων, ιδιαίτερα στην έρευνα που αφορά ανθρώπινους πληθυσμούς, προκειμένου να δικαιολογηθούν οι σχετικές ηθικές αρχές. Τα νομικά προβλήματα μπορούν να αποφευχθούν καλύτερα εάν τα ιδρύματα υγείας επικεντρωθούν σε μια ατζέντα βιοηθικής. Εφαρμόζοντας βιοηθικές έννοιες στον τομέα της ιατρικής, μπορεί να διασφαλιστεί ότι το ευρύ κοινό επωφελείται από αυτήν. Εν ολίγοις, συνιστάται να συμπεριληφθεί η ιατρική δεοντολογία ως κρίσιμη πτυχή σε κάθε χώρα (The ethics Center, 2017).

Ο ρόλος της βιοηθικής στον έλεγχο του καπνίσματος

Οι υποστηρικτές του ελέγχου του καπνού στερούνται μια ενδελεχή αντίληψη της ηθικής. Το βιβλίο του Robert Goodin το 1989 διερευνά τις ηθικές δυσκολίες και την ηθική βάση των μέτρων ελέγχου του καπνού και εάν αυτά είναι ηθικά έγκυρα. Αν και αρκετά παλιό, παραμένει η πιο λεπτομερής αξιολόγηση των ηθικών δυσκολιών στον έλεγχο του καπνού μέχρι σήμερα. Ως αποτέλεσμα, παρά τον ισχυρισμό του Goodin ότι «η ηθική φιλοσοφία είναι ένα κρίσιμο αρχικό βήμα στη μεγαλύτερη πολιτική προσπάθεια», υπήρξε λίγη περαιτέρω μελέτη. Συνεπώς, η κοινότητα ελέγχου του καπνού καθορίζεται από τη φιλοδοξία της να νικήσει την επιχείρηση καπνού και όχι από το στόχο της να προστατεύσει το κοινό. Σε αυτό το συμπέρασμα οδηγεί μια ανάλυση των μεταφορών που χρησιμοποιεί η κοινότητα ελέγχου του καπνού (Ferrer, Álvarez, 2003).

Ο Δρ Ντέιβιντ Κέσλερ αναφέρεται στην εκστρατεία για την ψήφιση του κανονισμού FDA ως «Μια μεγάλη αμερικανική μάχη». Τα επιχειρήματα της πολιτικής για τον έλεγχο του καπνού έχουν περιγραφεί ως «πόλεμος» και από άλλους ερευνητές καπνού.

Η επιρροή της καπνοβιομηχανίας και η ισχυρή αντίσταση στα προγράμματα ελέγχου του καπνού μπορεί να καθιστούν αυτούς τους παραλληλισμούς κατάλληλους, αλλά είναι επικίνδυνοι. Ωστόσο, η δαιμονοποίηση της επιχείρησης από το επάγγελμα της δημόσιας υγείας μπορεί να περιθωριοποιήσει την ομάδα ελέγχου του καπνού, εάν το κοινό πιστεύει ότι ένας τέτοιος χαρακτηρισμός είναι άδικος. Στόχος της ιατρικής κοινότητας πρέπει να είναι να μεταφερθεί στο κοινό ένα ακριβές και θετικό μήνυμα σχετικά με τους στόχους και τις προθέσεις της κοινότητας ελέγχου καπνού με τρόπο που να συνδέεται με βασικές πεποιθήσεις. Μια προσέγγιση είναι να τοποθετηθούν οι δραστηριότητες ελέγχου του καπνού μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο που βασίζεται σε θεμελιώδεις αξίες (Sinnott-Armstrong, 2019).

Tom Beauchamp και James Childress

Το *Principles of Biomedical Ethics* των Tom Beauchamp και James Childress άσκησε εξαιρετική επιρροή στον τομέα της βιοηθικής στις πέντε εκδόσεις του (1979–2001). Το συνολικό επίτευγμα κάθε έκδοσης ήταν πολύ εντυπωσιακό. Περιλαμβάνει την ενσωμάτωση μεγάλων τμημάτων ηθικής και πολιτικής θεωρίας, καθώς και νόμου και ιστορίας, την ευαίσθητη ανάλυση κριτικών εννοιών, τις τεκμηριωμένες συζητήσεις επίκαιρων θεμάτων της βιοηθικής, τη διεύρυνση των πραγματικών περιπτώσεων σε όλο το κείμενο συνολικά, μια τρομερή γνώση εξέχουσας πληροφορίας, βασικών εννοιών και κανονιστικού συλλογισμού. Το άνοιγμα των συγγραφέων στην εξέλιξη είναι ένα από τα πλεονεκτήματα του βιβλίου. Ένα αξιοσημείωτο παράδειγμα είναι η μεταβαλλόμενη μεθοδολογία ή ο τρόπος παρουσίασης της μεθοδολογίας κατά τη διάρκεια των εκδόσεων. Τέσσερις κοινά αποδεκτές αρχές της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης, που προέρχονται από τους Beauchamp and Childress (2008), περιλαμβάνουν την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας, την αρχή της μη κακοήθειας, την αρχή της ευεργεσίας, και την αρχή της δικαιοσύνης (The Ethics Center, 2017).

Ευεργεσία

Ο κύριος σκοπός της κοινότητας ελέγχου του καπνού είναι να ελαχιστοποιήσει τις ασθένειες και τη θνησιμότητα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Αν και οι μεμονωμένες τακτικές για την επίτευξη αυτού του στόχου μπορεί να διαφέρουν σημαντικά, αυτό το κοινό νήμα είναι γιατί οι άνθρωποι αυτοπροσδιορίζονται ως μέλη της κοινότητας ελέγχου του καπνού και όχι υπό άλλες επαγγελματικές σχέσεις. Αυτός ο σκοπός μπορεί να θεωρηθεί ως φιλανθρωπικό εγχείρημα. Ως αποτέλεσμα, η ευεργεσία –η υποχρέωση να συμπεριφέρεσαι προς το καλύτερο συμφέρον των άλλων– θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η πρωταρχική ηθική έννοια για την κοινότητα ελέγχου του καπνού. Δίνοντας

έμφαση σε αυτό το ζήτημα, η κοινότητα θα είναι σε θέση να αμφισβητήσει την αφήγηση της βιομηχανίας ότι ο απώτερος σκοπός της κοινότητας ελέγχου καπνού είναι να καταστρέψει την επιχείρηση καπνού και να προστατεύσει την οικονομική υγεία των καπνιστών (The Ethics Center, 2017).

Μη κακοήθεια

Με το επιχείρημα για τη μείωση της βλάβης, η μη κακοήθεια έχει γίνει ολοένα και πιο εμφανής στην κοινότητα ελέγχου του καπνού. Πολλοί στην κοινότητα ελέγχου του καπνού διστάζουν να υιοθετήσουν προτεινόμενα προϊόντα μείωσης της βλάβης λόγω ανησυχίας ότι μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία ολόκληρου του πληθυσμού λόγω της αυξημένης έναρξης και της μειωμένης διακοπής του καπνίσματος ως αποτέλεσμα της λανθασμένης αντίληψης του κοινού για τα προϊόντα. Ακόμη και πέρα από τη μείωση της βλάβης, η κοινότητα ελέγχου του καπνού πρέπει να εγγυηθεί ότι οι κίνδυνοι αξιολογούνται προσεκτικά και ότι οι απροσδόκητες επιπτώσεις ελαχιστοποιούνται κατά την ανάπτυξη νέων προγραμμάτων και πολιτικών. Η απροσεξία σε επιβλαβείς επιπτώσεις είναι ανήθικη και μπορεί να οδηγήσει στον χαρακτηρισμό της κοινότητας ως απρόσεκτης (The Ethics Center, 2017).

Δικαιοσύνη

Οι επιπτώσεις του καπνού δε γίνονται ομοιόμορφα αντιληπτές από όλα τα τμήματα του πληθυσμού. Ο καπνός, όπως και άλλες βιομηχανίες που σχετίζονται με την υγεία, έχει ανισότητες στην υγεία. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έκδοση του American Journal of Public Health, οι ανισότητες στον καπνό είναι σοβαρές και πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι προσπάθειες να μειωθούν αυτές οι αποκλίσεις βασίζονται, τουλάχιστον εν μέρει, στην έννοια της δικαιοσύνης ή στην ανάγκη να συμπεριφερόμαστε δίκαια. Αυτή η έννοια θα πρέπει να δηλώνεται ρητά κατά την εργασία με μη προνομιούχες ομάδες. Για

παράδειγμα, οι προσπάθειες ελέγχου του καπνού να μειώσουν το μάρκετινγκ έγιναν δεκτές θετικά από αυτές τις κοινότητες οι οποίες θεώρησαν ότι η κοινότητα ελέγχου του καπνού τις βοηθούσε να αντισταθούν στην άδικη στόχευση της κοινότητάς τους. Ομοίως, οι προσπάθειες να πειστούν οι κοινοτικοί οργανισμοί να απορρίψουν τα κεφάλαια των επιχειρήσεων καπνού μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές εάν η κοινότητα ελέγχου καπνού αυτοπροσδιορίζεται ως υπερασπιστής της κοινότητας και όχι ως τιμωρός της βιομηχανίας. Καθώς η κοινότητα ελέγχου του καπνού ασκεί πιέσεις για υψηλότερους φόρους, η πιθανή οπισθοδρόμηση αυτών των εισφορών θα πρέπει να αξιολογηθεί προσεκτικά και θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για τον περιορισμό τυχόν επιπτώσεων που ενδέχεται να διευρύνουν τα κενά (The Ethics Center, 2017).

Διαφάνεια

Στις αλληλεπιδράσεις της, η ομάδα ελέγχου του καπνού θα πρέπει να στοχεύει στη διαφάνεια. Εάν η κοινότητα ελέγχου καπνού αποτύχει να εξηγήσει τις συναλλαγές της σε ένα αποδεκτό πλαίσιο, μπορεί να θεωρηθεί ως προκατειλημμένες ή συγκαλυπτικές σχέσεις και η ανεξαρτησία της μπορεί να υποφέρει. Για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος, η κοινότητα θα πρέπει να αποκαλύπτει πλήρως και να μεταχειρίζεται όλους τους συνεργάτες δίκαια, καθώς και να ξεκαθαρίζει τυχόν αιτιολογημένες εξαιρέσεις ή περιορισμούς σε πιθανές αμφισβητούμενες συνδέσεις. Ορισμένα μέλη της κοινότητας ελέγχου του καπνού, για παράδειγμα, έχουν στενές σχέσεις με φαρμακευτικές εταιρείες, παρά το γεγονός ότι ο όμιλος αντιτίθεται κυρίως στη συνεργασία με την επιχείρηση καπνού (The Ethics Center, 2017).

Φιλανθρωπία

Επειδή η καπνοβιομηχανία ισχυρίζεται ότι τα μέτρα δημόσιας υγείας βασίζονται σε αντικειμενική έρευνα, η ειλικρίνεια από την πλευρά της κοινότητας ελέγχου του καπνού είναι κρίσιμη. Όταν υπάρχουν ανησυχίες για την ακρίβεια ή την επάρκεια των αποδεικτικών στοιχείων, η κοινότητα είναι ευάλωτη στην κριτική. Εάν η κοινότητα ελέγχου του καπνού αποτύχει να ανταποκριθεί σε αυτό το πρότυπο, θα είναι κακό για το κοινό. Ως αποτέλεσμα, η κοινότητα ελέγχου του καπνού πρέπει να υποστηρίξει αυτήν την ιδέα και να προσπαθήσει να παράσχει όλα τα δεδομένα, διαφορετικά κινδυνεύει να χάσει την αξιοπιστία της (The Ethics Center, 2017).

Σεβασμός στην αυτονομία

Επειδή το μεγαλύτερο μέρος της κοινότητας ελέγχου του καπνού έχει υπόβαθρο δημόσιας υγείας, είναι εύκολο να καταλάβει κανείς γιατί πολλά από τα προγράμματα και τις πρωτοβουλίες της κοινότητας επικεντρώνονται στην υγεία και την ευημερία του πληθυσμού στο σύνολό του. Αν και τέτοιες κοινοτικές προσεγγίσεις δεν αντιτίθενται εγγενώς στο σεβασμό της αυτονομίας, δηλαδή στο δικαίωμα να είναι απαλλαγμένοι από ελεγχόμενες επιρροές, και ενώ σημαντικά στοιχεία της κοινότητας ελέγχου του καπνού δίνουν προτεραιότητα στα ατομικά δικαιώματα, αυτή η τάση επέτρεψε στη βιομηχανία να απεικονίσει τον εαυτό της ως προστάτη των ατομικών δικαιωμάτων και την κοινότητα ελέγχου του καπνού ως παραβίαση των ατομικών δικαιωμάτων. Εάν κάποιος σεβόταν πλήρως την αυτονομία των καπνιστών, δε θα ήταν σε θέση να ελέγξει οποιοδήποτε προϊόν ή συμπεριφορά, κάτι που θα ήταν ασύμβατο με το στόχο της ωφέλειας. Ωστόσο, εάν δεν αντιμετωπιστούν ζητήματα αυτονομίας, η κοινότητα της δημόσιας υγείας μπορεί να κατηγορηθεί ότι δε σέβεται τα ατομικά δικαιώματα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω καταδίκη της κοινότητας ως ριζοσπαστικής. Ανεξάρτητα από τις δύσκολες συνέπειες, η κοινότητα ελέγχου του καπνού θα πρέπει να αποδείξει ότι σέβεται την ελευθερία όλων των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων των

καπνιστών, δείχνοντας πώς τα προγράμματά της τηρούν αυτήν την ιδέα (The Ethics Center, 2017).

Ποιες είναι οι σχετικές βασικές ηθικές αρχές

Ο έλεγχος του καπνού αποτελείται από άτομα από διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής, της δημόσιας υγείας, της οικονομίας και των πολιτικών επιστημών, καθένας από τους οποίους προσθέτει μια παράδοση επαγγελματικής δεοντολογίας στο θέμα. Λόγω αυτής της ποικιλίας, η ανάπτυξη ενός κοινού συνόλου ηθικής αποτελεί πρόκληση. Για παράδειγμα, μια συσκευή μείωσης της βλάβης που βελτιώνει ένα άτομο αλλά έχει επιζήμιες επιπτώσεις σε ολόκληρο τον πληθυσμό μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με την κλινική ηθική και τη δημόσια υγεία. Σε μια τέτοια περίπτωση, οι επαγγελματίες μπορεί να επιθυμούν να έχουν πρόσβαση στο προϊόν για να βοηθήσουν έναν συγκεκριμένο ασθενή (Tengland, 2013).

Μια συζήτηση για την ηθική στον έλεγχο του καπνού δε θα πρέπει να προσπαθεί να εξαλείψει αυτήν την ποικιλία, αλλά να κατανοήσει τους πολλούς ηθικούς περιορισμούς και να τους βάλει σε ένα κοινό πλαίσιο που είναι ελκυστικό για το κοινό. Επιστρέφοντας στο παράδειγμα μείωσης της βλάβης, εάν γίνουν κατανοητοί οι αντίθετοι ηθικοί περιορισμοί, ίσως μπορεί να διαμορφωθεί το επιχείρημα και η πολιτική με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα μέρη να επιτύχουν τους στόχους τους. Ένα παράδειγμα είναι η διάθεση ενός νέου φαρμάκου μόνο με ιατρική συνταγή, επιτρέποντας στους γιατρούς να θεραπεύουν ασθενείς και στους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας να περιορίζουν την πρόσβαση. Αν και όχι χωρίς προβλήματα, αυτό το παράδειγμα δείχνει πώς η αναγνώριση των ηθικών περιορισμών μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις που προάγουν την πειθαρχία στο σύνολό της (Upshur, 2002).

Σε τι ωφελεί ένα ηθικό πλαίσιο

Αυτές οι έξι αρχές μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους και τις κοινότητες να κατανοήσουν την ηθική των ατομικών επιλογών πολιτικής και προγραμμάτων. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση πολιτικών και προγραμμάτων με τρόπους που έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή τόσο με την ιστορία της δημόσιας υγείας όσο και με τα συμφέροντα του κοινού. Αυτές οι ιδέες είχαν ήδη αντίκτυπο στην ιατρική κοινότητα λειτουργώντας ως θεμέλιο για πολλούς επιστημονικούς και επαγγελματικούς κώδικες δεοντολογίας που οδηγούν επιστήμονες και επαγγελματίες προς την ειλικρίνεια και τη διαφάνεια (Verweij, Dawson, 2007).

Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών των εννοιών στο κίνημα ελέγχου του καπνού στο σύνολό του είναι πιο δύσκολη. Διαφορετικές ομάδες εντός της κοινότητας ελέγχου του καπνού έχουν διαφορετικές προτεραιότητες, με κάποιες να δίνουν έμφαση στα δικαιώματα των παιδιών να προστατεύονται από τη μελλοντική χρήση καπνού, άλλες να δίνουν έμφαση στα δικαιώματα των μη καπνιστών να προστατεύονται από το παθητικό κάπνισμα και άλλες να δίνουν έμφαση στα δικαιώματα των καπνιστών να επιτύχουν αποχή. Η ποικιλομορφία της κοινότητας δείχνει ότι, ενώ οι αρχές μπορούν να χρησιμεύσουν ως θεμέλιο για συζήτηση, δε θα υπάρξει ποτέ μια πλήρως εναρμονισμένη κατανόηση της σχετικής αξίας των πολλών αρχών. Ωστόσο, έχουν τεθεί αρκετοί στόχοι για να δημιουργηθεί ένα κοινό πλαίσιο για δραστηριότητες που εξισορροπεί ή δίνει προτεραιότητα στις πολλές αρχές όταν έρχονται σε αντίθεση. Αυτή η στρατηγική δε θα επιβάλει αποτελέσματα, αλλά θα χρησιμεύσει ως ένα αρκετά μεγάλο κάλυμμα για τις προσπάθειες να προστατευτούν τα πολλά στοιχεία της κοινότητας. Αυτό το ενιαίο πλαίσιο μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη κατανόηση της ποικιλομορφίας της κοινότητας, ενώ παράλληλα βοηθά να προβληθεί μια συνεπής εικόνα του τι σημαίνει ο έλεγχος του καπνού με τρόπο που είναι πιο ελκυστικός για το κοινό (Verweij, Dawson, 2007).

Σχετικά με τη συμπεριφορά

Στο πλαίσιο του Childress, υπάρχουν δύο διακριτές πτυχές που βοηθούν να διαπιστωθεί εάν οι πατερναλιστικές παρεμβάσεις μπορούν να δικαιολογηθούν ηθικά, δηλαδή όταν οι βασικές αξίες ισορροπούν κατά τέτοιο τρόπο ώστε η δράση να προτιμάται ακόμη και αν περιορίζει τα δικαιώματα μιας συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων. Το πλαίσιο ασχολείται πρωτίστως με τα ιδανικά της ευεργεσίας, της μη κακοήθειας, της δικαιοσύνης και της αυτονομίας, με τη διαφάνεια και την ειλικρίνεια να αφήνονται στη φαντασία. Η πρώτη διάσταση είναι η «αυτοανησυχία», η οποία εμφανίζεται όταν η βλάβη πέφτει σε μεγάλο βαθμό στο άτομο. Υπάρχει ένα πολύ ισχυρότερο δεοντολογικό σκεπτικό για πολιτικές και προγράμματα που αντιμετωπίζουν μη εγωκεντρικές βλάβες. Για παράδειγμα, οι διατάξεις για την απαγόρευση του καπνίσματος που βασίζονται στη διαφύλαξη της υγείας των περαστικών είναι πιο αποδεκτές από ηθική άποψη από τους κανονισμούς απαγόρευσης του καπνίσματος που βασίζονται στο να πείθονται οι καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα. Με απλά λόγια, οι εργαζόμενοι και οι καταναλωτές έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος σε κλειστούς χώρους. Ωστόσο, η ηθική αποδοχή των εξωτερικών χώρων χωρίς καπνό έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση, επειδή δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι σε πολλές εξωτερικές καταστάσεις συμβαίνουν βλάβες από δεύτερους. Ακόμη και μέσα στην κοινότητα ελέγχου του καπνού, τέτοιες απόπειρες έχουν επικριθεί ως περιττός πατερναλισμός (The ethics Center, 2017).

Εάν η συζήτηση γύρω από το παθητικό κάπνισμα πλαισιώνεται ως συζήτηση για την πρόληψη μελλοντικών βλαβών, δηλαδή τη μείωση της έκθεσης των νέων στη συμπεριφορά καπνίσματος, γίνεται πιο ηθικά υπερασπιστική εάν περιορίζεται σε χώρους εστίασης για παιδιά, όπως παιδικές χαρές, δημόσιους ζωολογικούς κήπους, παραλίες και σχολεία. Ομοίως, οι περιορισμοί που βασίζονται στην προστασία του

περιβάλλοντος από τις βλάβες που συνδέονται με το κάπνισμα σε εξωτερικούς χώρους δικαιολογούνται καλύτερα όταν βασίζονται στην προστασία άλλων. Η προστασία από απειλές πυρκαγιάς σε ξερά ξύλα, για παράδειγμα, είναι ξεκάθαρα δικαιολογημένη. Ωστόσο, η αποφυγή της ρύπανσης στις δημόσιες παραλίες, όπου δεν υπάρχουν αντίστοιχες απαγορεύσεις για άλλες ρυπογόνες συμπεριφορές, είναι λιγότερο δικαιολογημένη (Warner, Mendez, 2019).

Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι η προστασία άλλων δεν καθιστά απαραίτητα μια πολιτική ηθικά δικαιολογημένη. Θα χρειαστεί επίσης να μετριαστεί από ιδανικά που υπερβαίνουν την ελευθερία ενός ατόμου να καπνίζει. Για παράδειγμα, επειδή η ελευθερία ενός γονέα να μεγαλώσει το παιδί του είναι ένα ισχυρό δικαίωμα αυτονομίας που δεν πρέπει να παραβιάζεται, η παρέμβαση σε μια σχέση γονέα-παιδιού μόνο και μόνο επειδή ο γονέας καπνίζει θα παρουσίαζε μια ηθική δυσκολία. Ωστόσο, ούτε αυτό είναι απόλυτο. Όταν η σχέση γονέα-παιδιού τίθεται σε αμφιβολία, όπως σε καυγάδες για την επιμέλεια, οι ηθικοί προβληματισμοί για την προστασία του παιδιού από την έκθεση του παθητικού καπνίσματος μπορεί να είναι πιο δικαιολογημένοι (WHO Regional Office for Europe, 2020).

Σωστή ενημέρωση

Προτού συναχθεί το συμπέρασμα ότι το κάπνισμα είναι μια ανεξάρτητη συμπεριφορά, είναι σημαντικό να υπάρχει αρκετή γνώση. Αυτή η αντίληψη δικαιολογεί μεγάλες εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης και άλλες προσπάθειες εκπαίδευσης των καπνιστών σχετικά με τους κινδύνους της συμπεριφοράς τους. Επιπλέον, είναι αποδεκτές προσπάθειες να μειωθεί η παραπληροφόρηση που δημιουργείται από την επιχείρηση καπνού, όπως ο περιορισμός του στυλ και της ουσίας του υλικού ή οι τρόποι διάδοσης τέτοιων πληροφοριών. Αν και οι περιορισμοί στη διαφήμιση και την προώθηση συχνά

βασίζονται στις βλάβες που υφίστανται τα παιδιά, αυτό δεν απαιτείται ηθικά, εφόσον οι περιορισμοί στις επικοινωνίες του κλάδου στοχεύουν στο να βοηθήσουν το κοινό να λάβει σωστές πληροφορίες. Επομένως, η αιτιολόγηση του τι σημαίνει «επαρκώς ενημερωμένος» είναι πιο δύσκολη. Ωστόσο, πολλοί καπνιστές έχουν μια αισιόδοξη στάση απέναντι στην καπνιστική τους συμπεριφορά. Η δυσκολία είναι να δημιουργηθούν προγράμματα και κανονισμοί που μπορούν να ενθαρρύνουν την αλλαγή συμπεριφοράς ή να αυξήσουν τις γνώσεις μεταξύ των αισιόδοξα προκατειλημμένων καπνιστών, ενώ παράλληλα προστατεύουν τα συμφέροντα των «εθελοντών καπνιστών» (Vreemargiu-Coman, 2018).

Χωρίς ελέγχους επιρροές

Για τους σκοπούς του καπνού, αυτή η έννοια είναι παρόμοια με τις δύο προηγούμενες, καθώς η παροχή παραπλανητικών πληροφοριών ή η εκμετάλλευση της έλλειψης εμπειρογνωμοσύνης μπορεί να ερμηνευθεί ως ελεγκτική συμπεριφορά. Ωστόσο, το ζήτημα παραμένει: Μπορεί ο εθισμός στη νικοτίνη να θεωρηθεί ως «ελεγκτική επιρροή»; Από τη μία πλευρά, οι υποστηρικτές της αντίληψης ότι το κάπνισμα είναι μια λογική απόφαση υποστηρίζουν ότι μερικοί άνθρωποι μπορεί να επιλέξουν να καπνίσουν ενώ έχουν πλήρη επίγνωση των εθιστικών του χαρακτηριστικών. Από την άλλη πλευρά, άλλοι υποστηρίζουν ότι ο εθισμός δεν επιλέγεται. Δηλαδή, οι περισσότεροι καπνιστές άρχισαν να καπνίζουν όταν ήταν κάτω των 18 ετών ή δεν ήταν πλήρως ενημερωμένοι για τα εθιστικά χαρακτηριστικά του καπνίσματος (Hirschhorn 2018).

Απόρροια αυτού είναι ότι η εθιστική φύση της νικοτίνης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το κάπνισμα να είναι «εκούσιο» σε ένα σημείο και «ακούσιο» σε άλλο. Η πλειονότητα των καπνιστών λέει ότι εύχεται να μην είχαν ξεκινήσει ποτέ το κάπνισμα και το 70%

λέει ότι θέλει να το κόψει. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος με βάση τον πληθυσμό είναι μέτρια (5–7%) και τα ποσοστά κλινικής αποτελεσματικότητας μόλις πλησιάζουν το 30%, με τα ποσοστά αποτελεσματικότητας δυνητικά σημαντικά χαμηλότερα (WHO, 2017).

Ο ηθικός κίνδυνος είναι ότι τα προγράμματα μπορεί να επιχειρήσουν να αναγκάσουν την τροποποίηση της συμπεριφοράς σε όσους εξακολουθούν να κατηγοριοποιούνται ως «εθελούσιοι» καπνιστές. Δεδομένων αυτών των περιορισμών, οι εκπαιδευτικές προσπάθειες που προωθούν την καλύτερη γνώση του εθισμού στη νικοτίνη είναι ηθικά δικαιολογημένες. Οι κλινικές τεχνικές, στις οποίες οι καπνιστές λαμβάνουν συνεπή μηνύματα υγείας και θεραπεία όταν δεν θέλουν πλέον να καπνίζουν, είναι επίσης δικαιολογημένες. Τα μηνύματα που υποστηρίζουν ότι όλοι οι καπνιστές έχουν εξαναγκαστεί από την καπνοβιομηχανία ή είναι θύματα του εθισμού τους, από την άλλη πλευρά, είναι λιγότερο δικαιολογημένα (Karches, 2019).

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η προέλευση του καπνίσματος. Η έναρξη, η συντήρηση και η διακοπή είναι όλα αρκετά περίπλοκα για να αντισταθούν στην εύκολη κατηγοριοποίηση. Πολλά χαρακτηριστικά, τόσο φυσιολογικά όσο και κοινωνικά κατευθυνόμενα ή ενισχυμένα, δείχνουν ότι οι διαδρομές προς το κάπνισμα δεν είναι ομοιόμορφα κατανεμημένες στον πληθυσμό. Πρώτον, το κάπνισμα φαίνεται να είναι μια κληρονομική τάση. Δεύτερον, το κάπνισμα έχει μια ισχυρή σύνδεση με ψυχιατρική ή άλλη κατάχρηση ναρκωτικών συννοσηρότητας. Τρίτον, το κάπνισμα έχει συνδεθεί με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση. Έτσι, ο εθελοντισμός του καπνίσματος επηρεάζεται από φυσιολογικές και κοινωνικές συνθήκες που συχνά είναι πέρα από τον έλεγχο του ατόμου. Τα προγράμματα και οι πολιτικές που δεν εισάγουν διακρίσεις μπορεί όχι μόνο να αποτύχουν να αντιμετωπίσουν το ζήτημα, αλλά μπορεί να το επιδεινώσουν. Ένας φόρος καπνού, για παράδειγμα, μπορεί να έχει προοδευτικό

αντίκτυπο στην υγεία όταν μετράται σε έναν πληθυσμό, αλλά μπορεί να είναι αντιδεοντολογικά οπισθοδρομικός όταν αντιμετωπίζεται από την οπτική γωνία ενός ατόμου που έχει βιολογική προδιάθεση στον εθισμό στη νικοτίνη ή που ζει σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που ενισχύει τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Το φορολογικό κόστος, ειδικότερα, θα επηρεάσει δυσανάλογα τους φτωχότερους καπνιστές. Τα άτομα με χαμηλές οικονομικές δυνατότητες έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και προγράμματα διακοπής. Ομοίως, άτομα με ψυχοκοινωνική συννοσηρότητα ή εθισμό στα ναρκωτικά αποκλείονται από τις δοκιμές θεραπευτικής αποτελεσματικότητας (Franck, Filion, Kimmelman, 2016).

Επειδή αυτοί οι βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δημιουργούν ανισότητες, τα προγράμματα που εντοπίζουν και διορθώνουν αυτές τις αποκλίσεις, όπως η βελτιωμένη πρόσβαση σε αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης και θεραπείας, μπορούν να θεωρηθούν ως εξισωτικοί καθοριστικοί παράγοντες της χρήσης καπνού. Η προαναφερθείσα φορολογική κατάσταση μπορεί να επιλυθεί με τη σύνδεση πρόσθετου εισοδήματος με προγράμματα που βοηθούν τα μειονεκτούντα άτομα (Franck, Filion, Kimmelman, 2016).

Κριτική για τη μέθοδο των Beauchamp και Childress

Η μέθοδος των Beauchamp και Childress έχει μια πλουραλιστική πτυχή η οποία καταδεικνύεται εν μέρει από το γεγονός ότι η προσέγγιση αποφεύγει μια ενιαία γενική έννοια υπέρ μιας σύντομης λίστας τεσσάρων ηθικών αρχών. Αυτό οδήγησε ορισμένους να επιτεθούν στη μέθοδο των Beauchamp και Childress για μια προφανή έλλειψη συστηματικότητας, ένα μοιραίο σφάλμα σε οποιαδήποτε φιλοσοφική θεωρία,

σύμφωνα με ορισμένους. Τέτοιοι επικριτές υποστηρίζουν ότι η προσέγγιση με επίκεντρο τις αρχές των Beauchamp και Childress στερείται αυστηρότητας και παρέχει πάρα πολλές ευκαιρίες για διαισθητικές κρίσεις σε περιπτώσεις όπου οι αρχές έρχονται σε αντίθεση. Πρώτον, οι Beauchamp και Childress απορρίπτουν την ιδέα ότι δίνουν μια φιλοσοφική θεωρία αντί για ένα πλαίσιο ή πρακτική καθοδήγηση. Ωστόσο, ίσως το πιο κρίσιμο, είναι δύσπιστοι ότι οποιαδήποτε κατάταξη προτεραιότητας των πεποιθήσεών τους θα διατηρηθεί με την πάροδο του χρόνου (Arras 2017: 6–9). Μια σύγχρονη κριτική προέρχεται από τον John McMillan, ο οποίος ισχυρίζεται ότι η μέθοδος Beauchamp και Childress καταπνίγει τη διεξοδική σκέψη σε πραγματικές καταστάσεις. Ο McMillan λέει ότι οι τεχνικές με επίκεντρο τις αρχές δεν μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία «αιτιολογημένων πεποιθήσεων για ηθικές δυσκολίες» και ότι η προσέγγιση των τεσσάρων αρχών εμποδίζει την εφαρμογή του ηθικού λόγου σε πρακτικές καταστάσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, σύμφωνα με τον McMillan, οι αρχάριοι στη βιοηθική θα εντάξουν όποιες ανησυχίες είναι υπό εξέταση σε μία από τις τέσσερις αρχές και στη συνέχεια θα αποφασίσουν ότι η αρχή της αυτονομίας θα πρέπει να υπερισχύει των άλλων τριών. Αν και αναγνωρίζει ότι αυτό δεν εννοούσαν οι Beauchamp και Childress, ο McMillan πιστεύει ότι είναι ο πιο κοινός τρόπος που χρησιμοποιείται η προσέγγιση των τεσσάρων αρχών (McMillan 2018: 51–53). Ο Arras προσφέρει δύο αξιοσημείωτες κριτικές για τις νεότερες εξελίξεις των Beauchamp και Childress. Ο Arras αμφισβητεί τη νομιμότητα της υβριδικής εξήγησης των Beauchamp και Childress, ιδιαίτερα την εξάρτησή της από την κοινή ηθική ως θεμέλιο. Ο Arras αναρωτιέται γιατί ο Beauchamp και ο Childress διαχωρίζουν τα κοινά ηθικά πρότυπα από τις αιτιολογημένες ηθικές μας κρίσεις, οι οποίες υπόκεινται σε αναθεώρηση. Ο Arras κατανοεί ότι το επιχείρημα των Beauchamp και Childress για ένα ίδρυμα μπορεί να υποκινείται από την πεποίθηση ότι η συνοχή από μόνη της δεν μπορεί να

εξασφαλίσει την ηθική αλήθεια. Σε αυτή την περίπτωση, ωστόσο, ο Arras ρωτά πόσο περισσότερο δικαιολογητικό όφελος αποκομίζεται με την επίκληση στη βασική κοινή ηθική, δεδομένου ότι η αναστοχαστική ισορροπία περιλαμβάνει στο μέγιστο όλα τα στοιχεία της ηθικής εικόνας (συμπεριλαμβανομένων, πιθανώς, των κανόνων της κοινής ηθικής). Σύμφωνα με τον Arras, η δυσκολία έγκειται στην αντίληψη της κοινής ηθικής ως υπάρχουσας στο δικό της ηθικό πεδίο, ξεχωριστή από τη διαλεκτική της αναστοχαστικής ισορροπίας. Ο Arras αμφιβάλλει ότι η κοινή ηθική δεν επηρεάζεται από τις ιδιοτροπίες του χρόνου και τη διαλεκτική της αναστοχαστικής ισορροπίας (Arras 2017: 24–26). Μια δεύτερη ένσταση του Arras αφορά την υιοθέτηση της ευρείας ανακλαστικής ισορροπίας από τους Beauchamp και Childress. Ο Arras (2017) δυσκολεύεται να κατανοήσει πώς τα ηθικά πρότυπα μπορούν να διατηρήσουν τη σημασία τους στην εννοιολογική ανάλυση ενόψει αυτής της επιβεβαίωσης της ευρείας αναστοχαστικής ισορροπίας. Ο Arras μας υπενθυμίζει ότι κανένα συγκεκριμένο σύμπλεγμα ηθικών παραγόντων (π.χ. θεωρημένες κρίσεις υποθέσεων, υποκείμενες θεωρίες, ηθικές αρχές) δεν ευνοείται σε μια ευρεία αναστοχαστική ισορροπία. Αυτό που μετράει στη διαδικασία αναθεώρησης της αναστοχαστικής ισορροπίας, στην πραγματικότητα, είναι το επίπεδο δέσμευσής μας σε αυτές τις ανησυχίες, παρά το σχήμα των ίδιων των δεσμεύσεων. Τέλος, οι Beauchamp και Childress παραδέχθηκαν πρόσφατα δύο παρανοήσεις σχετικά με το πλαίσιο των τεσσάρων αρχών τους. Το πρώτο λάθος είναι ότι το πλαίσιο ενσαρκώνει τον αμερικανικό ατομικισμό, με την αυτονομία ως τη σημαντικότερη αρχή. Η προσέγγισή τους είναι, πρώτα και κύρια, να αρνηθούν οποιαδήποτε σχέση μεταξύ του αμερικανικού ατομικισμού και του σεβασμού της αυτονομίας. Επιπλέον, υπογραμμίζουν ότι οι αρχές του πλαισίου τους είναι μόνο φαινομενικά δεσμευτικές. Η δεύτερη εσφαλμένη αντίληψη είναι ότι το πλαίσιο ελαχιστοποιεί τα οφέλη. Έχει προταθεί ότι η ηθική που βασίζεται στην αρετή,

και όχι η ηθική που βασίζεται σε αρχές, θα πρέπει να στηρίζει την ιατρική δεοντολογία και ότι αυτή η προσέγγιση έχει περισσότερες πιθανότητες να επιστρέψει η ανθρωπότητα στην υγειονομική περίθαλψη (de Zulueta 2015). Here, Beauchamp and Childress point to various discussions of virtue theory and moral character appearing in various editions of PBE, including a discussion in the eighth edition of how virtues and principles might work together in certain practical scenarios (Beauchamp & Childress 2019b: 11).

Άλλες μέθοδοι βιοηθικής

Σοφιστική ηθικολογία

Υπάρχουν άλλες προσεγγίσεις στη βιοηθική που παρέχουν εναλλακτικές λύσεις στην υψηλή θεωρία. Η πρώτη, η Σοφιστική ηθικολογία θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αντίδραση στις πρώτες εκδοχές της μεθόδου τεσσάρων αρχών των Beauchamp και Childress. Η περιπτωσιολογία, ή ο συλλογισμός βασισμένος σε περιπτώσεις, οι υποστηρικτές αντιτίθενται σε αυτό που αντιλαμβάνονταν ως μονοκατευθυντική «καθοδική» ροή από τις αρχές στις περιπτώσεις (Arras 2017: 11). Αντίθετα, υποστήριζαν μια πιο «από κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση, στην οποία οι πραγματικές περιπτώσεις, και όχι οποιαδήποτε συγκεκριμένη ηθική θεωρία, θα χρησιμεύουν ως αφετηρία και οι ηθικές αρχές θα εκλαμβάνονται ως ένα σύνολο κανόνων. Η καουϊστική ως μέθοδος βιοηθικής, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της, προσφέρει ορισμένα πλεονεκτήματα. Το ένα είναι η ικανότητά του να παρέχει ευκαιρίες για συμφωνία μεταξύ ατόμων με διαφορετικές θεωρητικές πεποιθήσεις, καθιστώντας το ιδιαίτερα κατάλληλο για τη λήψη αποφάσεων σε μια διαφορετική κοινωνία. Στο πιο πρακτικό ιατρικό περιβάλλον, η σοφιστική είναι κατάλληλη για χρήση από επαγγελματίες υγείας, των οποίων ο προσανατολισμός είναι ήδη εστιασμένος στις περιπτώσεις και

των οποίων ο χρόνος και το ενδιαφέρον για την ηθική θεωρία είναι πιθανότατα περιορισμένα. Η Σοφιστική θα ζητούσε τη χρήση εξαιρετικά λεπτομερών περιπτώσιολογικών μελετών κατά τη διδασκαλία της βιοηθικής, κάτι που πολλοί των οποίων τα διδακτικά καθήκοντα περιλαμβάνουν την εκπαίδευση ατόμων στην υγειονομική περίθαλψη θα θεωρούσαν ως πλεονέκτημα (Arras 2017: 55–57).

Αφηγηματική ηθική

Η αφηγηματική ηθική είναι μια άλλη εναλλακτική προσέγγιση της ηθικής γενικά, και της βιοηθικής ειδικότερα. Πολλοί κριτικοί πιστεύουν ότι προέκυψε ως αντίδραση σε μια λεγόμενη «θεωρία-οδηγούμενη» προσέγγιση της βιοηθικής, η οποία προωθεί τις έννοιες του Διαφωτισμού της αντικειμενικότητας και της καθολικότητας (Arras 1997: 65). Με άλλα λόγια, η αφηγηματική ηθική προέκυψε ως αντίδραση στην αμερόληπτη ηθική, η οποία υποστήριζε ότι η ηθική είναι πρωτίστως ζήτημα «σωστής συμπεριφοράς μεταξύ αγνώστων».

Βιοηθική και Φεμινιστική Θεωρία

Μια άλλη διαφορετική προσέγγιση της βιοηθικής χρησιμοποιεί φεμινιστικές ηθικές έννοιες. Οι φεμινιστικές προοπτικές για τη βιοηθική παρέχουν ένα πλαίσιο για την προσέγγιση της βιοηθικής, τουλάχιστον όσον αφορά τη διαμόρφωση και την τήρηση ενός συνόλου θεωρητικών δεσμεύσεων. Ορισμένες από αυτές τις δεσμεύσεις αφορούν τρόπους ηθικής συλλογιστικής, ενώ άλλες αφορούν ουσιαστικές δεσμεύσεις σχετικά με το πώς να επιτευχθεί μια πιο δίκαιη κοινωνική τάξη, και άλλες αντιμετωπίζουν ανησυχίες σχετικά με το ποια προοπτική θα πρέπει να έχει προτεραιότητα σε μια μελέτη ενός βιοηθικού ζητήματος. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η βιοηθική έχει σε μεγάλο βαθμό αδιαφορήσει για τη δουλειά στη φεμινιστική ηθική γενικά, καθιστώντας ακόμη πιο σημαντικό ότι μια φεμινιστική προσέγγιση στη βιοηθική λειτουργεί ως

διορθωτική σε ορισμένες τάσεις όπως η έλλειψη προσοχής στο κοινωνικό πλαίσιο και η έμφαση στις φιλελεύθερες αξίες (Μαροπούλου, Τσακιστράκη, 2016).

Μοντέλα Συμβουλευτικής Κλινικής Δεοντολογίας

Η Αμερικανική Εταιρεία Βιοηθικής και Ανθρωπιστικών Επιστημών (ASBH) προτείνει τρία μοντέλα συμβουλευτικής κλινικής δεοντολογίας, ένα από τα οποία υποστηρίζει. Κάθε μοντέλο περιλαμβάνει σιωπηρά μια απεικόνιση της εμπλοκής ή της έλλειψης της ηθικής θεωρίας. Ο μοναδικός σκοπός της ηθικής διαβούλευσης, σύμφωνα με την προσέγγιση της καθαρής συναίνεσης, είναι η επίτευξη συμφωνίας μεταξύ εκείνων που συμμετέχουν στη διαβούλευση (ASBH 2022). Φαίνεται να μην υπάρχει θέση για ηθική θεωρία σε αυτή τη μέθοδο στη θεραπευτική διαβούλευση, καθώς η διαμεσολάβηση είναι ο κύριος στόχος, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη εάν η συμφωνία που έχει δημιουργηθεί είναι ηθικά δικαιολογημένη μέσω αναφοράς σε ηθικά πρότυπα, αναγνωρισμένες αξίες ή ηθική θεωρία. Αυτό το παράδειγμα θεωρείται συχνά ότι παρέχει μια πολύ απλοϊκή άποψη των στόχων της συμβουλευτικής κλινικής ηθικής, καθώς και μια υπερβολικά απλοϊκή άποψη για τις γνώσεις και το καθήκον του κλινικού ηθικολόγου. Ο κλινικός ηθικολόγος, από την άλλη πλευρά, είναι ο κύριος υπεύθυνος λήψης ηθικών αποφάσεων στο δεύτερο είδος, το αυταρχικό μοντέλο. Αυτό το παράδειγμα θεωρείται ευρέως ότι έχει μια υπερβολική άποψη για την εξουσία και την ικανότητα της κλινικής ηθικής, καθώς και για το αλάθητο της άποψής της. Σύμφωνα με την ASBH, το κύριο ελάττωμα αυτής της προσέγγισης είναι ότι ο κλινικός ηθικολόγος αγνοεί τη δύναμη λήψης αποφάσεων άλλων, όπως η οικογένεια ενός ασθενούς και η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης (ASBH 2022).

Συμπεράσματα

Η διακοπή του καπνίσματος και η πρόληψη συνεχίζουν να είναι οι πιο επιτυχημένες και οικονομικά αποδοτικές ιατρικές θεραπείες. Αυτό είναι ένα κρίσιμο στοιχείο από την 4η Επιστημονική Σύνοδο Κορυφής για τη Μείωση της Βλάβης του Καπνίσματος, η οποία αποκάλυψε επίσης ότι το ενδιαφέρον των ειδικών για καινοτόμες μεθόδους μείωσης του καπνίσματος διευρύνεται. Ομολογουμένως, η πραγματικότητα ότι πάνω από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως συνεχίζουν να καπνίζουν και ότι πάνω από 7 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα καθιστά τις προσπάθειες για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης των καπνιστών απαραίτητη προϋπόθεση. Σε μια εποχή διαρκώς εξελισσόμενης τεχνολογίας και καινοτομίας, νέες τεχνικές που βασίζονται σε πιθανώς ασφαλέστερες εναλλακτικές λύσεις στα παραδοσιακά τσιγάρα, όπως η Στρατηγική μείωσης της βλάβης στο κάπνισμα, αναπτύσσονται για άτομα που καπνίζουν αλλά δεν μπορούν να το κόψουν εντελώς για διάφορους λόγους (Bernheim, 2003). Οι ηθικές αποφάσεις, μικρές ή σημαντικές, είναι συνυφασμένες με την υγειονομική περίθαλψη σε άτομα με ποικίλες πεποιθήσεις σε μια πλουραλιστική και πολυπολιτισμική κοινωνία. Λόγω των διαφόρων μεταβλητών που εμφανίζονται σε κλινικές περιπτώσεις, καθώς και της πραγματικότητας ότι υπάρχουν πολλές ηθικές αρχές που φαίνεται να είναι σχετικές σε πολλά σενάρια στην υγειονομική περίθαλψη, αυτές οι αρχές δεν θεωρούνται απόλυτες, αλλά χρησιμεύουν ως ισχυροί οδηγοί δράσης στην κλινική ιατρική. Ορισμένες έννοιες ιατρικής ηθικής χρησιμοποιούνται εδώ και χιλιετίες. Ο Ιπποκράτης, για παράδειγμα, διέταξε τους γιατρούς «να βοηθήσουν και να μη βλάψουν» τον τέταρτο αιώνα π.Χ. Ομοίως, οι αρχές του σεβασμού των ατόμων και της δικαιοσύνης ήταν εξέχουσες στην εξέλιξη των κοινοτήτων από την αρχή. Ωστόσο, το 1979, ο Tom Beauchamp και ο James Childress κυκλοφόρησαν την πρώτη έκδοση του *Principles of Biomedical Ethics* για τις προσπάθειες επίλυσης ηθικών δυσκολιών στην

κλινική ιατρική. Την ίδια χρονιά, η Έκθεση Belmont σκιαγράφησε τρεις αρχές του σεβασμού για τον άνθρωπο, της ευεργεσίας και της δικαιοσύνης ως πρότυπα για την κατάλληλη έρευνα με ανθρώπινα όντα (1979). Έτσι, είναι ευρέως αποδεκτό τόσο στην κλινική θεραπεία όσο και στην επιστημονική μελέτη ότι αυτές οι έννοιες μπορούν να εφαρμοστούν, ακόμη και σε ασυνήθιστα περιβάλλοντα, για να δώσουν κατεύθυνση στον καθορισμό των ηθικών ευθυνών σε αυτήν την κατάσταση (Conly, 2014 ; Cox, Dawkins, 2018).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Bayer, R. (2007). The continuing tensions between individual rights and public health. Talking Point on public health versus civil liberties. *EMBO Rep.* 2007;8:1099–103.
- Babb, S, Malarcher, A, Schauer, G, Asman, K, Jama, I A. (2017). Quitting smoking among adults *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;65(52):1457–1464.
- Abel, FF. (2001). *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética y Fundación MAPFRE Medicina;
- Cox, S, Dawkins L. (2018). Global and local perspectives on tobacco harm reduction: what are the issues and where do we go from here? *Harm Reduct J.* 2018;15(1):32.
- Lee, S, Ling, PM, Glantz, SA. (2012). The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low and middle-income countries. *Cancer Causes Control.* 23 Suppl 1:117–29.
- Liu, A, Guzman, Castillo, M, Capewell, S, Lucy, J, O’Flaherty, M. (2013). Reduction in myocardial infarction admissions in Liverpool after the smoking ban: potential socioeconomic implications for policymaking. *BMJ Open.* 2013;3:e003307.
- Moodie, R, Stuckler, D, Monteiro, C, Sheron, N, Neal, B, Thamarangsi, T. (2013). Action Group. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*;381:670–9.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine (2018). *Public Health Consequences of E-Cigarettes*. Washington, DC: The National Academies Press;
- Siegel, M. (2019). *CDC Investigation into Respiratory Disease Outbreak Has Contributed Absolutely Nothing to the Public’s Knowledge So Far*. [online] available

at: <http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2019/09/cdc-investigationintorespiratory.html>,
accessed 2 March 2022

Pirie et al., (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK, Volume 381, Issue 9861, 12–18 January 2013, Pages 133-141

Brennan et al., (2006). High Cumulative Risk of Lung Cancer Death among Smokers and Nonsmokers in Central and Eastern Europe, Volume 164, Issue 12, 15 December 2006, Pages 1233–1241, <https://doi.org/10.1093/aje/kwj340>

Shickle, D. (2019). The ethics of public health practice: balancing private and public interest within tobacco policy. *Br Med Bull* ; 91:7–22.

McNeill, A, Brose, LS, Calder, R, Bauld, L, Robson D. (2018). Evidence Review of E-cigarettes and Heated Tobacco Products 2018. *A Report Commissioned by Public Health England*. London, UK: Public Health England;

Ruprecht, AA, De Marco, C, Saffari, A. (2017). Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol Sci Tech*. 2017;51(6):674–684.

Thomas, R., Parker, L.S., Shiffman, S. (2021). The Ethics of Tobacco Harm Reduction: An Analysis of E-Cigarette Availability From the Perspectives of Utilitarianism, Bioethics, and Public Health Ethics, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 23, Issue 1, January 2021, Pages 3–8 <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa198>

Gilmore B., Behrooz T., Rosemary H., Gordon T., (2015). Smoking patterns in Great Britain: the rise of cheap cigarette brands and roll your own (RYO) tobacco, Volume 37, Issue 1, March 2015, Pages 78–88, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu048>

Bilano V., Stuart Gilmour S., Moffiet T., d'Espaignet T. E., Stevens G., Commar Al., (2015). Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control, VOLUME 385, ISSUE 9972, P966-976, MARCH 14, 2015

Stuber, Galea, and Link, 2008; Graham, (2011). Smoking and the emergence of a stigmatized social status, *Soc Sci Med.* 2008 Aug;67(3):420-30.

Miles, A, Loughlin, M. (2009). Philosophy, freedom and the public good: a review and analysis of 'Public health ethics', pp. 222. *J Eval Clin Pract* ;15:838–58.

Popper, K. (2006). *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2006.

Goodin, R. E. (1993). *Democracy, Preferences and Paternalism*. *Policy Sciences*, 26(3), 229–247. <http://www.jstor.org/stable/4532289>

Colgrove, Bayer, & Bachynski, (2011). Nowhere Left to Hide? The Banishment of Smoking from Public Spaces, *N Engl J Med* 2011; 364:2375-2377
DOI: 10.1056/NEJMp1104637

Bayer, R, Bachynski, KE. (2013). Banning smoking in parks and on beaches: science, policy, and the politics of denormalization. *Health Aff (Millwood)*. Jul;32(7):1291-8.
DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1022. PMID: 23836746.

Ugen S., (2003). Bhutan: the world's most advanced tobacco control nation?, *Tob Control*. 2003 Dec; 12(4): 431–433.

Barnsley, K, Walters, H, Wood-Baker, R. (2015). Bureaucratic barriers to evidence-based tobacco control policy: a Tasmanian case study. *Universal J Public Health* 2015; 3: 6-15.

Childress, JF, Faden, RR, Gaare, RD, Gostin, LO, Kahn, J, Bonnie, RJ. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *J Law Med Ethics*. 2002;30:170–8.

Dawson, A, Jennings, B. (2012). The place of solidarity in public health ethics. *Public Health Rev*. 2012;34:65–79.

Iatropedia (2021). 4ο Επιστημονικό Συνέδριο για τη μείωση της βλάβης από τον καπνό: «Η άμυνά μας στην πανδημία του καπνίσματος» [online] available at: <https://www.iatropedia.gr/yegeia/4o-epistimoniko-synedrio-gia-ti-meiosi-tis-vlavis-apo-ton-kapno-i-amyna-mas-stin-pandimia-tou-kapnismatos/147810/>, accessed 2 March, 2022

Τασόπουλος, Γ. (2017). *Κάπνισμα και τρίτη ηλικία* [online] available at: <https://www.gernaollios.gr/2017/05/28/kapnisma-ke-triti-ilikia/>, accessed 2 March 2022

Bernheim, RG. (2003). Public health ethics: the voices of practitioners. *J Law Med Ethics*. 2003;31(4 Suppl):104–9.

Callahan, D, Jennings, B. (2002). Ethics and public health: forging a strong relationship. *Am J Public Health*. 2002;92:169–76.

Bayer, R, Fairchild, AL. (2004). The genesis of public health ethics. *Bioethics*. 2004;18:473–92.

Cortina, A. (2003). El quehacer público de la ética aplicada: ética cívica transnacional. In: Cortina A, García-Marzá D, editors. *Razón pública y éticas aplicadas*. Madrid: Tecnos; 2003. p. 13–44.

Faden, R, Shebaya, S. (2010). Public Health Ethics. The Stanford Encyclopedia of Philosophy [online] available at: <http://plato.stanford.edu/entries/publichealth-ethics/>, accessed: 2 March 2022

Regidor E, de la Fuente, L, Gutiérrez-Fisac, JL, de Mateo, S, Pascual, C, Sánchez-Payá, J. (2007). The role of the public health official in communicating public health information. *Am J Public Health* ; 97 Suppl 1:S93–7.

Hawkes, N. (2010). So whose business is public health? *BMJ*. 2010;341:c6743.

Kass, NE.(2001). An ethics framework for public health. *Am J Public Health*. 2001;91:1776

Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals”. *J Med Ethics*. 2003;29:307–12.

Lear, WJ. (2003). Where’s the public in public health ethics? *Am J Public Health*. 2003;93:1033.

Lee, LM. (2012). Public health ethics theory: review and path to convergence. *J Law Med Ethics* ;40:85–98.

Lee, LM. (2014). My moral compass and ethical decision making in public health. *Public Health*. 2014;128:579–81.

Rosenbaum, L. (2014). “Misfearing”—culture, identity, and our perceptions of health risks. *N Engl J Med*. 2014;370:595–7.

The Ethics Center (2017). *Big Thinkers: Thomas Beauchamp & James Childress* [online] available at: <https://ethics.org.au/big-thinkers-thomas-beauchamp-james-childress/>, accessed 2 March 2022

Ferrer, JJ, Álvarez, JC. (2003). *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Bilbao: Desclée de Brouwer;

Sinnott-Armstrong, W. (2019). Consequentialism. In: Zalta EN, ed. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University; [online] available at: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/consequentialism/>, accessed 2 March 2022

Tengland, PA. (2013). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. *Health Care Anal.* <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-013-0265-0>

Upshur, RE. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health.* 2002;93:101–3.

Verweij, M, Dawson A. (2007). The Meaning of ‘Public’ in ‘Public Health’. In: Dawson A, Verweij M, editors. *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford: Clarendon;

Warner, KE, Mendez, D. (2019). E-cigarettes: comparing the possible risks of increasing smoking initiation with the potential benefits of increasing smoking cessation. *Nicotine Tob Res.*;21(1):41–47.

WHO Regional Office for Europe. (2020). Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [online] available at: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>, accessed 2 March 2022

Vremaroiu-Coman, A. & Alexescu, T. & Negrean, V. & Milaciu, M. & Buzoianu, A. & Ciumărnean, L. & Todea, A.. (2018). Ethical aspects of smoking cessation among the

population from Transylvania. *Balneo Research Journal*. 9. 254-259.
10.12680/balneo.2018.191.

World Health Organization (WHO). (2017). *WHO Statement on Philip Morris funded Foundation for a Smoke-Free World*

Karches, K. (2019). Temperance, Moral Friendship, and Smoking Cessation, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, Volume 44, Issue 3, June 2019, Pages 299–313, <https://doi-org.eres.qnl.qa/10.1093/jmp/jhz003>

Franck, C., Fillion, K.B., Kimmelman, J. (2016). Ethical considerations of e-cigarette use for tobacco harm reduction. *Respir Res* 17, 53 <https://doi.org/10.1186/s12931-016-0370-3>

Arras, J. & Hunt, R. (1983). *Ethical Issues in Modern Medicine*. Mayfield Pub. Co.

Babb, S, Malarcher, A, Schauer, G, Asman, K, Jama, I A. (2017). Quitting smoking among adults *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;65(52):1457–1464.

McMillan 2018: 51–53

Μαροπούλου, Μ., Τσακιστράκη, Χ. (2016). Ορθός λόγος, συναίσθημα και κανονιστικές ηθικές θεωρίες υπό το πρίσμα του πολιτισμικού φεμινισμού της διαφοράς Στο Ρεθυμνιωτάκη, Ε., Μαροπούλου, Μ., Τσακιστράκη, Χ. 2016. *Φεμινισμός και Δίκαιο*. [Κεφάλαιο] Αθήνα: Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. κεφ 7. <http://hdl.handle.net/11419/6184>

ASBH (2022). ASBH 24th Annual Conference [online] available at: <https://asbh.org/annual-meeting/bioethics-humanities-meeting>, accessed 2 March 2022

Arras, J. & Hunt, R. (1983). *Ethical Issues in Modern Medicine*. Mayfield Pub. Co.

Conly, S. (2014). Against autonomy: justifying coercive paternalism. *Journal of Medical Ethics* 40 (5):349-349.

Hirschhorn N. (2018). Another perspective on the Foundation for a Smoke-Free World. *Lancet* 2018;391:25.

Iatropedia (2021). 4ο Επιστημονικό Συνέδριο για τη μείωση της βλάβης από τον καπνό: «Η άμυνά μας στην πανδημία του καπνίσματος» [online] available at: <https://www.iatropedia.gr/ygeia/4o-epistimoniko-synedrio-gia-ti-meiosi-tis-vlavis-apo-ton-kapno-i-amyna-mas-stin-pandimia-tou-kapnismatos/147810/>, accessed 2 March, 2022