



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Θέμα Διπλωματικής Εργασίας:

**Αναφορές Παθητικού Καπνίσματος και Αντικαπνιστικού Νομού στον
Ελληνικό Ηλεκτρονικό Τύπο.**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια :

Σιαχπαζίδου Δήμητρα: Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, Φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ
Θεσσαλίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Χατζόγλου Χρυσή: Αν. Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλη τριμελούς επιτροπής :

Χατζόγλου Χρυσή: Αν. Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος: Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

Κοτρώτσου Ευαγγελία: Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Title

**Passive smoking and anti smoking reports in the Greek Web
press.**

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	5
Εισαγωγή	6
Περίληψη	7
Abstract	8
Γενικό Μέρος	
1. Τι είναι το Παθητικό Κάπνισμα	10
2. Επιπτώσεις Παθητικού Καπνίσματος	11
2.1 Οι Επιπτώσεις σε Ενήλικες	11
2.1.1 Καρκίνος του Πνεύμονα	11
2.1.2 Παθήσεις Καρδιαγγειακού Συστήματος	12
2.1.3 Χρόνιες Πνευμονοπάθειες	12
2.2 Παθητικό Κάπνισμα και Παιδιά	14
2.2.1 Νοσηρότητα και Κόστος.....	14
2.2.2 Προωρότητα και Περιγενετική Θνησιμότητα.....	14
2.2.3 Ανάπτυξη του Εμβρύου.....	15
2.2.4 Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου.....	15
2.2.5 Άσθμα.....	15
2.2.6 Αναπνευστικές Παθήσεις.....	16
2.2.7 Αθηρογένεση	17
2.2.8 Ωτίτιδα.....	17
2.2.9 Τερηδόνα	17
2.2.10 Παιδικός Καρκίνος	18
3. Επιδημιολογικά Δεδομένα για το Παθητικό Κάπνισμα.....	18
4. Αντικαπνιστικός Νόμος	19
4.1 Ο Πρώτος Αντικαπνιστικός Νόμος στην Ελλάδα.....	19
4.2 Πράσινη Βίβλος – Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Βρυξέλλες 30/01/2007).....	20
4.2.1 Κοινωνικοοικονομικοί Λόγοι.....	21
5. Έρευνα του Ευρωβαρόμετρο 2009.....	22
6. Η Απαγόρευση του Καπνίσματος στην Ελλάδα.....	24
7. Νόμος Ratio Legis.....	24
7.1 Ο Σκοπός του Νόμου Ratio Legis.....	24
8. Αντικαπνιστική Νομοθεσία των Ευρωπαϊκών Χωρών.....	26
9. Επιδημιολογικά Στοιχεία Αντικαπνιστικού Νόμου.....	28

10. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) και Προαγωγή Υγείας.....	29
10.1 Μ.Μ.Ε και η Προβολή Θεμάτων Υγείας.....	30
10.1.1 Τι μπορούν και τι δεν μπορούν να επιτύχουν τα Μ.Μ.Ε.....	31
10.1.2 Ανάλυση της επίδρασης των Μ.Μ.Ε.....	31
Ειδικό Μέρος	
1. Σκοπός	34
2. Υλικό και Μέθοδος.....	34
3. Αποτελέσματα.....	36
3.1 Περιγραφική Ανάλυση.....	36
3.2 Επαγωγική Ανάλυση.....	44
Συζήτηση	62
Βιβλιογραφία	67

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς το πρόσωπο της Καθηγήτριας μου κυρίας Χατζόγλου Χρυσής, η οποία με καθοδήγησε σε νέους ορίζοντες, με βοήθησε να σκέφτομαι και να εξετάζω κάθε πρόβλημα σφαιρικά εμψυχώνοντάς με όποτε αυτό ήταν απαραίτητο. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, τον κύριο Γουργουλιάνη Κωνσταντίνο και την κυρία Κοτρώτσιου Ευαγγελία.

Θα ήθελα μέσα από την καρδιά μου να ευχαριστήσω τα πρόσωπα που με στήριξαν πραγματικά στον παραγωγικό αγώνα μου μέσω του οποίου πραγματοποιήθηκαν όνειρα, προσδοκίες και φιλοδοξίες.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου Ιωσήφ και Ευτυχία που μου συμπαραστέκονται και με στηρίζουν σε όλες τις προσπάθειές μου, σε κάθε επιτυχία μου αλλά προπάντων σε κάθε αποτυχία μου.

Εισαγωγή

Σχεδόν μισός αιώνας έχει περάσει από την πρώτη επιστημονική έρευνα που αποδεικνύει τις πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και ενώ πλέον έχουν διερευνηθεί και διαπιστωθεί από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα σε μεγάλο βαθμό οι συνέπειες αυτών τόσο στον ενεργό όσο και στον παθητικό καπνιστή, ο αριθμός των καπνιστών παγκοσμίως αυξάνεται αντί να μειώνεται.

Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν πως οι καπνιστές έχουν ξεπεράσει το 1,2 δισεκατομμύριο παγκοσμίως, λόγω της μεγάλης αύξησης των καπνιστών σε αναπτυσσόμενες ή υποανάπτυκτες οικονομικά χώρες και πιστεύεται ότι μέχρι το 2025 ο αριθμός αυτός θα αγγίζει το 1,9 δις παγκοσμίως [1].

Λίγοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη νόσων μπορούν να προληφθούν και να ελεγχθούν τόσο όσο το κάπνισμα. Οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος και η αιτιολογική του σχέση με νοσήματα όπως ο καρκίνος του πνεύμονα και οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις μελετήθηκαν και τεκμηριώθηκαν αρκετά νωρίς. Εκστρατείες πρωτογενούς πρόληψης πέτυχαν περιορισμό της επίπτωσης του καπνίσματος στις αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα όμως παραμένει σε ανοδική πορεία στις υπό ανάπτυξη χώρες [2].

Εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα (ΠΚ) στα σπίτια, στην εργασία ή σε άλλους δημόσιους χώρους. Στις ΗΠΑ τουλάχιστον 126 εκατομμύρια μη καπνιστές εκτίθενται σε ΠΚ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα παρά τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος και των μέτρων προστασίας για περιβάλλον ελεύθερο καπνού [3].

Διόλου ευκαταφρόνητος δεν είναι ο αριθμός θανάτων από το παθητικό κάπνισμα, που υπολογίζεται στις 600.000 ανθρώπους ανά έτος παγκοσμίως [4]. Δυσάρεστη έκπληξη αποτελεί η Ελλάδα που παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών [5].

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη εξετάζονται οι αναφορές του ΠΚ στον ελληνικό ηλεκτρονικό τύπο και του αντικαπνιστικού νόμου (ΑΝ) Ν. 3730/2008, Ν. 3868/2010, Ν. 3986/2011 και αν αυτές οι αναφορές επηρεάζουν ή επηρεάζονται από τους νόμους.

Περίληψη

Εισαγωγή: Εδώ και μισό αιώνα περίπου έχουν διερευνηθεί και διαπιστωθεί από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα οι συνέπειες του Παθητικού Καπνίσματος (ΠΚ). Παρόλα αυτά ο Αντικαπνιστικός Νόμος στην Ελλάδα συνεχίζει να μην εφαρμόζεται και ο ηλεκτρονικός τύπος να αντιμετωπίζει το θέμα ποικιλοτρόπως. Σκοπός της μελέτης είναι η συλλογή, η ταξινόμηση και η συσχέτιση των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος και του Αντικαπνιστικού Νόμου στον Αθηναϊκό και Περιφερειακό Ελληνικό ηλεκτρονικό τύπο, σε τρεις χρονικές περιόδους που καθορίζονται από τη θέσπιση των αντίστοιχων νόμων: Ν.3730/08, Ν.3868/2010, Ν.3986/11. Υλικό και Μέθοδος: Με βάση την λίστα της Γενικής Γραμματείας Ενημέρωσης και Επικοινωνίας βρέθηκαν 67 εφημερίδες, 347 άρθρα για το ΠΚ και 201 για τον ΑΝ. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση «SPSS 19.0 for Windows» και χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Mann-Whitney U test, Wilcoxon's signed-rank test, Spearman. Αποτελέσματα: διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφημερίδων ανήκαν στον Περιφερειακό τύπο, ήταν καθημερινής έκδοσης και εκδίδονταν στην Αθήνα και στην υπόλοιπη Αττική, βρέθηκαν 347 άρθρα για το ΠΚ τα οποία χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες γενικά (212) και ειδικά (135) και οι αναφορές για το ΑΝ έφτασαν στα 201 άρθρα και για τις τρεις μελετώμενες περιόδους. Επίσης βρέθηκε ότι κατά την περίοδο 23/12/2008 έως 02/08/2010 (Α) η μέση τιμή/έτος ΠΚ και ΑΝ ήταν 0,66, για την 03/08/2010 έως 30/06/2011 (Β) ήταν 1,71 και για την περίοδο 01/07/2011 έως 31/12/2015 (Γ) ήταν 1,24. Διαπιστώθηκε ότι η Γ' περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το ΠΚ και μεγαλύτερο αριθμό αναφορών ανά έτος, η Β' περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το ΠΚ και τον ΑΝ ενώ τον μικρότερο αριθμό αναφορών ανά έτος τον παρουσίαζε η Α περίοδος. Συγκριτικά τη μεγαλύτερη ένταση της σχέσης μεταξύ των αναφορών του ΠΚ και ΑΝ είχε η Β' περίοδος και έπονται η Γ' περίοδος και η Α' περίοδος. Όσον αφορά τα επιμέρους είδη των εφημερίδων, την ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των αναφορών παρουσίασε ο Αθηναϊκός τύπος την Α' και την Β' περίοδο, καθώς και ο Καθημερινός τύπος την Β' και την Γ' περίοδο. Συμπεράσματα: Συμπερασματικά το ζήτημα του ΠΚ και του ΑΝ προβλήθηκε ιδιαίτερα από τον ηλεκτρονικό τύπο κατά την Β περίοδο γεγονός που ίσως οφείλετε στο ότι ο Νόμος .3868/2010 επέβαλε την καθολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους σε σχέση με τους υπόλοιπους δυο που περιελάμβαναν εξαιρέσεις. Αυτή η αυξημένη προβολή του θέματος προήρθε κυρίως από τον Αθηναϊκό και Καθημερινό τύπο.

Λέξεις κλειδιά: Παθητικό Κάπνισμα, Αντικαπνιστικός Νόμος, Ηλεκτρονικός Τύπος

Abstract

Introduction: For about half a century, the consequences of Passive Smoking (PS) have been investigated and established by the global scientific community. However, the Anti-Smoking Legislation continues to be ignored in Greece and the web press covers this issue in various ways. Purpose of the present study is the collection, classification and correlation of Passive Smoking (PS) reports and the Antismoking Legislation (AL) in Athens and Regional Greek web press for three periods of time that are determined by the establishment of the three following laws: N.3730 / 08, N.3868 / 2010, N.3986 / 11. Material and Methods: Based on the list of the General Secretariat of Information and Communication, 67 newspapers, 347 articles on PS and 201 articles on the AL were found. The statistical analysis was performed by using "SPSS 19.0 for Windows", Mann-Whitney U test, Wilcoxon's signed-rank test, Spearman. Results: It was found that the majority of the newspapers originated from the regional daily press, and were published in Athens and the rest of Attica. There were found 347 articles for the PS which were divided into two categories, the general (212) and the specific articles (135) and the references for the AL reached the 201 articles for all of the three studied periods of time. It was also found that during the period of 23/12/2008 to 02/08/2010 (A) the average value / year for PS and AL was 0.66, during the period of 03/08/2010 to 30/06/2011 (B) was 1.71 and during the period of 01/07/2011 to 31/12/2015 (C) was 1.24. It was found that the third period showed a higher number of reports for the PS and increased number of reports per year, the second period showed a higher number of total reports for the PS and the AL while the lowest number of reports per year was presented by the first period. As for the individual types of newspapers, the strongest correlation among the reports was shown by the Athens Press during the first and the second period, and also the Daily Press during the second and third period. Conclusions: We conclude that the second period showed comparatively greater intensity of the relationship between the PS and AL reports, followed by the third and first period. As to the individual types of newspapers, the strongest correlation between the reports was presented by the Athens Press for the first and second period, and by the Daily Press for the second and third period. In conclusion, the issue of Passive Smoking and especially the Anti-Smoking Legislation over covered by the web press during the second period which may owe to the fact that the Law .3868 / 2010 imposed a total ban on smoking in public places in relation to the other two that included exceptions. This increased projection of this issue originated mainly from Athens and daily press.

Keywords: Passive Smoking, Antismoking Legislation, Web Press

Γενικό Μέρος

1. Τι είναι το Παθητικό Κάπνισμα

Το Παθητικό Κάπνισμα (ΠΚ) είναι η ακούσια έκθεση των μη καπνιστών στα προϊόντα που απελευθερώνονται από την καύση του καπνού σε συνδυασμό με τον καπνό που απελευθερώνεται από τον ενεργητικό καπνιστή. Αποτέλεσε πεδίο έρευνας τα τελευταία χρόνια και φάνηκε γρήγορα ότι αποτελεί μια συνιστώσα του καπνίσματος τουλάχιστον ίσης αξίας με το ενεργητικό κάπνισμα [6].

Η πρώτη αναφορά του παθητικού καπνίσματος (passive smoking) πρωτοαναφέρεται το 1939 σε βιβλίο του Γερμανού F. Flickint ενώ οι όροι δευτερογενές κάπνισμα (secondhand smoking) και έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό (environmental smoke exposure) εμφανίζονται αργότερα. Τη δεκαετία 1960-’70 διεξάγονται οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες για την επίδραση του ΠΚ στην υγεία και το 1986 εθνικοί και διεθνείς φορείς όπως ο General Surgeon στην ετήσια αναφορά του (ένα είδος επιτηρητή-συμβούλου σε θέματα δημόσιας υγείας) και το International Agency for Research on Cancer στην Αμερική, υποστηρίζουν την αιτιολογική του σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα καθώς και με αναπνευστικές διαταραχές σε παιδιά [2], [7].

Η έκθεση στο ΠΚ αρχίζει πολύ νωρίς, ήδη από την ενδομήτριο ζωή και μπορεί να συνεχίζεται καθ’ όλη τη διάρκειά της. Είναι εξάλλου μια έκθεση που μπορεί να θεωρηθεί αναπόφευκτη για τα παιδιά και για τα 2/3 των ενηλίκων που δεν καπνίζουν αφού οι ενήλικες καπνιστές ανέρχονται σε 1,3 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Ο κίνδυνος που επιπροσθέτει το ΠΚ στην εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων είναι γενικά μικρός αλλά η εξαιρετικά μεγάλη επίπτωσή του (περίπου 40% του ενήλικου πληθυσμού) το καθιστά εν τέλει έναν σημαντικό βλαπτικό περιβαλλοντικό παράγοντα.

Ο καπνός που προέρχεται από την καύση του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 διαφορετικές χημικές ουσίες μεταξύ των οποίων τουλάχιστον 100 δηλητήρια και 50 καρκινογόνα. Ο καπνός που υπάρχει στο περιβάλλον των καπνιστών προκύπτει από δύο ρεύματα: το κύριο (mainstream), που εκπνέεται από τον καπνιστή και το πλάγιο (sidestream) που παράγεται από το σιγοκαϊόμενο άκρο του τσιγάρου. Ο καπνός από το πλάγιο ρεύμα είναι ποσοτικά και ποιοτικά σημαντικότερος διότι ευθύνεται για το 85% του καπνού που υπάρχει στον αέρα του περιβάλλοντος των καπνιστών και παράγεται σε χαμηλή θερμοκρασία γεγονός που το καθιστά πιο βλαπτικό λόγω είδους και υψηλότερης συγκέντρωσης τοξικών συστατικών [2].

2. Επιπτώσεις Παθητικού Καπνίσματος

Το παθητικό κάπνισμα σύμφωνα με πλήθος επιστημονικών μελετών είναι αιτία πολλών βλαβερών συνεπειών για τον οργανισμό. Οι παθητικοί καπνιστές που υποβάλλονται στον καπνό του τσιγάρου, έχουν αυξημένο κίνδυνο κατά 20% έως 30% να παρουσιάσουν καρκίνο του πνεύμονα. Γενικότερα, το παθητικό κάπνισμα θεωρείται σήμερα η τρίτη προβλέψιμη αιτία θνησιμότητας [8].

Έχει αναγνωρισθεί ως μία από τις σημαντικότερες απειλές της δημόσιας υγείας και έχει συνδεθεί με σοβαρές επιπτώσεις στον οργανισμό. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου του πνεύμονα, καθώς και με εμφάνιση αναπνευστικών συμπτωμάτων και έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας [9].

2.1. Οι επιπτώσεις σε Ενήλικες

2.1.1. Καρκίνος Πνεύμονα

Η ποσότητα των καρκινογόνων ουσιών στον καπνό που εισπνέουν οι παθητικοί καπνιστές είναι μικρότερη σε σχέση με το ενεργητικό κάπνισμα. Ωστόσο, η πρόωγής έναρξης και μεγάλης διάρκειας έκθεση, η απουσία ασφαλούς οδού δόσης εισπνεόμενων καρκινογόνων και η ανεύρεση σε σωματικά υγρά μη καπνιστών καρκινογόνων ουσιών που σχετίζονται με τον καπνό καθιστούν το ΠΚ έναν δυνητικά καρκινογόνο παράγοντα [10].

Μετά από μελέτες και μετα-ανάλυσεις καταλήγουμε στην κοινή διαπίστωση ότι οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά σε καπνό έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Πιο συγκεκριμένα, η ενδοοικιακή έκθεση λόγω συμβίωσης με σύζυγο καπνιστή αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 21-31%. Η σχέση είναι σταθερή για τα δύο φύλα και ανεξάρτητη της γεωγραφικής προέλευσης. Η έκθεση στον εργασιακό χώρο αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 17 έως 30% ενώ η ενδοοικιακή έκθεση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία λόγω του καπνίσματος των γονέων αυξάνει τον κίνδυνο κατά περίπου 11% [8].

Σε όλες τις μελέτες η σχέση είναι δόσοεξαρτώμενη, δηλαδή όσο μεγαλύτερης βαρύτητας η έκθεση τόσο μεγαλύτερος ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης της νόσου. Έτσι βρέθηκε ότι έκθεση μη καπνιστριών γυναικών στον καπνό των καπνιστών συζύγων τους αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πνεύμονα κατά 30% όταν η έκθεση είναι > 40 πακέτα/έτη και κατά 80% όταν η έκθεση είναι >80 πακέτα/έτη [11].

Εξάλλου, η ενδοοικιακή έκθεση κατά την παιδική ηλικία >25 έτη καπνίσματος σχετίζεται με διπλασιασμό του σχετικού κινδύνου [12].

Το πλήθος των σχετικών μελετών οδήγησαν την Αμερικανική Υπηρεσία Περιβαλλοντικής Προστασίας (US Environmental Protection Agency) στην ταξινόμηση του παθητικού καπνίσματος στα καρκινογόνα, τάξης Α, στην ομάδα δηλαδή των γνωστών για τον άνθρωπο καρκινογόνων ουσιών.

Η εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα από την παθητική έκθεση σε καπνό έχει πιθανώς σχέση με γενετικούς παράγοντες. Στο συμπέρασμα αυτό τείνει να οδηγήσει η παρατήρηση ότι μη καπνιστές με παθητική έκθεση που ανέπτυξαν καρκίνο πνεύμονα, παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα πολυμορφισμούς στο γονίδιο γλουταθειόνη-S-τρανσφεράση-M1 συγκριτικά με τους μη καπνιστές που δεν εμφάνισαν την νόσο [13].

2.1.2 Παθήσεις Καρδιαγγειακού Συστήματος

Το ενεργητικό κάπνισμα όπως είναι γνωστό προάγει την αθηροσκλήρωση, προκαλεί αγγειακό σπασμό, μειώνει την ικανότητα του αίματος για μεταφορά O_2 , προδιαθέτει σε θρόμβωση και καρδιακές αρρυθμίες και επηρεάζει την λειτουργικότητα του ενδοθηλίου.

Το παθητικό κάπνισμα επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα πιθανότατα με τους ίδιους μηχανισμούς προκαλώντας δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των στεφανιαίων και μικρών περιφερικών αγγείων και κινητοποιεί τις φλεγμονώδεις διαδικασίες. Η σημασία του στην παθογένεια των καρδιαγγειακών παθήσεων ερευνάται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Δεκάδες μελέτες έχουν πλέον τεκμηριώσει τη θετική και δόσοεξαρτώμενη σχέση του παθητικού καπνίσματος με νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος και ιδίως με στεφανιαία νόσο και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αυξάνοντας τη νοσηρότητα αλλά και τη θνησιμότητα αυτών [14].

2.1.3. Χρόνιες Πνευμονοπάθειες

Το παθητικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με το βρογχικό άσθμα (BA) και την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αν και τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών δεν είναι πάντα σαφή και σταθερά.

Βρογχικό Άσθμα

Μελέτες δείχνουν ότι η παθητική έκθεση σε καπνό στον οικιακό ή εργασιακό χώρο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΒΑ με αναφερόμενο $RR=1,5$ (95%CI 1,2-1,8) καθώς και για την εμφάνιση συμπτωμάτων συριγμού, βήχα και δύσπνοιας με σχετικό κίνδυνο 1,39 και 95% CI 1,04-1,86. Ο σχετικός κίνδυνος και εδώ αυξάνεται ανάλογα με την βαρύτητα, δηλαδή το βαθμό και τη διάρκεια, της έκθεσης [15].

Η παθητική έκθεση σε καπνό ασθματικών ασθενών σχετίζεται με αυξημένο αριθμό παροξύνσεων, επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ημερών απουσίας από την εργασία και με σημαντικά μεγαλύτερο περιορισμό της αναπνευστικής λειτουργίας με κριτήριο δείκτες όπως ο λόγος FEV1/FVC [16].

Το γυναικείο φύλλο εμφανίζεται πιο ευπαθές από τους άνδρες στις αρνητικές επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος [17], εξάλλου, οι ασθματικοί ασθενείς παρουσιάζουν σαφή βελτίωση της κατάστασής τους, σε ότι αφορά στη συχνότητα και βαρύτητα των συμπτωμάτων και στην ποιότητα ζωής, μετά την εφαρμογή απαγόρευσης του καπνίσματος στον εργασιακό τους χώρο [18].

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ακόμη ότι οι μη καπνιστές ενήλικες λόγω έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτριο ζωή, αλλά και κατά την νεογνική και την παιδική ηλικία, λόγω έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα των γονέων, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης άσθματος, αυξημένη επίπτωση αναπνευστικών συμπτωμάτων και χειρότερη αναπνευστική λειτουργία.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Το 85-90% της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας αποδίδεται στο ενεργητικό κάπνισμα ενώ για το υπόλοιπο 10-15% έχουν ενοχοποιηθεί γενετικοί και βλαπτικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και το παθητικό κάπνισμα. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είτε στον οικιακό είτε στον εργασιακό χώρο, έχει συσχετισθεί με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ.

Μελέτη στην Αθήνα το 1987 έδειξε ότι μη καπνίστριες γυναίκες με συζύγους καπνιστές έχουν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης ΧΑΠ ($OR=2,6$ 95%CI 1,3-5,0) συγκριτικά με τις γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι δεν καπνίζουν. Άλλη μια μελέτη έδειξε ότι άτομα με υψηλή

παθητική έκθεση στον χώρο εργασίας έχουν 36% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ συγκριτικά με τα μη εκτεθειμένα άτομα [19].

Τέλος, η έκθεση σε καπνό ατόμων που πάσχουν από ΧΑΠ φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα συμπτωμάτων, σοβαρότερη έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας και χειρότερη ποιότητα ζωής [20] ενώ τις ίδιες αρνητικές επιδράσεις από το παθητικό κάπνισμα σε ότι αφορά στα αναπνευστικά συμπτώματα και την αναπνευστική λειτουργία υφίστανται και οι πάσχοντες από μέτρια ή σοβαρή έλλειψη α1-αντιθρυπίνης [21].

2.2. Παθητικό Κάπνισμα και Παιδιά

Μεγάλος αριθμός αναφορών υγειονομικού ενδιαφέροντος, στην Αμερική και αλλού, έχουν καταδείξει την αρνητική επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα, τόσο λόγω έκθεσης κατά την ενδομήτριο ζωή όσο και λόγω έκθεσης μετά τη γέννηση. Ζήτημα μέγιστης σημασίας καθώς υπολογίζεται ότι το 24% των εμβρύων και το 38% των παιδιών εκτίθενται παθητικά σε καπνό στην Αμερική [15].

Οι επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών που σχετίζονται με το παθητικό κάπνισμα περιλαμβάνουν:

2.2.1. Νοσηρότητα και Κόστος

Το 1991 σχετική μελέτη έδειξε ότι παιδιά εκτεθειμένα στον καπνό του τσιγάρου παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συγκριτικά με παιδιά που δεν έχουν εκτεθεί στον καπνό. Στην συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε κατά μέσο όρο 2 επιπλέον ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας, 1 επιπλέον ημέρα κλινοστατισμού και 1,4 επιπλέον ημέρες σχολικής απουσίας [22].

2.2.2. Προωρότητα και Περιγενετική θνησιμότητα

Μετά από πλήθος ερευνών έχει διαπιστωθεί ότι το ενεργητικό κάπνισμα της μητέρας στην εγκυμοσύνη ισοδυναμεί για το έμβρυο με ενεργητικό κάπνισμα του ίδιου και σχετίζεται με

αυξημένη συχνότητα συμβαμάτων όπως η αυτόματη αποβολή, η προωρότητα, η έκτοπη κύηση, ο πρόδρομος πλακούντας, η πρόωρη ρήξη των υμένων και η περιγενετική θνητότητα [22].

2.2.3. Ανάπτυξη του Εμβρύου

Αρχικά το ενεργητικό μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με μειωμένο βάρος γέννησης, καθυστέρηση στην ανάπτυξη [23] ανωμαλίες στη διάπλαση όπως στοματοπροσωπικά ελλείμματα και συγγενείς καρδιοπάθειες καθώς και νευροψυχολογικές διαταραχές. Ανασκόπηση μελετών έδειξε ότι παιδιά με μητέρες που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη εμφανίζουν συχνότερα, από ότι παιδιά χωρίς ενδομήτριο έκθεση, γνωσιακά προβλήματα [24].

Στην συνέχεια οι έρευνες είχαν στόχο το παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά την ενδομήτριο ζωή και βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το μικρό βάρος γέννησης, καθυστερημένη ανάπτυξη και γενετικές ανωμαλίες [15].

Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ακόμη ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα της μητέρας έχει επιπτώσεις στα λιπίδια του μητρικού γάλακτος κατά την διάρκεια του θηλασμού [25].

2.2.4. Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου

Το μητρικό κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει επίσης ενοχοποιηθεί για το 25-40% των περιπτώσεων Συνδρόμου Αιφνίδιου Θανάτου αυξάνοντας έως και 3 φορές τον σχετικό κίνδυνο στα εκτεθειμένα στον καπνό παιδιά και δρώντας κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο. Μολονότι, η επίδραση μεταξύ προ και μετά γενετικής παθητικής έκθεσης σε καπνό δεν είναι εύκολο να διαχωρισθεί, είναι σαφές ότι η έκθεση μετά τη γέννηση σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Συνδρόμου Αιφνίδιου Θανάτου [26].

2.2.5. Ασθμα

Η έκθεση του παιδικού πνεύμονα στον καπνό του τσιγάρου αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης λοίμωξης στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, κυρίως ωτίτιδας, αλλά και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως βρογχίτιδας και πνευμονίας. Ωστόσο, έχει

διαπιστωθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης άσθματος, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά κάτω των 2 ετών [27].

Περισσότερη σημασία έχει το κάπνισμα της μητέρας, αφού το παιδί μένει μαζί της τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Η επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Από μελέτη σε παιδικό πληθυσμό έχει διαπιστωθεί ότι στην Ελλάδα περισσότερα από 7 στα 10 παιδιά είναι παθητικοί καπνιστές [28].

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε δέκα ευρωπαϊκές πόλεις, το ποσοστό των περιστατικών χρόνιου παιδικού άσθματος είναι συγκρίσιμο με τις επιπτώσεις του ΠΚ [29].

Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου στην ενδομήτριο ζωή αλλά και την παιδική ηλικία σχετίζεται επιπλέον με αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα άσθματος, πιθανόν ως αποτέλεσμα των συχνών αναπνευστικών λοιμώξεων, της φλεγμονής του αναπνευστικού επιθηλίου και της υπολειπόμενης ανάπτυξης των πνευμόνων. Επιπλέον, προκαλεί επιδείνωση της νόσου στα ασθματικά παιδιά και τριπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εμφάνισης μέτριου προς σοβαρού βαθμού άσθματος. Ασθματικά παιδιά με παθητική έκθεση σε καπνό παρουσιάζουν σε σχέση με τα μη-εκτεθειμένα αυξημένη συχνότητα και σοβαρότητα αναπνευστικών συμπτωμάτων, μειωμένη αναπνευστική λειτουργία με μείωση της FEV1 κατά 8,1% ή κατά 210ml και αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα [30].

Κλείνοντας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) καθόλου ευκαταφρόνητο δεν είναι το ποσοστό των περιστατικών παιδικού άσθματος (4% έως 18%) το οποίο οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα [29].

2.2.6. Αναπνευστικές Παθήσεις

Τα παιδιά καπνιστών εμφανίζουν σε ποσοστό 23-50% συχνότερα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος όπως βήχα, δύσπνοια, συριγμό, απόχρεμψη ιδίως μάλιστα όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς [6].

Νεογνά με γονείς καπνιστές παρουσιάζουν συχνότερα νόσους του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και κυρίως βρογχίτιδα και πνευμονία συνεπεία πιθανόν του συχνότερου αποικισμού του στοματοφάρυγγα και του ρινοφάρυγγα από παθογόνα και όχι ως αποτέλεσμα ευθείας απάντησης του αναπνευστικού στους βλαπτικούς παράγοντες του καπνού [31]. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται έως και κατά 50% με δόσοεξαρτώμενο τρόπο και ειδικά όταν ο καπνιστής γονέας είναι η μητέρα.

Το κάπνισμα των γονέων επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των πνευμόνων, την ανατομική και την λειτουργική ανάπτυξη προκαλώντας έως και τετραπλασιασμό της συχνότητας εμφάνισης χαμηλών τιμών παραμέτρων της αναπνευστικής λειτουργίας όπως η FEF25-7512 [32]. Τέλος, τα παιδιά με κυστική ίνωση είναι πιο ευπαθή στις επιδράσεις αυτές του παθητικού καπνίσματος [33].

2.2.7. Αθηρογένεση

Η έκθεση των παιδιών στον καπνό του τσιγάρου όπως αυτή εκτιμάται από τα επίπεδα κοτινίνης στον ορό του αίματος, έχει συσχετισθεί, πάντα κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο, με δυσλειτουργία του αγγειακού ενδοθηλίου διαταραχή που οδηγεί με τη σειρά της σε αθηρογένεση [35].

2.2.8. Ωτίτιδα

Μετά ανάλυση δείχνει ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο μέσης ωτίτιδας, κυρίως υποτροπιάζουσας μορφής και συλλογής στο μέσο ους κατά περίπου 40% (OR 1,37-1,48) [11].

2.2.9. Τερηδόνα

Τα παιδιά με αυξημένα επίπεδα κοτινίνης στον ορό παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας η οποία αφορά στα νεογιλά αλλά όχι στα μόνιμα δόντια [36].

2.2.10. Παιδικός Καρκίνος

Το σύνολο των ερευνών μέχρι τώρα δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και νεοπλασμάτων της παιδικής ηλικίας όπως η λευχαιμία και τα λεμφώματα χωρίς να είναι μέχρι τώρα αρκετά για να εδραιώσουν μια αιτιολογική σχέση. Αξίζει, επίσης να σημειωθεί ότι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την παιδική ηλικία, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατά την ενήλικη ζωή νοσημάτων όπως ο καρκίνος πνεύμονα. Η έκθεση

25smoker/year διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ενώ η μικρότερη έκθεση φαίνεται να μην έχει καμία επίδραση [12].

Το παθητικό κάπνισμα συνιστά έναν σημαντικό και εξαιρετικά συχνό περιβαλλοντικό παράγοντα κινδύνου για πληθώρα παθολογικών καταστάσεων, αποτελεί όμως ταυτόχρονα και τον μοναδικό ίσως παράγοντα που μπορεί πλήρως να ελεγχθεί και να προληφθεί.

3. Επιδημιολογικά Δεδομένα για το Παθητικό Κάπνισμα

Υπάρχει πλήθος μελετών που τεκμηριώνουν τη συσχέτισή του ΠΚ με σημαντικό αριθμό παθολογικών καταστάσεων, ιδιαίτερα με καρκίνο πνεύμονα, καρκίνο άλλων οργάνων, ισχαιμική καρδιοπάθεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και τον καθιστούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι 79.000 θάνατοι στην Ευρώπη και 2.500 θάνατοι στην Ελλάδα αποδόθηκαν το 2002 στο ΠΚ, μεταξύ αυτών 19.000 και 550 αντίστοιχα αφορούσαν παθητικούς καπνιστές [15].

Οι επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν την επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, χρησιμοποίησαν ως πληθυσμούς έρευνας κυρίως γυναίκες με συζύγους καπνιστές, παιδιά με γονείς καπνιστές και άτομα εκτεθειμένα σε καπνό στο χώρο εργασίας. Για την εκτίμηση της βαρύτητας της παθητικής έκθεσης χρησιμοποίησαν παραμέτρους ποσοτικές και ημιποσοτικές όπως το μέγεθος της καπνισματικής συνήθειας των συντρόφων, οι συγκεντρώσεις συστατικών του καπνού, όπως το CO και η νικοτίνη στον αέρα του οικιακού ή εργασιακού χώρου και οι συγκεντρώσεις συστατικών καπνού ή μεταβολιτών του, όπως η κοτινίνη ο κυριότερος μεταβολίτης της νικοτίνης, σε σωματικά υγρά των παθητικών καπνιστών [14].

Μελέτη του διεθνούς οργανισμού για την έρευνα κατά του καρκίνου έδειξε ότι για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος, ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12 - 19% [36]. Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου είναι λιγότερο σαφείς.

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά 25 - 30%, υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου [37].

Μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ότι όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς 15-20 τσιγάρα ημερησίως, είναι ίδιο σαν να κάπνιζε το παιδί 80 τσιγάρα το χρόνο και από αυτά τα 50 αποδίδονται στη μητέρα, επειδή το παιδί μένει μαζί της τον περισσότερο χρόνο της ημέρας [38].

Στην συνέχεια ανάλυση 18 μελετών έδειξε ότι παθητική ενδοοικιακή ή εργασιακή έκθεση σε 1-19 τσιγάρα/ημέρα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) κατά 23% ενώ έκθεση ≥ 20 τσιγάρα/ημέρα προκαλεί αύξηση κατά 30%. Η δόσοεξαρτώμενη σχέση παθητικού καπνίσματος και ΣΝ επιβεβαιώθηκε και σε άλλη μελέτη που έδειξε καθαρά πως όσο βαρύτερη η παθητική έκθεση (με κριτήριο τα μετρούμενα επίπεδα κοτινίνης στον ορό αίματος) τόσο μεγαλύτερος ο σχετικός κίνδυνος κατά τρόπο που οι παθητικοί καπνιστές με σημαντική έκθεση (επίπεδα κοτινίνης μεταξύ 2,8-14,0 ng/ml) παρουσιάζουν παρόμοιο κίνδυνο με τους ελαφρύς ενεργητικούς καπνιστές (RR= 1,57 95%CI=1,08-2,28) [14]. Στην ίδια μελέτη, άτομα με μικρότερη έκθεση και επίπεδα κοτινίνης 0,8-1,4mg/ml και 1,5-2,7mg/ml παρουσίασαν αύξηση του κινδύνου κατά 45 και 49% αντίστοιχα ενώ τιμές κοτινίνης $<0,7$ mg/ml δεν σχετίστηκαν με τη νόσο.

4. Αντικαπνιστικός Νόμος

4.1. Ο Πρώτος Αντικαπνιστικός Νόμος στην Ελλάδα

Η πρώτη στην πορεία του ελληνικού κράτους νομοθεσία που σχετίζεται με την απαγόρευση του καπνίσματος θεσπίστηκε το 1856, με το πρώτο βασιλικό διάταγμα «Περί απαγορεύσεως του καπνίζεин εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων», το οποίο εκδόθηκε από τη βασίλισσα Αμαλία εν ονόματι του βασιλέα της Ελλάδος Όθωνα.

Σύμφωνα με το περιεχόμενό του: «Απαγορεύεται η χρήσης του καπνίζεин είτε δια καπνοσυρίγκων, είτε δια σιγάρων, εις πάντας εν γένει τους υπαλλήλους και υπηρέτας του Κράτους εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων, η απαγόρευσις αυτή επεκτείνεται και εις πάντα άλλον προσερχόμενον εις τα ειρημένα καταστήματα και γραφεία χάριν υποθέσεως ή άλλης τινός αιτίας».

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι η αιτιολογία θέσπισης του διατάγματος της 31ης Ιουλίου 1856 δε στηρίζεται καθόλου σε λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας από τα προϊόντα καπνού, αλλά, όπως ρητά αναφέρεται, σε λόγους που αφορούν στην προστασία από τον κίνδυνο

ενδεχόμενης πυρκαγιάς: «Θέλονται να προλάβωμεν όσον ένεστι τα εξ ενδεχομένων πυρκαϊών δυστυχήματα» [39].

4.2. Πράσινη Βίβλος - Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Βρυξέλλες 30.1.2007)

Επισημαίνεται στην Πράσινη Βίβλο (Βρυξέλλες 30.1.2007), ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα (ETS) «παθητικό κάπνισμα» εξακολουθεί να είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο καθώς και ότι οι συντονισμένες προσπάθειες για μια «Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα» είναι μια από τις προτεραιότητες της Επιτροπής για τη δημόσια υγεία το περιβάλλον, την απασχόληση και την έρευνα.

Αναφέρεται, επιπλέον, ότι σε διεθνές επίπεδο, η σύμβαση πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος, «αναγνωρίζει ότι βάσει επιστημονικών στοιχείων έχει σαφώς αποδειχθεί ότι η έκθεση σε καπνό προκαλεί θάνατο, ασθένεια και αναπηρία». Η σύμβαση υποχρεώνει την κοινότητα και τα κράτη μέλη της να λάβουν μέτρα για την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους.

Η Πράσινη Βίβλος αναλύει διεξοδικά και εμπεριστατωμένα, βασιζόμενη σε έγκυρες επιστημονικές μελέτες, τις βλαπτικές για την υγεία συνέπειες τόσο του ενεργητικού, όσο και του παθητικού καπνίσματος. Όσον αφορά στα επίπεδα έκθεσης, γίνεται αναφορά στην Πράσινη Βίβλο σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μια σειρά δημοσίων χώρων σε επτά ευρωπαϊκές πόλεις κατά την περίοδο 2001-2002, όπου διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καπνός στους περισσότερους από τους δημόσιους χώρους που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναψυχής και των επιχειρήσεων του κλάδου φιλοξενίας, των μεταφορών, των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Οι υψηλότερες συγκεντρώσεις καπνού στο περιβάλλον μετρήθηκαν σε μπαρ και ντισκοτέκ.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση καταλήγει στην Πράσινη Βίβλο ότι η δράση για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό, όχι μόνο θα προστατεύσει τους πολίτες από τις βλαβερές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος, αλλά θα συμβάλει επίσης στη μείωση της κατανάλωσης καπνού σε ολόκληρο τον πληθυσμό και άρα στη μείωση των ασθενειών και της θνησιμότητας [40].

4.2.1. Κοινωνικοοικονομικοί Λόγοι

Αναλύοντας τους οικονομικούς λόγους της δράσης, η Πράσινη Βίβλος κάνει λόγο για τεράστιες ιδιωτικές και κοινωνικές δαπάνες που συνεπάγεται με την έκθεση στον καπνό, όπως οι αυξημένες δαπάνες υγείας, τα έμμεσα έξοδα που συνδέονται με την απώλεια παραγωγικότητας, φόρου εισοδήματος και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, ακόμη και οι ζημίες από πυρκαγιές που προκαλούνται και τα έξοδα καθαρισμού και νέας βαφής λόγω του καπνού στα κτίρια. Από την άλλη, η απώλεια εσόδων των κρατών-μελών από τους φόρους στα τσιγάρα (κατανάλωσης και ΦΠΑ) θα αντισταθμιστεί από την αύξηση στο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών των καπνιστών και το κέρδος από το ΦΠΑ των νέων επενδύσεων και δαπανών.

Όσον αφορά στις κοινωνικές πτυχές της δράσης αναφέρονται στην Πράσινη Βίβλο ενδείξεις ότι οι πολιτικές της απαγόρευσης υποστηρίζονται όλο και περισσότερο κατά το στάδιο εισαγωγής τους και στη συνέχεια μετά την εφαρμογή τους. Ευαισθητοποιούνται οι πολίτες για τους κινδύνους του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος συμβάλλοντας στην ομαλοποίηση του καπνίσματος στην κοινωνία. Επιπλέον, δεδομένου ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος καπνιστής και να εκτίθεται σε ΠΚ είναι πολύ μεγαλύτερη για τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλό εισόδημα και χαμηλή επαγγελματική κατηγορία, η δράση αναμένεται να ωφελήσει περισσότερο τις πιο άπορες κοινωνικές ομάδες.

Η Ε.Ε. προχωρά στην Πράσινη Βίβλο σε μια αντιπαράθεση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων μεταξύ των διαφορετικών πολιτικών εφαρμογής της αντικαπνιστικής νομοθεσίας, καταλήγοντας ότι η πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συγκοινωνιών. Μάλιστα, οι περιορισμοί θα μπορούσαν να επεκταθούν και σε ανοικτούς δημόσιους χώρους, όπου συναθροίζονται άνθρωποι, όπως ανοικτά στάδια, στάσεις λεωφορείων, χώροι ψυχαγωγίας, αποβάθρες κλπ. Μπορούν να εξεταστούν περιορισμένες εξαιρέσεις για χώρους που οι άνθρωποι ζουν καθημερινά, όπως οίκοι ευγηρίας, ψυχιατρικές μονάδες, φυλακές κλπ. Στις εξαιρέσεις μπορούν να περιληφθούν, με τις απαιτούμενες προδιαγραφές για αερισμό, επιχειρήσεις του κλάδου φιλοξενίας, που δεν σερβίρουν όμως φαγητό [41].

Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα της πλήρους απαγόρευσης, που λίγο πολύ προεκτάθηκαν, αναφέρονται η ισότητα των ευρωπαίων πολιτών στην προστασία του δικαιώματός τους να εισπνέουν καθαρό αέρα και η ευκολότερη και απλούστερη εφαρμογή σε σχέση με τους μερικούς περιορισμούς. Το μειονέκτημα των τυχόν αντιδράσεων που μπορεί να προκληθούν σε ορισμένα κράτη μέλη και της πιθανής ζημίας του κλάδου της φιλοξενίας, αντισταθμίζεται με στοιχεία από

μελέτες σε χώρες με γενική απαγόρευση, όπου δεν υπάρχουν γενικά αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση ή στο εισόδημα στον εν λόγω κλάδο και ότι οι πολίτες γρήγορα προσαρμόζονται στις ρυθμίσεις από την άλλη. Αναφέρεται ότι η νομοθεσία με εξαιρέσεις θα μπορούσε να είναι πιο αποδεκτή από ορισμένα κράτη μέλη, ωστόσο φαίνεται λιγότερο αποτελεσματική, εφόσον καταρχήν πολλές ευάλωτες ομάδες, όπως οι εργαζόμενοι θα συνέχιζαν να εκτίθενται στον καπνό, θα υπήρχαν δικαστικές διαφορές για βλάβη στην υγεία από το παθητικό κάπνισμα και οι προβλεπόμενες ξεχωριστές εγκαταστάσεις είναι πολύπλοκο και δαπανηρό να επιβληθούν καθιστώντας αναγκαίες περισσότερες προδιαγραφές σήμανσης και ελέγχων [42].

Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται σήμερα έχουν περιορισμένο αντίκτυπο στα επίπεδα ρύπων καπνού, καθώς ο ρυθμός εναλλαγής του αέρα δεν οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας της εσωτερικής ατμόσφαιρας και όπου χρησιμοποιούνται δεν πληρούν τα πρότυπα που ορίζονται από τη νομοθεσία, απαιτούν δε τεράστια υποδομή ελέγχου και παρακολούθησης.

Ο φυσικός χωρισμός των καπνιστών από τους μη καπνιστές με τη μορφή κλειστών χώρων καπνίσματος, με ξεχωριστό σύστημα αερισμού, μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων αερισμού στο τμήμα στο οποίο απαγορεύεται το κάπνισμα, τίθενται όμως ζητήματα προστασίας του προσωπικού που πρέπει να εισέλθει στους χώρους αυτούς.

Συμπερασματικά, στην Πράσινη Βίβλο, ανοικτό ερώτημα ήταν το επιθυμητό επίπεδο εμπλοκής της ΕΕ στην προώθηση της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος, που συνδέεται επίσης με τις επίκαιρες εξελίξεις στα κράτη μέλη.

Τέλος κάλεσε, την Επιτροπή να προτείνει τροποποίηση του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου με σκοπό να ταξινομηθεί ο καπνός τσιγάρου στον ατμοσφαιρικό αέρα στις καρκινογόνους ουσίες και να υποχρεωθούν οι εργοδότες να εξασφαλίζουν χώρους εργασίας όπου απαγορεύεται το κάπνισμα [41].

5. Έρευνα του Ευρωβαρόμετρου 2009

Μια έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2009 έδειξε ότι το 84% των ευρωπαίων πολιτών ήταν υπέρ των άκαπνων γραφείων και άλλων εσωτερικών χώρων εργασίας, το 77% ήταν υπέρ των άκαπνων εστιατορίων και το 61% ήταν υπέρ των άκαπνων μπαρ και παμπ. Στις 31 Μαΐου 2009, την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ξεκίνησε στις 27 χώρες-μέλη τη 2η φάση της μεγάλης διαφημιστικής της εκστρατείας για την πρόληψη και τη

διακοπή του καπνίσματος, καθώς και την πληροφόρηση για τους κινδύνους από το παθητικό κάπνισμα. Η 1η φάση πραγματοποιήθηκε από το 2005 έως το 2008 [42].

Η εκστρατεία «Help – για μια ζωή χωρίς τσιγάρο» διεξήχθη και στα 27 κράτη- μέλη της ΕΕ και υπήρξε μια από τις μεγαλύτερες εκστρατείες ευαισθητοποίησης για τη δημόσια υγεία που έγινε ποτέ στον κόσμο. Στις 30-11-2009 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο υιοθέτησε την από 30-6-2009 πρόταση για Σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και εξέδωσε την 2009/C 296/02 Σύσταση του Συμβουλίου της 30ης Νοεμβρίου 2009 για περιβάλλον χωρίς καπνό. Στη Σύσταση αυτή το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έλαβε υπόψη του συντηρητικές εκτιμήσεις για θανάτους εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προήλθαν τόσο από ενεργητικό όσο και από το παθητικό κάπνισμα στον χώρο εργασίας τους και στο σπίτι. Λήφθηκε ακόμη υπόψη το γεγονός ότι ο καπνός τσιγάρου στον περιβάλλοντα χώρο έχει καταταγεί στις γνωστές καρκινογόνους για τον άνθρωπο ουσίες από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του Π.Ο.Υ. [43] και στις επαγγελματικές καρκινογόνους ουσίες από τη Φινλανδία και τη Γερμανία.

Με τη Σύσταση αυτή το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο απευθυνόμενο στα κράτη – μέλη τους συνιστά, κυρίως, να παρέχουν αποτελεσματική προστασία από την έκθεση στον καπνό τσιγάρου στους εσωτερικούς χώρους εργασίας, στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους, στα δημόσια μέσα συγκοινωνίας, να αναπτύξουν ή/και να ενισχύσουν τις στρατηγικές και τα μέτρα για τη μείωση της έκθεσης των παιδιών και των εφήβων στο παθητικό κάπνισμα, να συμπληρώσουν τις πολιτικές κατά του καπνίσματος με την υποστήριξη αποτελεσματικών μέτρων για να προωθηθεί η εγκατάλειψη του καπνίσματος και η ενδεδειγμένη θεραπεία απεξάρτησης, να επανεξετάζουν πλήρεις πολυτομεακές στρατηγικές για την καταπολέμηση του καπνίσματος, να προβλέπουν κατάλληλα μέσα για την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών, των πολιτικών και των προγραμμάτων καταπολέμησης του καπνίσματος, να ενημερώνουν την Επιτροπή σχετικά με τα νομοθετικά και άλλα μέτρα που λαμβάνουν σύμφωνα με την παρούσα σύσταση, καθώς και για τα αποτελέσματα του ελέγχου και της αξιολόγησης.

Συμπερασματικά, διαπιστώνει κανείς ότι, εκτός από τις οδηγίες που αφορούν στην παραγωγή, πώληση, προώθηση καθώς και τη σήμανση των προϊόντων καπνού, σε επίπεδο ΕΕ, το θέμα του περιβάλλοντος χωρίς καπνό αποτελεί αντικείμενο μη δεσμευτικών ψηφισμάτων και συστάσεων, που ενθαρρύνουν τα κράτη μέλη να παρέχουν επαρκή προστασία από την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος [42].

6. Η Απαγόρευση του Καπνίσματος στην Ελλάδα

Τα συνταγματικά ζητήματα που τίθενται στην ελληνική έννομη τάξη, βάσει της απαγόρευσης του καπνίσματος προβλέπουν οι νόμοι με αριθμό 3730/2008, 3868/2010 και 3986/11.

Σε κάθε περίπτωση ελέγχου μιας νομοθετικής ρύθμισης είναι απαραίτητη η διακρίβωση του σκοπού δημοσίου συμφέροντος χάριν του οποίου αυτή περιορίζει ορισμένο δικαίωμα ή έννομο συμφέρον, τόσο για την πληρέστερη χαρτογράφηση των συνταγματικών δικαιωμάτων που διακυβεύονται στην κάθε περίπτωση, όσο και για την πραγματοποίηση του δικαστικού ελέγχου της αντισυνταγματικότητας. Ειδικότερα, ο σκοπός αυτός θα πρέπει να έχει επίσημα δηλωθεί είτε μέσα στο κείμενο είτε στην αιτιολογική έκθεση του νόμου και δεν θα πρέπει να έρχεται σε αντίθεση με θεμελιώδεις διατάξεις του Συντάγματος ή θεμελιώδες δικαίωμα.

Γίνεται προσπάθεια εντοπισμού και ανάλυσης των συνταγματικών δικαιωμάτων τόσο των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών, που διακυβεύονται στην περίπτωση της εφαρμογής της ελληνικής αντικαπνιστικής νομοθεσίας (Ν.3730/08, Ν.3868/10 και Ν.3986/11) για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους και στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Απώτερος στόχος είναι η ακριβής σκιαγράφηση όλων των συνταγματικών ζητημάτων που ανακύπτουν με αφορμή την αντικαπνιστική νομοθεσία [44], [45], [46].

7. Νόμος Ratio Legis

7.1. Ο σκοπός του νόμου - Ratio legis (το πνεύμα του νόμου)

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν.3730/08: «...ρητά προβλέπεται η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους...που κατά τεκμήριο αποτελούν χώρους συνάθροισης και εργασίας. Για την αποφυγή ωστόσο ανελαστικών εφαρμογών και υπέρμετρων δεσμεύσεων που θα απομείωναν τη λειτουργικότητα του νόμου, δίνεται η δυνατότητα σε κατηγορίες καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, να προβούν σε χωροταξικές ρυθμίσεις, που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες των καπνιστών πελατών τους. Κατά τον τρόπο αυτόν προστατεύονται αποτελεσματικά και οι παθητικοί καπνιστές, που μέχρι σήμερα διατρέχουν τον κίνδυνο να υποστούν σημαντικές βλάβες στην υγεία τους, μολονότι οι ίδιοι δεν είναι καπνιστές

και κατά παράβαση θεμελιωδών δικαιωμάτων τους στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και στην παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας σε αυτούς, περιλαμβανομένης και της πρόληψης, από την Πολιτεία».

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν.3868/10 ο οποίος τροποποίησε τον Ν.3730/08: «Ένα χρόνο μετά την έναρξη της ισχύος του ως άνω νόμου (3730/08) και λαμβάνοντας υπόψη την αποκτηθείσα εμπειρία από την έως τώρα εφαρμογή του, την εκδοθείσα σύσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ζητήματα ελέγχου του καπνού, καθώς και τα αποτελέσματα του Ευρωβαρομέτρου, που αποδεικνύουν την Ελλάδα ως πρώτη χώρα στην κατανάλωση προϊόντων καπνού, κρίνεται σκόπιμη η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους για την αποτελεσματικότερη προστασία της Δημόσιας Υγείας». Να σημειωθεί ότι η ανωτέρω αναφορά αφορά στην υπ' αριθ. 2009/C 296/02 Σύσταση του Συμβουλίου της 30ης Νοεμβρίου για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό. Όπως προαναφέρθηκε, κατά την κατάρτιση της Σύστασης αυτής το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έλαβε υπόψη του τους θανάτους εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προήλθαν τόσο από το ενεργητικό όσο και από το παθητικό κάπνισμα. Επομένως στόχευση της είναι, μεταξύ άλλων, ο περιορισμός του καπνίσματος σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Είναι σημαντικό να γίνει μια λεπτή διάκριση στο θέμα αυτό. Διότι, τίθενται επί τάπητος διαφορετικά ζητήματα ανάλογα με το αν ο σκοπός των νομοθετικών μέτρων είναι ο περιορισμός του καπνού και η προστασία της υγείας των παθητικών καπνιστών ή αν είναι, πέραν των ανωτέρω και ο περιορισμός του αριθμού των καπνιστών και άρα η «προστασία» τους από το ενεργητικό κάπνισμα. Στην τελευταία περίπτωση, ο νόμος έχει πνεύμα πατερναλιστικό που μάλιστα έρχεται σε σύγκρουση με τα όρια που θέτει το φιλελεύθερο δημοκρατικό κράτος δικαίου, όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Τέλος, σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του Ν.3986/11, ο οποίος τροποποιεί τους δύο προηγούμενους νόμους: «Από την υιοθέτηση του μέτρου εφαρμόζεται σταδιακά η απαγόρευση του καπνίσματος στους ανωτέρω χώρους οι οποίοι εξαιρούνταν από τη νομοθεσία μέχρι πρότινος και παράλληλα προκύπτει ετήσιο οικονομικό έσοδο για το Κράτος το οποίο υπερβαίνει τα σαράντα εκατομμύρια ευρώ (40.000.000) με δεδομένο ότι ο αριθμός των αναφερόμενων καζίνο και κέντρων διασκέδασης άνω των τριακοσίων (300) τ.μ. με ζωντανή μουσική, εκτιμάται ότι ανέρχεται στις τρεις χιλιάδες σε όλη την επικράτεια» [44], [45], [46].

8. Αντικαπνιστική Νομοθεσία των Ευρωπαϊκών Χωρών

Παρακάτω ακολουθεί μια σύντομη αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος. Η συγκριτική αυτή επισκόπηση της νομοθετικής ρύθμισης του ζητήματος στις διάφορες χώρες, βοηθάει στη δημιουργική επικοινωνία του εγχώριου δικαίου με άλλους θεσμούς και τον συνακόλουθο εμπλουτισμό του, με απώτατο στόχο τη μέγιστη δυνατή βελτίωση του.

Στο Βέλγιο από τον Ιανουάριο του 2007, το κάπνισμα επιτρέπεται στα εστιατόρια μόνο σε ιδιαίτερα δωμάτια, όπου δεν σερβιριζόταν φαγητό. Επιπλέον, η νομοθεσία απαιτούσε να υπάρχει επαρκής εξαερισμός στα μπαρ και τις καφετέριες αλλά και να διασφαλίζεται μια ζώνη ελεύθερη από καπνό στους μη καπνίζοντες. Από τον Ιούλιο του 2011, ωστόσο, η νομοθεσία έγινε πιο αυστηρή και το κάπνισμα απαγορεύεται πλέον σε όλους τους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ και των καφέ. Ωστόσο, προβλέφθηκε ότι οι καπνιστές θα έχουν το δικαίωμα να καπνίζουν σε ιδιαίτερο δωμάτιο όπου δεν θα σερβίρεται ποτό ή φαγητό.

Στην Ισπανία, από το 2006, ίσχυε η απαγόρευση σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Ωστόσο, οι ιδιοκτήτες μπαρ και εστιατορίων μπορούσαν να δηλώσουν με σχετική σήμανση στην είσοδο αν επιτρέπεται το κάπνισμα, ενώ για χώρους που υπερβαίνουν τα 100 τ.μ. υπήρχε δυνατότητα διαμόρφωσης ειδικού χώρου για καπνιστές. Στα αεροδρόμια, επίσης, υπήρχαν ειδικά διαμορφωμένοι χώροι. Από το 2011 όμως, ισχύει η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους, περιλαμβανομένων των εστιατορίων, των μπαρ και των καφέ.

Στη Φινλανδία από τον Ιούνιο του 2007 το κάπνισμα απαγορεύεται πλήρως σε όλους τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ και των εστιατορίων. Τον Φεβρουάριο του 2007 η Γαλλία απαγόρευσε το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους, μεταξύ των οποίων, οι χώροι εργασίας και τα σχολεία. Από το 2008, η απαγόρευση επεκτάθηκε σε όλους τους δημόσιους χώρους, περιλαμβανομένων των εστιατορίων, των ντίσκο και των καφέ.

Στην Ολλανδία, από το 2004 ίσχυσε η απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους. Επιπρόσθετα, η κυβέρνηση με νέο νόμο απαγόρευσε το κάπνισμα στα εστιατόρια, στα μπαρ και στα καφέ τον Ιούλιο του 2008, προβλέποντας ότι εξαιρούνται οι ειδικοί κλειστοί χώροι στους οποίους δεν μπαίνει σερβιτόρος και οι χώροι που διαθέτουν μια πλευρά εντελώς ανοιχτή. Ωστόσο, ο νόμος δεν τηρήθηκε καθώς οι ιδιοκτήτες μικρών μπαρ διαμαρτύρονταν ότι το μέτρο τους στερούσε την πελατεία. Το 2010 αποφασίστηκε η μερική άρση της απαγόρευσης σε ορισμένες κατηγορίες μπαρ και καφέ. Έτσι, σήμερα, τα μπαρ και τα καφέ που είναι μικρότερα των 70 τ.μ. και δεν απασχολούν προσωπικό πέραν του ιδιοκτήτη τους,

μπορούν να εξαιρούνται από την απαγόρευση, αλλά θα πρέπει να φέρουν ειδική σήμανση σε εμφανές σημείο τους, ότι είναι καπνιζόντων.

Στις 22 Μαρτίου του 2007, τα ομοσπονδιακά κρατίδια της Γερμανίας συμφώνησαν να απαγορευθεί το κάπνισμα σε εστιατόρια και σε παμπ, με την πρόβλεψη όμως εξαιρέσεων για κάποια μικρά μπαρ και καταστήματα με ξεχωριστούς χώρους για καπνίζοντες. Η απαγόρευση αυτή θα έπρεπε πρώτα να εγκριθεί από καθένα από τα 16 κρατικά κοινοβούλια προτού τεθεί σε ισχύ. Το Βερολίνο ήταν η πρώτη πόλη που εφάρμοσε την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, μεταξύ των οποίων, σε μπαρ και εστιατόρια. Στη Γερμανία σήμερα, αν και ισχύει απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους δημόσιας συγκοινωνίας, ωστόσο, στα μπαρ, τα εστιατόρια και τους χώρους εργασίας, ισχύει μόνο μια μερική απαγόρευση. Πάντως, η απαγόρευση του καπνίσματος εφαρμόζεται με διαφορετικές αποχρώσεις στα 16 κρατίδια. Στη Βαυαρία, για παράδειγμα, η απαγόρευση είναι καθολική. Σε άλλα κρατίδια υπάρχει η δυνατότητα για ξεχωριστούς χώρους καπνιστών στα μαγαζιά που μπορούν να το υποστηρίξουν, αλλά και δικαίωμα επιλογής για τις πολύ μικρές παμπ.

Στην Ισλανδία ισχύει μια απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, από την πρώτη Ιουνίου του 2007. Παρομοίως, στην Ιρλανδία ισχύει η απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, τα μπαρ και τα εστιατόρια από το 2004.

Στο Λουξεμβούργο ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσια μέρη όπως τα εστιατόρια. Ωστόσο, επιτρέπεται η ύπαρξη ξεχωριστών χώρων για καπνιστές, αρκεί αυτοί να αντιπροσωπεύουν το λιγότερο από το 25% της συνολικής έκτασης του χώρου. Στις καφετέριες ισχύει η μερική απαγόρευση του καπνίσματος, δηλαδή, μόνο κατά τις ώρες που επιτρέπεται το γεύμα. Κατά τα άλλα, στα σχολεία και τους υπόλοιπους δημόσιους χώρους ισχύει απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος. Όσον αφορά τους κανόνες που αφορούν τον εργοδότη, αυτός υποχρεούται να εξασφαλίζει την αποτελεσματική προστασία των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα, λαμβάνοντας κάθε πρόσφορο μέτρο.

Στην Αγγλία από το 2007 υπάρχει καθολική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας. Ως τέτοιοι, νοούνται, βάσει της Πράξης για την Υγεία του 2006, τα γραφεία, τα εργοστάσια, τα μαγαζιά, οι παμπ, τα μπαρ και τα εστιατόρια, καθώς και οι χώροι των μέσων δημόσιας συγκοινωνίας. Από την απαγόρευση εξαιρούνται οι ιδιωτικές λέσχες.

Τέλος, στην Ιταλία, ισχύει από το 2005 η απόλυτη απαγόρευση του καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους, περιλαμβανομένων των μπαρ και των εστιατορίων. Τα αντικαπνιστικά μέτρα στη χώρα, εφαρμόζονται με ιδιαίτερα αυστηρούς τρόπους, αφήνοντας ένα μικρό παράθυρο

για τα μεγάλα καταστήματα να έχουν τη δυνατότητα διαμόρφωσης ειδικών χώρων. Παρατηρούμε ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει μια τάση απολυτοποίησης των αντικαπνιστικών νομοθεσιών. Ωστόσο, είναι αρκετές οι χώρες εκείνες που εφαρμόζουν ένα σύνθετο νομικό καθεστώς, το οποίο επιτρέπει τις διαβαθμίσεις και τις αμοιβαίες εξισορροπήσεις των συγκρουόμενων συμφερόντων. Κομβικά στοιχεία των νομοθεσιών αυτών είναι η ύπαρξη ειδικών χώρων για καπνιστές με ενισχυμένο εξαιρετισμό, η πρόβλεψη ότι στους χώρους αυτούς δεν θα σερβίρεται φαγητό ή ποτό, η ισχύς μερικής απαγόρευσης στα εστιατόρια για συγκεκριμένες ώρες, η ύπαρξη ιδιωτικών λεσχών καπνιστών και τέλος, η ύπαρξη εργοδοτικής υποχρέωσης να εξασφαλίζεται η προστασία της υγείας των μη καπνιστών [47].

9. Επιδημιολογικά Στοιχεία Αντικαπνιστικού Νόμου

Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είναι μικρότερη σε χώρες με εκτενή νομοθεσία για περιβάλλον ελεύθερο καπνού, συγκριτικά με τις χώρες όπου οι νόμοι κατά του καπνίσματος αφορούν μόνο κάποιους τύπους δημόσιων χώρων ή δεν υπάρχουν καθόλου. Η έκταση με την οποία το κάπνισμα απαγορεύεται είναι σημαντικά διαφορετική μεταξύ των χωρών.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά μέσο όρο το 38% των πολιτών επιτρέπουν το κάπνισμα στο σπίτι τους και το 28% στο αυτοκίνητο, ενώ οι χώρες με υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος (όπως η Ελλάδα και η Κύπρος) είναι πιο ανεκτικές στο παθητικό κάπνισμα [48].

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ μετά την έναρξη, από το 2003, της εφαρμογής του πλαισίου Framework Convention on Tobacco Control, σήμερα το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού καλύπτεται από τουλάχιστον ένα αποτελεσματικό μέτρο ελέγχου του καπνού. Όμως μόνο το 10% καλύπτεται από το ισχυρό εργαλείο μιας δέσμης απαγορεύσεων για την διαφήμιση, προώθηση και χορηγία του καπνού.

Μεγάλες αθλητικές εκδηλώσεις όπως το EURO 2012 και οι χειμερινοί Ολυμπιακοί αγώνες στο Soshi, το 2014, οργανώθηκαν ως πλήρως αντικαπνιστικές εκδηλώσεις, με απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους διεξαγωγής τους. Μέχρι το 2013, σύμφωνα με την αναφορά του ΠΟΥ, 32 χώρες είχαν θεσμοθετήσει την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας, τους δημόσιους χώρους και τα μέσα μαζικής μεταφοράς [49].

Η εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος στους εσωτερικούς χώρους έχει συνδεθεί με σημαντική μείωση του περιβαλλοντικού καπνού. Κατά συνέπεια πολλές μελέτες τα τελευταία χρόνια αναδεικνύουν την ισχυρή σύνδεση μεταξύ της θέσπισης νόμων για περιβάλλον

ελεύθερο καπνού και του ρυθμού εισαγωγών σε νοσοκομείο εξαιτίας οξέως στεφανιαίου επεισοδίου [50].

Όλες δείχνουν μείωση, με κατά μέσο όρο 17% (από 8% έως 50%), των εισαγωγών μετά την εφαρμογή της νομοθεσία [51]. Αντίστοιχη μείωση, περίπου 18%, παρατηρήθηκε και στις εισαγωγές εξαιτίας ΑΕΕ [52].

Πολλές άλλες μελέτες εκτίμησης της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους έχουν γίνει χρησιμοποιώντας επιπρόσθετες μεθόδους. Συγκεκριμένα, σε μετρήσεις ποιότητας του αέρα, οι μπυραρίες και οι ντισκοτέκ και λιγότερο τα εστιατόρια είχαν υψηλότερα επίπεδα νικοτίνης στον αέρα από άλλους δημόσιους χώρους όπως, τα αεροδρόμια, οι σταθμοί τρένων, τα νοσοκομεία και τα σχολεία σε διάφορες πόλεις της Ευρώπης [53].

Έχει αναφερθεί ότι μη καπνιστές εργαζόμενοι σε χώρους όπου επιτρέπεται το κάπνισμα είχαν υψηλότερα επίπεδα κοτινίνης (ένας μεταβολίτης της νικοτίνης) σιέλου από εργαζόμενους σε χώρους εστίασης αλλά και από δημόσιους υπαλλήλους εργαζόμενους σε χώρους είχε επιβληθεί απαγόρευση του καπνίσματος [54].

Οι μελέτες πάνω στις πολύ άμεσες επιδράσεις της απαγόρευσης της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας σε εργαζόμενους σε χώρους εστίασης και διασκέδασης είναι πιο περιορισμένες σε αριθμό, σε μια μελέτη στη Νορβηγία αναφέρθηκε μείωση της FVC, του δυναμικά εκπνεόμενου όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV1) και της δυναμικής εκπνευστικής ροής 25-75% (FEF25-75) πριν και μετά τη βάρδια εργαζομένων, αλλά οι διαφορές μειώθηκαν μετά την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος. Οι μειώσεις των σπυρομετρικών παραμέτρων μετά την απαγόρευση του καπνίσματος σε σύγκριση με την περίοδο πριν από αυτή ήταν στατιστικά σημαντικές για τη FEF25-75 και οριακά σημαντικές για τον FEV1. Τέλος οι μετρήσεις συγκεντρώσεις νικοτίνης και σωματιδίων στον αέρα πριν και μετά την απαγόρευση του καπνίσματος ανέδειξαν μειώσεις της τάξης του 98% και 73% αντίστοιχα [55].

10. Μέσα Μαζικής Ενημερώσεις και Προαγωγή Υγείας (Μ.Μ.Ε.)

Τα Μ.Μ.Ε. αποτελούν έναν από τους ισχυρότερους θεσμούς των σύγχρονων κοινωνιών. Η επικοινωνία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνίας και τα Μ.Μ.Ε. αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα της εξέλιξης των μέσων επικοινωνίας που χρησιμοποιήθηκαν στα πλαίσια της ανθρωπότητας, από την προφορική επικοινωνία και τις πρώτες μορφές γραπτού λόγου έως τα νέα τεχνολογικά κανάλια επικοινωνίας, όπως η τηλεόραση και το διαδίκτυο. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των Μ.Μ.Ε. όπως αποκαλύπτει και το ίδιο το όνομα τους, είναι το

εύρος της επικοινωνιακής επιρροής τους, που τους επιτρέπει να επιδράσουν και να φτάσουν σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό μελών της κοινωνίας.

Η διάκριση των Μ.Μ.Ε. μπορεί να γίνει σε δυο μεγάλες κατηγορίες, στον έντυπο και στον ηλεκτρονικό τύπο. Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. είναι πολλαπλός και πολύπλοκος. Αποτελούν βασική πηγή πληροφόρησης, μπορούν να δράσουν ως μηχανισμοί προπαγάνδας, ενώ αποτελούν και βασικούς φορείς, προβάλλοντας κοινωνικές νόρμες, αξίες και στάσεις. Η έντονη δυναμική των Μ.Μ.Ε. και η σαφής ανάγνωσή τους, μεταξύ των βασικών κοινωνικών φορέων, δεν θα μπορούσε να παραγνωριστεί σε σχέση με την επίδραση τους στην υγεία, και ιδιαίτερα στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η επικοινωνία έξαλλου αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της Προαγωγής Υγείας και μια από τις κυρίες στρατηγικές που αναπτύσσονται για την επίτευξη των στόχων της προαγωγής.

Η έννοια της επικοινωνίας στα πλαίσια της προαγωγής υγείας δεν περιορίζεται φυσικά στην χρήση των Μ.Μ.Ε.. Ωστόσο, η χρήση τους αποτελεί μια βασική στρατηγική, η οποία ξεκινά εδώ και πολλές δεκαετίες, πριν από τα πρώτα κιόλας χρόνια της εμφάνισης της προαγωγής και της αγωγής υγείας. Υπό το πνεύμα αυτό, έχει πραγματοποιηθεί ενδελεχής έρευνα, αναφορικά με την χρήση των Μ.Μ.Ε. στα πλαίσια της εφαρμογής δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας, προκειμένου να αναδεχθούν όλες οι πτυχές που διέπουν αυτή τη σχέση, να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες, αλλά και να βελτιωθεί η αξιοποίηση και η χρήση των Μ.Μ.Ε. και για την επίτευξη στόχων προαγωγής υγείας.

10.1 Μ.Μ.Ε. και η Προβολή Θεμάτων Υγείας

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν να προβάλλουν πληροφορίες, γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία μέσα από πλήθος μεθόδων, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Πιο συγκεκριμένα μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων και εκστρατειών προαγωγής υγείας. Υπό το πλαίσιο οργανωμένων δραστηριοτήτων, νοείται η προβολή θεμάτων υγείας από επισήμους φορείς όπως υπέργειο υγείας, η άλλο οργανισμό, στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις εφημερίδες.

<u>10.1.1 Τι μπορούν να επιτύχουν τα Μ.Μ.Ε.</u>	<u>10.1.1 Τι δεν μπορούν να επιτύχουν τα Μ.Μ.Ε.</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Την αύξηση της συνειδητοποίησης θεμάτων σχετικών με την υγεία. 2. Την ανάδειξη κάποιου θέματος υγείας και ένταξη στην πολιτική ατζέντα. 3. Την παροχή απλών πληροφοριών, οδηγιών. 4. Την προώθηση αλλαγής της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας- πρόληψη. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Την προβολή πολύπλοκων πληροφοριών ή οδηγιών για κάποιο θέμα υγείας. 2. Την εκπαίδευση των ατόμων στην ανάπτυξη πολύπλοκων δεξιοτήτων. 3. Την αλλαγή ατομικής συμπεριφοράς. 4. Την αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων όταν τα προβλήματα που προβάλλονται έρχονται σε σύγκρουση με θεμελιώδης και βασικές αξίες.

10.1.2 Ανάλυση της Επίδρασης των Μ.Μ.Ε.

Η επίδραση των μέσων μαζικής επικοινωνίας στον σχηματισμό, την αλλαγή ή την τροποποίηση στάσεων και συμπεριφορών, αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν, όχι μονό τα θέματα υγείας, αλλά και ένα γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι δοθείσες απαντήσεις κινήθηκαν αρχικά και στα δυο πιθανά άκρα. Έτσι πολλοί θεωρητικοί υποστήριζαν ότι η επίδραση τους είναι πολύ σημαντική, ενώ, αντίθετα, άλλοι υποστήριζαν ότι είναι σχεδόν μηδενική.

Η επικρατούσα όψη στο θέμα της υγείας, φαίνεται να βρίσκεται στο μέσο των δύο αυτών ακραίων πεποιθήσεων, συμφωνά με την οποία, η επίδραση των Μ.Μ.Ε. υφίσταται αλλά εξαρτάται από συγκεκριμένες συνθήκες και εκφράζεται με δεδομένους τρόπους [60]. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν κάποιοι μελετητές, τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να επιδράσουν αποτελεσματικά στα πλαίσια της Προσαγωγής Υγείας, εφόσον πρωτίστως εντοπιστούν οι υπάρχοντες περιορισμοί και αδυναμίες που τα χαρακτηρίζουν.

Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι τα Μ.Μ.Ε. μεταξύ των άλλων ρόλων τους, επηρεάζουν τις κοινωνικές νόρμες, οι οποίες αφορούν τις πεποιθήσεις που αναπτύσσονται αναφορικά με το ποιες στάσεις και συμπεριφορές θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτές και φυσιολογικές, ή ποιες είναι προσδοκώμενες σε ένα δεδομένο κοινωνικό πλαίσιο.

Υπό δεδομένες συνθήκες οι απόψεις σχετικά με τις νόρμες αυτές, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την συμπεριφορά, καθώς επιδρούν στην διαδικασία προσδιορισμού της ταυτότητας των συμμετεχόντων. Ακριβώς στο θέμα της ταυτότητας πολλοί μελετητές θεωρούν ότι τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να έχουν έντονη επίδραση [56].

Ειδικό Μέρος

1. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετήσει τις αναφορές του Αθηναϊκού και Περιφερειακού Ελληνικού ηλεκτρονικού τύπου όσον αφορά το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο, να τις ταξινομήσει ανάλογα με το περιεχόμενο και να τις συσχετίσει με την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου σε τρεις χρονικές περιόδους που σχετίζονται με την ψήφιση και εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων.

2. Υλικό και Μέθοδος

Για την αναζήτηση του Ηλεκτρονικού Ελληνικού Τύπου θα χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά όπως Παθητικό Κάπνισμα, Αντικαπνιστικός Νόμος και Απαγόρευση Καπνίσματος. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με βάση την λίστα της Γενικής Γραμματείας Ενημέρωσης και Επικοινωνίας του Αθηναϊκού και Περιφερειακού ηλεκτρονικού τύπου. Η αναζήτηση στην Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης και Επικοινωνίας πραγματοποιήθηκε το διάστημα 03/01/2016 έως 31/03/2016.

Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 67 εφημερίδες του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, στον οποίο κατεγράφησαν οι αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα (Γενικές και Ειδικές αναφορές) και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο.

Η διερεύνηση έγινε σε τρεις χρονικές περιόδους, οι οποίες προσδιορίστηκαν με βάση τη ψήφιση και εφαρμογή των Αντικαπνιστικών Νόμων (Ν. 3730/2008, Ν. 3868/2010, Ν. 3986/2011), ως εξής:

- Α΄ περίοδος: 23/12/2008 έως 02/08/2010 (1,61 έτη)
- Β΄ περίοδος: 03/08/2010 έως 30/06/2011 (0,91 έτη)
- Γ΄ περίοδος: 01/07/2011 έως 31/12/2015 (4,50 έτη).

Οι αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο στις τρεις χρονικές περιόδους καταγραφής, μελετήθηκαν: [α] ως αριθμός εμφάνισης αναφορών (απόλυτη συχνότητα) και [β] ως αριθμός εμφάνισης αναφορών ανά έτος (συχνότητα ρυθμός).

Η αναζήτηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της μηχανής αναζήτησης που έχει κάθε ηλεκτρονικός τύπος στην αρχική του σελίδα. Όπου η μηχανή αναζήτησης είχε κατηγορίες αναζήτησης επιλέχθηκαν -όλες-, στην επιλογή τύπος άρθρου -όλα-, στην έκδοση-όλες- και συντάκτης-όλοι-. Η επιλογή των εφημερίδων έγινε με βάση της πανελλαδικής κυκλοφορίας

τους, του αντικειμένου και τη γενικότερης θεματολογία τους (να απευθύνεται στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού) ώστε και τα αποτελέσματα να μπορούν πιο εύκολα να γενικευτούν. Οι εφημερίδες χωρίστηκαν σε δυο μεγάλες κατηγορίες, αυτές που είναι ημερήσιας κυκλοφορίας και στις εβδομαδιαίες πανελλαδικές εφημερίδες ανεξάρτητα από την ημέρα κυκλοφορίας τους.

Από την μελέτη αποκλείστηκαν αυτές που έχουν έντονο συγκεκριμένο χαρακτήρα όπως π.χ. αθλητικές, αγροτικές, οικονομικές ανεξάρτητα από το αν είναι καθημερινές ή εβδομαδιαίες. Τέλος αποκλείστηκαν οι εφημερίδες που το κοινό δεν έχει άμεση πρόσβαση για παράδειγμα στις συνδρομητικές εφημερίδες.

Το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού - εφημερίδες ήταν 67, βρέθηκαν 347 άρθρα για το ΠΚ τα οποία χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες γενικά και ειδικά και οι αναφορές για το ΑΝ έφτασαν στα 201 άρθρα και για τις τρεις μελετώμενες περιόδους.

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων:

Στην συνέχεια ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου «SPSS (Statistical Package for the Social Science) 19.0 for Windows», με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής.

Ειδικότερα η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και σχετική συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, διάμεσος τιμή, σταθερή απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή, εκατοστημόρια). Η Επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιελάμβανε μη παραμετρικές δοκιμασίες (Mann-Whitney U test για δύο ανεξάρτητα δείγματα, Wilcoxon's signed-rank test για δύο εξαρτημένα δείγματα, συντελεστής συσχέτισης του Spearman) επειδή τα δείγματα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Τιμές $p < 0,05$ ορίστηκαν ότι εκφράζουν το επίπεδο αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας.

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφική ανάλυση

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου ως προς τα χαρακτηριστικά του τύπου έκδοσής τους (Αθηναϊκός τύπος και Περιφερειακός τύπος) και του είδους κυκλοφορίας τους (Καθημερινός τύπος και Εβδομαδιαίος τύπος).

Πίνακας 1: Κατανομή των εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου ως προς τα χαρακτηριστικά τους (n=67).

Χαρακτηριστικά	n	%
Τόπος έκδοσης		
- Αθηναϊκός τύπος	15	22,4%
- Περιφερειακός τύπος	52	77,6%
Είδος κυκλοφορίας		
- Καθημερινός τύπος	40	59,7%
- Εβδομαδιαίος τύπος	27	40,3%

Η πλειονότητα των εφημερίδων 77,6% ανήκαν στον Περιφερειακό τύπο έναντι 22,4% που εντάσσονταν στον Αθηναϊκό τύπο. Όσον αφορά την κυκλοφορία τους το 59,7% ήταν Καθημερινές ενώ το 40,3% Εβδομαδιαίες.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή των εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου ως προς τη γεωγραφική περιφέρεια που ανήκουν με βάση την πόλη έκδοσής τους.

Πίνακας 2: Κατανομή των εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου ως προς τη γεωγραφική περιφέρεια που εκδίδονται (n=67).

Γεωγραφική Περιφέρεια	n	%
- Αθήνα	15	22,4%
- Υπόλοιπο Αττικής	10	14,9%
- Θράκη	7	10,4%
- Μακεδονία	7	10,4%
- Θεσσαλία	4	6,0%
- Ήπειρος	3	4,5%
- Στερεά Ελλάδα (πλην Αττικής)	3	4,5%
- Πελοπόννησος	6	9,0%
- Κρήτη	3	4,5%
- Νήσοι Ιονίου και Αιγαίου	9	13,4%
Σύνολο	67	100%

Η πλειονότητα των εφημερίδων εκδίδονταν στην Αθήνα (22,4%) και στην υπόλοιπη Αττική (14,9%). Στη Θράκη (Αλεξανδρούπολη, Ξάνθη, Κομοτηνή) και στη Μακεδονία (Θεσσαλονίκη, Κιλκίς, Κοζάνη, Πτολεμαΐδα, Βέροια, Γιαννιτσά) εκδίδονταν το 10,4% των εφημερίδων αντίστοιχα. Στη Θεσσαλία (Λάρισα, Βόλος, Τρίκαλα) και στην Ήπειρο (Ιωάννινα) εκδίδονταν το 6,0% και το 4,5% αντίστοιχα. Στην Στερεά Ελλάδα εκτός της Αττικής (Λαμία, Μεσολόγγι, Καρπενήσι) εκδίδονταν το 4,5% και στην Πελοπόννησο (Πάτρα, Καλαμάτα, Πύργος, Αίγιο) το 9,0% των εφημερίδων. Στην Κρήτη (Ηράκλειο, Χανιά) εκδίδονταν το 4,5% και στα νησιά του Ιονίου (Ζάκυνθος) και Αιγαίου (Ρόδος, Μυτιλήνη, Χίος, Πάρος) το 13,4% των εφημερίδων.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των συνολικών αναφορών που καταγράφηκαν στις εφημερίδες του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου ως προς το περιεχόμενό τους (Παθητικό Κάπνισμα και Αντικαπνιστικός Νόμος), κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 3: Κατανομή των συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο των 67 εφημερίδων, στις τρεις χρονικές περιόδους.

Αναφορές	Α' περίοδος		Β' περίοδος		Γ' περίοδος	
	Αριθμός	Αριθμός/έτος	Αριθμός	Αριθμός/έτος	Αριθμός	Αριθμός/έτος
Παθητικό Κάπνισμα	49	30,43	41	45,05	257	57,11
- Γενικές	34	21,12	25	27,47	153	34,00
- Ειδικές	15	9,32	16	17,58	104	23,11
Αντικαπνιστικός Νόμος	22	13,66	63	69,23	116	25,78
Σύνολο αναφορών	71	44,10	104	114,29	373	82,89

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) καταγράφηκαν συνολικά 71 αναφορές, εκ των οποίων οι 49 (69,0%) αναφέρονταν στο Παθητικό Κάπνισμα (34 Γενικές και 15 Ειδικές) και οι 22 (31,0%) στον Αντικαπνιστικό Νόμο. Η σχέση των αναφορών ήταν 2,2 προς 1 υπέρ του Παθητικού Καπνίσματος. Επίσης η σχέση των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος ήταν 2,3 προς 1 υπέρ των Γενικών έναντι των Ειδικών αναφορών. Η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ήταν 30,43 ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και 13,66 ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο (44,10 ανά έτος για το σύνολο των αναφορών).

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) καταγράφηκαν συνολικά 104 αναφορές, εκ των οποίων οι 41 (39,4%) αναφέρονταν στο Παθητικό Κάπνισμα (25 Γενικές και 16 Ειδικές) και οι 63 (60,6%) στον Αντικαπνιστικό Νόμο. Η σχέση των αναφορών ήταν 1,5 προς 1 υπέρ του Αντικαπνιστικού Νόμου. Επίσης η σχέση των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος ήταν 1,6 προς 1 υπέρ των Γενικών έναντι των Ειδικών αναφορών. Η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ήταν 45,05 ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και 69,23 ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο (114,29 ανά έτος για το σύνολο των αναφορών).

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) καταγράφηκαν συνολικά 373 αναφορές, εκ των οποίων οι 257 (68,9%) αναφέρονταν στο Παθητικό Κάπνισμα (153 Γενικές και 104 Ειδικές) και οι 116 (31,1%) στον Αντικαπνιστικό Νόμο. Η σχέση των αναφορών ήταν 2,2 προς 1 υπέρ του Παθητικού Καπνίσματος. Επίσης η σχέση των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος ήταν 1,5 προς 1 υπέρ των Γενικών έναντι των Ειδικών αναφορών. Η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ήταν 57,11 ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και 25,78 ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο (82,89 ανά έτος για το σύνολο των αναφορών).

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο που καταγράφηκαν στις 67 εφημερίδες του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο των εφημερίδων (n=67), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Αναφορές	Mean \pm St. Dev.	Median	Min - Max	Sum
Α' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα	0,73 \pm 2,20	0,00	0 – 15	49
- Γενικές	0,51 \pm 1,58	0,00	0 – 11	34
- Ειδικές	0,22 \pm 0,74	0,00	0 – 4	15
Αντικαπνιστικός Νόμος	0,33 \pm 1,33	0,00	0 – 10	22
Σύνολο αναφορών	1,06 \pm 3,45	0,00	0 – 25	71
Β' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα	0,61 \pm 2,20	0,00	0 – 15	41
- Γενικές	0,37 \pm 1,36	0,00	0 – 10	25
- Ειδικές	0,24 \pm 0,94	0,00	0 – 5	16
Αντικαπνιστικός Νόμος	0,94 \pm 2,10	0,00	0 – 10	63
Σύνολο αναφορών	1,55 \pm 3,94	0,00	0 – 24	104
Γ' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα	3,84 \pm 7,07	1,00	0 – 36	257
- Γενικές	2,28 \pm 3,91	1,00	0 – 17	153
- Ειδικές	1,55 \pm 3,62	0,00	0 – 19	104
Αντικαπνιστικός Νόμος	1,73 \pm 2,94	0,00	0 – 13	116
Σύνολο αναφορών	5,57 \pm 9,20	2,00	0 – 46	373

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) οι αναφορές στις 67 εφημερίδες κυμαίνονταν από 0 έως 25 με μέση τιμή 1,06 (σταθ. απόκλιση = 3,45) και διάμεσο τιμή 0,00. Οι αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 0,73 και διάμεσο τιμή 0,00 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 0,33 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές του Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 0,51 και διάμεσο τιμή 0,00 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 0,22 και διάμεσο τιμή 0,00.

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) οι αναφορές στις 67 εφημερίδες κυμαίνονταν από 0 έως 24 με μέση τιμή 1,55 (σταθ. απόκλιση = 3,94) και διάμεσο τιμή 0,00. Οι αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 0,61 και διάμεσο τιμή 0,00 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 0,94 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές του

Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 0,37 και διάμεσο τιμή 0,00 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 0,24 και διάμεσο τιμή 0,00.

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) οι αναφορές στις 67 εφημερίδες κυμαίνονταν από 0 έως 46 με μέση τιμή 5,57 (σταθ. απόκλιση = 9,20) και διάμεσο τιμή 2,00. Οι αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 3,84 και διάμεσο τιμή 1,00 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 1,73 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές του Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 2,28 και διάμεσο τιμή 1,00 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 1,55 και διάμεσο τιμή 0,00.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της συχνότητας (ρυθμός) εμφάνισης ανά έτος των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο που καταγράφηκαν στις 67 εφημερίδες του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της συχνότητας (ρυθμός) των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο των εφημερίδων (n=67), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Αναφορές ανά έτος	Mean \pm St. Dev.	Median	Min - Max	Sum
Α' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα / έτος	0,45 \pm 1,37	0,00	0,00 – 9,32	30,43
- Γενικές / έτος	0,32 \pm 0,98	0,00	0,00 – 6,83	21,12
- Ειδικές / έτος	0,14 \pm 0,46	0,00	0,00 – 2,48	9,32
Αντικαπνιστικός Νόμος / έτος	0,20 \pm 0,83	0,00	0,00 – 6,21	13,66
Σύνολο αναφορών / έτος	0,66 \pm 2,14	0,00	0,00 – 15,53	44,10
Β' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα / έτος	0,67 \pm 2,42	0,00	0,00 – 16,48	45,05
- Γενικές / έτος	0,41 \pm 1,49	0,00	0,00 – 10,99	27,47
- Ειδικές / έτος	0,26 \pm 1,03	0,00	0,00 – 5,49	17,58
Αντικαπνιστικός Νόμος / έτος	1,03 \pm 2,31	0,00	0,00 – 10,99	69,23
Σύνολο αναφορών / έτος	1,71 \pm 4,33	0,00	0,00 – 26,37	114,29
Γ' περίοδος				
Παθητικό Κάπνισμα / έτος	0,85 \pm 1,57	0,22	0,00 – 8,00	57,11
- Γενικές / έτος	0,51 \pm 0,87	0,22	0,00 – 3,78	34,00
- Ειδικές / έτος	0,34 \pm 0,81	0,00	0,00 – 4,22	23,11
Αντικαπνιστικός Νόμος / έτος	0,38 \pm 0,65	0,00	0,00 – 2,89	25,78
Σύνολο αναφορών / έτος	1,24 \pm 2,04	0,44	0,00 – 10,22	82,89

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ανά έτος, στις 67 εφημερίδες, κυμαίνονταν από 0,00 έως 15,53 με μέση τιμή 0,66 (σταθ. απόκλιση = 2,14) και διάμεσο τιμή 0,00. Οι αναφορές ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 0,45 και διάμεσο τιμή 0,00 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 0,20 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές ανά έτος του Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 0,32 και διάμεσο τιμή 0,00 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 0,14 και διάμεσο τιμή 0,00.

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ανά έτος, στις 67 εφημερίδες, κυμαίνονταν από 0,00 έως 26,37 με μέση τιμή 1,71 (σταθ. απόκλιση = 4,33) και διάμεσο τιμή 0,00. Οι αναφορές ανά έτος για το Παθητικό

Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 0,67 και διάμεσο τιμή 0,00 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 1,03 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές ανά έτος του Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 0,41 και διάμεσο τιμή 0,00 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 0,26 και διάμεσο τιμή 0,00.

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) η συχνότητα (ρυθμός) εμφάνισης των αναφορών ανά έτος, στις 67 εφημερίδες, κυμαίνονταν από 0,00 έως 10,22 με μέση τιμή 1,24 (σταθ. απόκλιση = 2,04) και διάμεσο τιμή 0,44. Οι αναφορές ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα είχαν μέση τιμή 0,85 και διάμεσο τιμή 0,22 και για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μέση τιμή 0,38 και διάμεσο τιμή 0,00. Οι Γενικές αναφορές ανά έτος του Παθητικού Καπνίσματος είχαν μέση τιμή 0,51 και διάμεσο τιμή 0,22 ενώ οι Ειδικές μέση τιμή 0,34 και διάμεσο τιμή 0,00.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή των 135 Ειδικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα, που καταγράφηκαν συνολικά στις 67 εφημερίδες του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους, ως προς τον τίτλο τους.

Πίνακας 6: Κατανομή των συνολικών Ειδικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα ως προς τον τίτλο τους (n=135).

Τίτλοι Ειδικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα	n	%
- ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	13	9,6%
- ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3	2,2%
- ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	17	12,6%
- ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ	12	8,9%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	14	10,4%
- ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	11	8,1%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΙΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	11	8,1%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΑ ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΑ	8	5,9%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΑΧΑΙΝΕΙ	3	2,2%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΟ ΣΠΕΡΜΑ	5	3,7%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	4	3,0%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΦΕΡΝΕΙ ΠΡΟΩΡΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	9	6,7%
- ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	2	1,5%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΟΥΦΑΙΝΕΙ	5	3,7%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΕΚΦΥΛΙΣΜΟ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΑΣ	2	1,5%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	7	5,2%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΠΡΟΩΡΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥΣ	6	4,4%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΚΟΤΩΝΕΙ ΤΑ ΕΜΒΡΥΑ	1	0,7%
- ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΠΟΒΟΛΗΣ	2	1,5%
Σύνολο	135	100%

Οι έξι συχνότεροι τίτλοι των Ειδικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα ήταν κατά σειρά οι εξής: «ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ» (12,6%), «ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ» (10,4%), «ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ» (9,6%), «ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ» (8,9%), «ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ» (8,1%), «ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΙΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ» (8,1%). Οι ανωτέρω τίτλοι αποτελούν το 57,7% των συνολικών τίτλων που καταγράφηκαν στις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

3.2 Επαγωγική ανάλυση

B1. Σχέση των αναφορών Παθητικού Καπνίσματος και Αντικαπνιστικού Νόμου με τα χαρακτηριστικά των εφημερίδων

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του αριθμού των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τα χαρακτηριστικά των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου (τόπος έκδοσης, είδος κυκλοφορίας), κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 7: Συσχέτιση του αριθμού των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τα χαρακτηριστικά των εφημερίδων (n=67), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Χαρακτηριστικά εφημερίδων	Αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα				U [†]	P value
	Mean ± St. Dev.	Percentiles				
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Α΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					331,00	0,235
- Αθηναϊκός τύπος	2,00 ± 4,24	0,00	0,00	1,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,37 ± 0,84	0,00	0,00	0,00		
Είδος κυκλοφορίας					511,50	0,626
- Καθημερινός τύπος	0,93 ± 2,62	0,00	0,00	0,75		
- Εβδομαδιαίος τύπος	0,44 ± 1,37	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					329,00	0,155
- Αθηναϊκός τύπος	1,93 ± 4,30	0,00	0,00	1,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,23 ± 0,73	0,00	0,00	0,00		
Είδος κυκλοφορίας					461,00	0,117
- Καθημερινός τύπος	0,63 ± 1,63	0,00	0,00	0,00		
- Εβδομαδιαίος τύπος	0,59 ± 2,89	0,00	0,00	0,00		
Γ΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					318,50	0,261
- Αθηναϊκός τύπος	7,73 ± 12,15	0,00	3,00	8,00		
- Περιφερειακός τύπος	2,71 ± 4,29	0,00	1,00	3,00		
Είδος κυκλοφορίας					438,00	0,173
- Καθημερινός τύπος	4,23 ± 6,96	0,00	2,00	5,75		
- Εβδομαδιαίος τύπος	3,26 ± 7,32	0,00	0,00	3,00		

*Mann-Whitney U test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,235$) και με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,626$).

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,155$) και με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,117$).

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,261$) και με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,173$).

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του αριθμού των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τα χαρακτηριστικά των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου (τόπος έκδοσης, είδος κυκλοφορίας), κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 8: Συσχέτιση του αριθμού των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τα χαρακτηριστικά των εφημερίδων (n=67), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Χαρακτηριστικά εφημερίδων	Αναφορές για τον Αντικαπνιστικό Νόμο				U [†]	P value
	Mean ± St. Dev.	Percentiles				
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Α΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					281,00	0,004**
- Αθηναϊκός τύπος	1,13 ± 2,62	0,00	0,00	1,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,10 ± 0,41	0,00	0,00	0,00		
Είδος κυκλοφορίας					528,00	0,785
- Καθημερινός τύπος	0,45 ± 1,68	0,00	0,00	0,00		
- Εβδομαδιαίος τύπος	0,15 ± 0,46	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					329,50	0,234
- Αθηναϊκός τύπος	2,13 ± 3,60	0,00	0,00	4,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,60 ± 1,27	0,00	0,00	0,00		
Είδος κυκλοφορίας					387,50	0,011*
- Καθημερινός τύπος	1,25 ± 2,22	0,00	0,00	2,00		
- Εβδομαδιαίος τύπος	0,48 ± 1,87	0,00	0,00	0,00		
Γ΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					311,50	0,194
- Αθηναϊκός τύπος	2,33 ± 3,02	0,00	1,00	4,00		
- Περιφερειακός τύπος	1,56 ± 2,92	0,00	0,00	1,75		
Είδος κυκλοφορίας					373,00	0,019*
- Καθημερινός τύπος	2,20 ± 3,24	0,00	1,00	3,75		
- Εβδομαδιαίος τύπος	1,04 ± 2,30	0,00	0,00	1,00		

[†]Mann-Whitney U test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων (p=0,004). Ειδικότερα ο Αθηναϊκός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ' ότι ο Περιφερειακός τύπος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε

στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,785$).

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,011$). Ειδικότερα ο Καθημερινός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ' ότι ο Εβδομαδιαίος τύπος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,234$).

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,019$). Ειδικότερα ο Καθημερινός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ' ότι ο Εβδομαδιαίος τύπος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,194$).

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του αριθμού του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τα χαρακτηριστικά των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου (τόπος έκδοσης, είδος κυκλοφορίας), κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 9: Συσχέτιση του αριθμού του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα (ΠΚ) και τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ΑΝ) με τα χαρακτηριστικά των εφημερίδων (n=67), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Χαρακτηριστικά εφημερίδων	Σύνολο αναφορών (ΠΚ και ΑΝ)				U [†]	P value
	Mean ± St. Dev.	Percentiles				
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Α΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					330,00	0,237
- Αθηναϊκός τύπος	3,13 ± 6,80	0,00	0,00	2,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,46 ± 1,02	0,00	0,00	0,00		
Είδος κυκλοφορίας					500,50	0,509
- Καθημερινός τύπος	1,38 ± 4,21	0,00	0,00	1,00		
- Εβδομαδιαίος τύπος	0,59 ± 1,78	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					329,50	0,234
- Αθηναϊκός τύπος	4,07 ± 7,24	0,00	0,00	8,00		
- Περιφερειακός τύπος	0,83 ± 1,81	0,00	0,00	0,75		
Είδος κυκλοφορίας					399,50	0,021*
- Καθημερινός τύπος	1,88 ± 3,40	0,00	0,00	3,00		
- Εβδομαδιαίος τύπος	1,07 ± 4,65	0,00	0,00	0,00		
Γ΄ περίοδος						
Τόπος έκδοσης					307,00	0,196
- Αθηναϊκός τύπος	10,07 ± 14,75	0,00	4,00	9,00		
- Περιφερειακός τύπος	4,27 ± 6,49	0,00	1,00	6,75		
Είδος κυκλοφορίας					417,50	0,105
- Καθημερινός τύπος	6,43 ± 9,19	0,00	3,00	10,25		
- Εβδομαδιαίος τύπος	4,30 ± 9,24	0,00	0,00	7,00		

[†]Mann-Whitney U test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον

Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,237$) και με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,509$).

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,021$). Ειδικότερα ο Καθημερινός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ' ότι ο Εβδομαδιαίος τύπος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,234$).

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τον τόπο έκδοσης των εφημερίδων ($p=0,196$) και με το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων ($p=0,105$).

B2. Σχέση των αναφορών Παθητικού Καπνίσματος και Αντικαπνιστικού Νόμου με τη χρονική περίοδο καταγραφής

Στους Πίνακες 10α και 10β παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα (ως αριθμός αναφορών και ως αριθμός αναφορών ανά έτος αντίστοιχα), των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, με τη χρονική περίοδο της καταγραφής τους.

Πίνακας 10α: Συσχέτιση του αριθμού των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα						
Χρονικοί περίοδοι	Mean ± St. Dev.	Percentiles			Z [†]	P value
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
A´ περίοδος (1)	0,73 ± 2,20	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,61 ± 2,20	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	3,84 ± 7,07	0,00	1,00	4,00		
- (1) = (2)					-1,034	0,301
- (1) < (3)					-4,518	0,000***
- (2) < (3)					-4,551	0,000***
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
A´ περίοδος (1)	2,00 ± 4,24	0,00	0,00	1,00		
B´ περίοδος (2)	1,93 ± 4,30	0,00	0,00	1,00		
Γ´ περίοδος (3)	7,73 ± 12,15	0,00	3,00	8,00		
- (1) = (2)					-0,106	0,916
- (1) < (3)					-2,322	0,020*
- (2) < (3)					-2,191	0,028*
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
A´ περίοδος (1)	0,37 ± 0,84	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,23 ± 0,73	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	2,71 ± 4,29	0,00	1,00	3,00		
- (1) = (2)					-1,698	0,090
- (1) < (3)					-3,885	0,000***
- (2) < (3)					-4,044	0,000***
Καθημερινός τύπος (n=40)						
A´ περίοδος (1)	0,93 ± 2,62	0,00	0,00	0,75		
B´ περίοδος (2)	0,63 ± 1,63	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	4,23 ± 6,96	0,00	2,00	5,75		
- (1) = (2)					-0,885	0,376
- (1) < (3)					-3,471	0,001**
- (2) < (3)					-3,517	0,000***
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
A´ περίοδος (1)	0,44 ± 1,37	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,59 ± 2,89	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	3,26 ± 7,32	0,00	0,00	3,00		
- (1) = (2)					-0,632	0,527
- (1) < (3)					-2,919	0,004**
- (2) < (3)					-2,941	0,003**
†Wilcoxon's signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,301$).

Στον Αθηναϊκό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,020$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,028$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,916$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,090$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Α΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%.

Στον Καθημερινό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,001$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,376$).

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,004$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,003$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,527$).

Πίνακας 10β: Συσχέτιση της συχνότητας (ρυθμός) των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Αναφορές για το Παθητικό Κάπνισμα ανά έτος						
Χρονικοί περίοδοι	Mean ± St. Dev.	Percentiles			Z [†]	P value
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
A´ περίοδος (1)	0,45 ± 1,37	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,67 ± 2,42	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,85 ± 1,57	0,00	0,22	0,89		
- (1) = (2)					-0,602	0,547
- (1) < (3)					-2,795	0,005**
- (2) < (3)					-2,393	0,017*
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
A´ περίοδος (1)	1,24 ± 2,64	0,00	0,00	0,62		
B´ περίοδος (2)	2,12 ± 4,73	0,00	0,00	1,10		
Γ´ περίοδος (3)	1,72 ± 2,70	0,00	0,67	1,78		
- (1) = (2)					-0,736	0,462
- (1) = (3)					-1,125	0,260
- (2) = (3)					-0,459	0,646
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
A´ περίοδος (1)	0,23 ± 0,52	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,25 ± 0,80	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,60 ± 0,95	0,00	0,22	0,67		
- (1) = (2)					-0,222	0,824
- (1) < (3)					-2,603	0,009**
- (2) < (3)					-2,512	0,012*
Καθημερινός τύπος (n=40)						
A´ περίοδος (1)	0,57 ± 1,62	0,00	0,00	0,47		
B´ περίοδος (2)	0,69 ± 1,79	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,94 ± 1,55	0,00	0,44	1,28		
- (1) = (2)					-0,596	0,551
- (1) = (3)					-1,709	0,087
- (2) = (3)					-1,872	0,061
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
A´ περίοδος (1)	0,28 ± 0,85	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,65 ± 3,17	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,72 ± 1,63	0,00	0,00	0,67		
- (1) = (2)					-0,175	0,861
- (1) < (3)					-2,555	0,011*
- (2) = (3)					-1,651	0,099

[†]Wilcoxon’s signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

[†]Wilcoxon's signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,005$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,017$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,547$).

Στον Αθηναϊκό τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,462$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,260$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,646$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,009$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,012$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος και απ΄ ό,τι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,824$).

Στον Καθημερινό τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,551$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,087$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10% και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,061$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%.

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,011$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα απ΄ ό,τι η Α΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,861$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,099$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%.

Στους Πίνακες 11α και 11β παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ως αριθμός αναφορών και ως αριθμός αναφορών ανά έτος αντίστοιχα), των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, με τη χρονική περίοδο της καταγραφής τους.

Πίνακας 11α: Συσχέτιση του αριθμού των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Αναφορές για τον Αντικαπνιστικό Νόμο						
Χρονικοί περίοδοι	Mean ± St. Dev.	Percentiles			Z [†]	P value
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
A´ περίοδος (1)	0,33 ± 1,33	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,94 ± 2,10	0,00	0,00	1,00		
Γ´ περίοδος (3)	1,73 ± 2,94	0,00	0,00	2,00		
- (1) < (2)					-3,273	0,001**
- (1) < (3)					-4,029	0,000***
- (2) < (3)					-2,527	0,012*
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
A´ περίοδος (1)	1,13 ± 2,62	0,00	0,00	1,00		
B´ περίοδος (2)	2,13 ± 3,60	0,00	0,00	4,00		
Γ´ περίοδος (3)	2,33 ± 3,02	0,00	1,00	4,00		
- (1) = (2)					-1,225	0,221
- (1) = (3)					-1,691	0,091
- (2) = (3)					-0,659	0,510
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
A´ περίοδος (1)	0,10 ± 0,41	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,60 ± 1,27	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	1,56 ± 2,92	0,00	0,00	1,75		
- (1) < (2)					-3,089	0,002**
- (1) < (3)					-3,885	0,000***
- (2) < (3)					-2,605	0,009**
Καθημερινός τύπος (n=40)						
A´ περίοδος (1)	0,45 ± 1,68	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	1,25 ± 2,22	0,00	0,00	2,00		
Γ´ περίοδος (3)	2,20 ± 3,24	0,00	1,00	3,75		
- (1) < (2)					-3,107	0,002**
- (1) < (3)					-3,335	0,001**
- (2) = (3)					-1,825	0,068
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
A´ περίοδος (1)	0,15 ± 0,46	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,48 ± 1,87	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	1,04 ± 2,30	0,00	0,00	1,00		
- (1) = (2)					-1,069	0,285
- (1) < (3)					-2,226	0,026*
- (2) < (3)					-2,251	0,024*
†Wilcoxon’s signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

[†]Wilcoxon's signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,001$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,012$). Ειδικότερα η Β΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος.

Στον Αθηναϊκό τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,221$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,091$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10% και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,510$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,002$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,009$). Ειδικότερα η Β΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος.

Στον Καθημερινό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,002$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,001$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,068$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%.

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,026$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,024$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,285$).

Πίνακας 11β: Συσχέτιση της συχνότητας (ρυθμός) των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Χρονικοί περίοδοι	Αναφορές για τον Αντικαπνιστικό Νόμο ανά έτος				Z [†]	P value
	Mean ± St. Dev.	Percentiles				
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
A´ περίοδος (1)	0,20 ± 0,83	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	1,03 ± 2,31	0,00	0,00	1,10		
Γ´ περίοδος (3)	0,38 ± 0,65	0,00	0,00	0,44		
- (1) < (2)					-3,641	0,000***
- (1) < (3)					-2,918	0,004**
- (2) = (3)					-1,637	0,102
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
A´ περίοδος (1)	0,70 ± 1,62	0,00	0,00	0,62		
B´ περίοδος (2)	2,34 ± 3,96	0,00	0,00	4,40		
Γ´ περίοδος (3)	0,52 ± 0,67	0,00	0,22	0,89		
- (1) = (2)					-1,782	0,075
- (1) = (3)					-0,296	0,767
- (2) = (3)					-1,276	0,202
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
A´ περίοδος (1)	0,06 ± 0,25	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,66 ± 1,40	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,35 ± 0,65	0,00	0,00	0,39		
- (1) < (2)					-3,071	0,002**
- (1) < (3)					-3,475	0,001**
- (2) = (3)					-1,035	0,300
Καθημερινός τύπος (n=40)						
A´ περίοδος (1)	0,28 ± 1,04	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	1,37 ± 2,44	0,00	0,00	2,20		
Γ´ περίοδος (3)	0,49 ± 0,72	0,00	0,22	0,83		
- (1) < (2)					-3,415	0,001**
- (1) < (3)					-2,411	0,016*
- (2) = (3)					-1,843	0,065
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
A´ περίοδος (1)	0,09 ± 0,28	0,00	0,00	0,00		
B´ περίοδος (2)	0,53 ± 2,05	0,00	0,00	0,00		
Γ´ περίοδος (3)	0,23 ± 0,51	0,00	0,00	0,22		
- (1) = (2)					-1,069	0,285
- (1) = (3)					-1,873	0,061
- (2) = (3)					-0,171	0,865

[†]Wilcoxon’s signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

[†]Wilcoxon's signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,004$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,102$).

Στον Αθηναϊκό τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,075$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Β΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%, μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,767$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,202$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,002$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,001$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,300$).

Στον Καθημερινό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,001$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,016$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό αναφορών ανά έτος για τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,065$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Β΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%.

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,285$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,061$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Γ΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10% και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,865$).

Στους Πίνακες 12α και 12β παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ως αριθμός αναφορών και ως αριθμός αναφορών ανά έτος αντίστοιχα), των 67 εφημερίδων του ηλεκτρονικού ελληνικού τύπου, με τη χρονική περίοδο της καταγραφής τους.

Πίνακας 12α: Συσχέτιση του αριθμού του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα (ΠΚ) και τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ΑΝ) με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Χρονικοί περίοδοι	Σύνολο αναφορών (ΠΚ και ΑΝ)				Z [†]	P value
	Mean ± St. Dev.	Percentiles				
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
Α΄ περίοδος (1)	1,06 ± 3,45	0,00	0,00	1,00		
Β΄ περίοδος (2)	1,55 ± 3,94	0,00	0,00	1,00		
Γ΄ περίοδος (3)	5,57 ± 9,20	0,00	2,00	8,00		
- (1) < (2)					-2,056	0,040*
- (1) < (3)					-4,918	0,000***
- (2) < (3)					-4,274	0,000***
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
Α΄ περίοδος (1)	3,13 ± 6,80	0,00	0,00	2,00		
Β΄ περίοδος (2)	4,07 ± 7,24	0,00	0,00	8,00		
Γ΄ περίοδος (3)	10,07 ± 14,75	0,00	4,00	9,00		
- (1) = (2)					-0,631	0,528
- (1) < (3)					-2,504	0,012*
- (2) < (3)					-1,959	0,050*
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
Α΄ περίοδος (1)	0,46 ± 1,02	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος (2)	0,83 ± 1,81	0,00	0,00	0,75		
Γ΄ περίοδος (3)	4,27 ± 6,49	0,00	1,00	6,75		
- (1) < (2)					-2,170	0,030*
- (1) < (3)					-4,261	0,000***
- (2) < (3)					-3,872	0,000***
Καθημερινός τύπος (n=40)						
Α΄ περίοδος (1)	1,38 ± 4,21	0,00	0,00	1,00		
Β΄ περίοδος (2)	1,88 ± 3,40	0,00	0,00	3,00		
Γ΄ περίοδος (3)	6,43 ± 9,19	0,00	3,00	10,25		
- (1) < (2)					-2,054	0,040*
- (1) < (3)					-3,891	0,000***
- (2) < (3)					-3,162	0,002**
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
Α΄ περίοδος (1)	0,59 ± 1,78	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος (2)	1,07 ± 4,65	0,00	0,00	0,00		
Γ΄ περίοδος (3)	4,30 ± 9,24	0,00	0,00	7,00		
- (1) = (2)					-0,172	0,863
- (1) < (3)					-3,049	0,002**
- (2) < (3)					-3,066	0,002**
†Wilcoxon's signed-rank test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,040$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$). Ειδικότερα η Β΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος.

Στον Αθηναϊκό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,012$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,050$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,528$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,030$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$). Ειδικότερα η Β΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος.

Στον Καθημερινό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,040$), μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,000$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,002$). Ειδικότερα η Β΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος.

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,002$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,002$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος και απ΄ ότι η Β΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε

στατιστικά σημαντική σχέση του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α' και Β' περιόδου ($p=0,863$).

Πίνακας 12β: Συσχέτιση της συχνότητας (ρυθμός) του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα (ΠΚ) και τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ΑΝ) με τη χρονική περίοδο καταγραφής τους.

Σύνολο αναφορών (ΠΚ και ΑΝ) ανά έτος						
Χρονικοί περίοδοι	Mean ± St. Dev.	Percentiles			Z [†]	P value
		25 th	50 th (Median)	75 th		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)						
Α΄ περίοδος (1)	0,66 ± 2,14	0,00	0,00	0,62		
Β΄ περίοδος (2)	1,71 ± 4,33	0,00	0,00	1,10		
Γ΄ περίοδος (3)	1,24 ± 2,04	0,00	0,44	1,78		
- (1) < (2)					-3,471	0,001**
- (1) < (3)					-3,140	0,002**
- (2) = (3)					-0,344	0,731
Αθηναϊκός τύπος (n=15)						
Α΄ περίοδος (1)	1,95 ± 4,22	0,00	0,00	1,24		
Β΄ περίοδος (2)	4,47 ± 7,95	0,00	0,00	8,79		
Γ΄ περίοδος (3)	2,24 ± 3,28	0,00	0,89	2,00		
- (1) = (2)					-1,782	0,075
- (1) = (3)					-0,969	0,333
- (2) = (3)					-0,979	0,328
Περιφερειακός τύπος (n=52)						
Α΄ περίοδος (1)	0,29 ± 0,63	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος (2)	0,91 ± 1,99	0,00	0,00	0,82		
Γ΄ περίοδος (3)	0,95 ± 1,44	0,00	0,22	1,50		
- (1) < (2)					-2,964	0,003**
- (1) < (3)					-3,119	0,002**
- (2) = (3)					-1,059	0,290
Καθημερινός τύπος (n=40)						
Α΄ περίοδος (1)	0,85 ± 2,62	0,00	0,00	0,62		
Β΄ περίοδος (2)	2,06 ± 3,73	0,00	0,00	3,30		
Γ΄ περίοδος (3)	1,43 ± 2,04	0,00	0,67	2,28		
- (1) < (2)					-3,414	0,001**
- (1) < (3)					-2,044	0,041*
- (2) = (3)					-0,227	0,820
Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)						
Α΄ περίοδος (1)	0,37 ± 1,11	0,00	0,00	0,00		
Β΄ περίοδος (2)	1,18 ± 5,11	0,00	0,00	0,00		
Γ΄ περίοδος (3)	0,95 ± 2,05	0,00	0,00	1,56		
- (1) = (2)					-0,511	0,610
- (1) < (3)					-2,796	0,005**
- (2) = (3)					-1,294	0,196

[†]Wilcoxon's signed-rank test * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Στο σύνολο των εφημερίδων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,001$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,002$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό συνολικών αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,731$).

Στον Αθηναϊκό τύπο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,075$) αν και φαίνεται μια τάση υπεροχής της Β΄ περιόδου στο στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας του 10%, μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,333$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,328$).

Στον Περιφερειακό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,003$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,002$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό συνολικών αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,290$).

Στον Καθημερινό τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,001$) και μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,041$). Ειδικότερα η Α΄ περίοδος εμφάνιζε μικρότερο αριθμό συνολικών αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Β΄ περίοδος και απ΄ ότι η Γ΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,820$).

Στον Εβδομαδιαίο τύπο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,005$). Ειδικότερα η Γ΄ περίοδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών ανά έτος για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο απ΄ ότι η Α΄ περίοδος. Επίσης δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συχνότητας του συνόλου των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα και τον Αντικαπνιστικό Νόμο μεταξύ της Α΄ και Β΄ περιόδου ($p=0,610$) και μεταξύ της Β΄ και Γ΄ περιόδου ($p=0,196$).

B3. Σχέση των αναφορών Παθητικού Καπνίσματος με τις αναφορές Αντικαπνιστικού Νόμου

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του αριθμού των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα με τον αριθμό των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο, κατά τις τρεις μελετώμενες χρονικές περιόδους.

Πίνακας 13: Συσχέτιση των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα (ΠΚ) με τις αναφορές για τον Αντικαπνιστικό Νόμο (ΑΝ), στις τρεις χρονικές περιόδους.

Συσχέτιση μεταξύ ΠΚ και ΑΝ	Spearman's rho (r_s)	P value
Α' περίοδος		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)	0,593	0,000
- Αθηναϊκός τύπος (n=15)	0,995	0,000
- Περιφερειακός τύπος (n=52)	0,300	0,031
- Καθημερινός τύπος (n=40)	0,543	0,000
- Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)	0,693	0,000
Β' περίοδος		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)	0,711	0,000
- Αθηναϊκός τύπος (n=15)	0,857	0,000
- Περιφερειακός τύπος (n=52)	0,624	0,000
- Καθημερινός τύπος (n=40)	0,747	0,000
- Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)	0,500	0,008
Γ' περίοδος		
Σύνολο εφημερίδων (n=67)	0,678	0,000
- Αθηναϊκός τύπος (n=15)	0,671	0,006
- Περιφερειακός τύπος (n=52)	0,667	0,000
- Καθημερινός τύπος (n=40)	0,712	0,000
- Εβδομαδιαίος τύπος (n=27)	0,574	0,002

Κατά την Α' περίοδο (23/12/2008 έως 02/08/2010) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος και των αναφορών του Αντικαπνιστικού Νόμου ($r_s=0,593$ και $p=0,000$), δηλαδή αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα ακολουθείται από αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών διαπιστώθηκε και στα «στρώματα», όσον αφορά τον τόπο έκδοσης και όσον αφορά το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων. Μεγάλη διαφοροποίηση της έντασης της σχέσης παρατηρείται μεταξύ Αθηναϊκού τύπου και Περιφερειακού τύπου ($r_s=0,995$ και $r_s=0,300$ αντίστοιχα) και

σχετικά μικρή διαφοροποίηση μεταξύ Καθημερινού τύπου και Εβδομαδιαίου τύπου ($r_s=0,543$ και $r_s=0,693$ αντίστοιχα).

Κατά την Β' περίοδο (03/08/2010 έως 30/06/2011) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος και των αναφορών του Αντικαπνιστικού Νόμου ($r_s=0,711$ και $p=0,000$), δηλαδή αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα ακολουθείτε από αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών διαπιστώθηκε και στα «στρώματα», όσον αφορά τον τόπο έκδοσης και όσον αφορά το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων. Αξιοσημείωτη διαφοροποίηση της έντασης της σχέσης παρατηρείτε μεταξύ Αθηναϊκού τύπου και Περιφερειακού τύπου ($r_s=0,857$ και $r_s=0,624$ αντίστοιχα) και μεταξύ Καθημερινού τύπου και Εβδομαδιαίου τύπου ($r_s=0,747$ και $r_s=0,500$ αντίστοιχα).

Κατά την Γ' περίοδο (01/07/2011 έως 31/12/2015) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος και των αναφορών του Αντικαπνιστικού Νόμου ($r_s=0,678$ και $p=0,000$), δηλαδή αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για το Παθητικό Κάπνισμα ακολουθείτε από αύξηση (ή μείωση) των αναφορών για τον Αντικαπνιστικό Νόμο. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών διαπιστώθηκε και στα «στρώματα», όσον αφορά τον τόπο έκδοσης και όσον αφορά το είδος κυκλοφορίας των εφημερίδων. Σχεδόν ίδια ένταση σχέσης παρατηρείτε μεταξύ Αθηναϊκού τύπου και Περιφερειακού τύπου ($r_s=0,671$ και $r_s=0,667$ αντίστοιχα) και σχετικά μικρή διαφοροποίηση μεταξύ Καθημερινού τύπου και Εβδομαδιαίου τύπου ($r_s=0,712$ και $r_s=0,574$ αντίστοιχα).

Συγκριτικά τη μεγαλύτερη ένταση της σχέσης μεταξύ των αναφορών του Παθητικού Καπνίσματος και των αναφορών του Αντικαπνιστικού Νόμου, στο σύνολο των εφημερίδων, είχε η Β' περίοδος ($r_s=0,711$) και έπονται η Γ' περίοδος ($r_s=0,678$) και η Α' περίοδος ($r_s=0,593$).

Όσον αφορά τα επιμέρους είδη των εφημερίδων, την ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των αναφορών παρουσίασε ο Αθηναϊκός τύπος την Α' περίοδο ($r_s=0,995$) και την Β' περίοδο ($r_s=0,857$) καθώς και ο Καθημερινός τύπος την Β' περίοδο ($r_s=0,747$) και την Γ' περίοδο ($r_s=0,712$).

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό οι εφημερίδες άνηκαν στον Περιφερειακό τύπο, ήταν καθημερινής έκδοσης και εκδίδονταν στην Αθήνα και στην υπόλοιπη Αττική. Βρέθηκε ότι κατά την περίοδο 23/12/2008 έως 02/08/2010 (Α), η μέση τιμή/έτος ΠΚ και ΑΝ ήταν 0,66, για την 03/08/2010 έως 30/06/2011 (Β) ήταν 1,71 και για την περίοδο 01/07/2011 έως 31/12/2015 (Γ) ήταν 1,24. Οι τρεις συχνότεροι τίτλοι των Ειδικών αναφορών για το ΠΚ ήταν κατά σειρά οι εξής: «ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ», «ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ», «ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ». Τα επαγωγικά συμπεράσματα αποκαλύπτουν ότι κατά την Α' περίοδο ο Αθηναϊκός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον ΑΝ απ' ότι ο Περιφερειακός τύπος, και στην Β' και Γ' περίοδο διαπιστώθηκε ότι Καθημερινός τύπος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για τον ΑΝ απ' ότι ο Εβδομαδιαίος.

Στο σύνολο των εφημερίδων (Αθηναϊκός, Περιφερειακός, Καθημερινός, Εβδομαδιαίος τύπος), διαπιστώθηκε ότι η Γ' περιόδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό αναφορών για το ΠΚ και μεγαλύτερο αριθμό αναφορών ανά έτος, η Β' περιόδος εμφάνιζε υψηλότερο αριθμό συνολικών αναφορών για το ΠΚ και τον ΑΝ, ενώ τον μικρότερο αριθμό αναφορών ανά έτος τον παρουσίαζε η Α' περίοδος. Συγκριτικά, την μεγαλύτερη ένταση της σχέσης μεταξύ των αναφορών του ΠΚ και ΑΝ είχε η Β' περίοδος και έπονται η Γ' περίοδος και η Α' περίοδος. Όσον αφορά τα επιμέρους είδη των εφημερίδων, την ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των αναφορών παρουσίασε ο Αθηναϊκός τύπος την Α' και την Β' περίοδο, καθώς και ο Καθημερινός τύπος την Β' και την Γ' περίοδο.

Συμπερασματικά το ζήτημα του ΠΚ και του ΑΝ προβλήθηκε ιδιαίτερα από τον ηλεκτρονικό τύπο κατά την Β' περίοδο και προήρθε κυρίως από τον Αθηναϊκό και Καθημερινό τύπο, γεγονός που ίσως οφείλετε στο ότι ο Νόμος .3868/2010 επέβαλε την καθολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους σε σχέση με τους υπόλοιπους δυο που περιελάμβαναν εξαιρέσεις.

Αρχικά, αντιλαμβανόμαστε ότι ο τύπος δίνει μεγαλύτερη σημασία στο κόστος του καπνίσματος στην οικονομία, με σειρά τίτλων κατάταξης ειδικών αναφορών στην τρίτη θέση, παραμελώντας τις σημαντικές επιπτώσεις του ΠΚ στην υγεία. Παρόλα αυτά αντιλαμβανόμαστε ότι την Β' περίοδο προσπαθεί με την αύξηση των αναφορών για το ΠΚ και τον ΑΝ να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει περισσότερο το αναγνωστικό κοινό. Στην συνέχεια, διαπιστώνουμε ότι ο Αντικαπνιστικός Νόμος «Πνίγηκε» στον καπνό του τσιγάρου.

Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε μια ποικιλομορφία τίτλων σχετικά με τις αναφορές του παθητικού καπνίσματος. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Galantomos I, et al. (2011) όπου υποστηρίζουν ότι με την εφαρμογή του νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος υπήρχε πλήρης κάλυψη όλων των βασικών θεμάτων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού [57].

Βρέθηκε ακόμη, ότι ο Ελληνικός ηλεκτρονικός τύπος έχει ασχοληθεί αρκετά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά αλλά και με την έκθεση των παιδιών στον καπνό του τσιγάρου μέσα στα οχήματα, καθιστώντας τα ως το δεύτερο και πέμπτο συχνότερο τίτλο αντίστοιχα. Επίσης, η πολιτική επικαιρότητα καθιστώντας έναν καθολικό νόμο απαγόρευσης του καπνίσματος οδήγησε στην αύξηση των αναφορών του ΠΚ και του ΑΝ στον τύπο. Αντίστοιχα, σε μελέτη των Patterson C. et al. (2015) που αφορούσε τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης του Ηνωμένου Βασιλείου σχετικά με το ΠΚ και τα παιδιά αποκαλύπτει, ότι η συχνότητα των άρθρων μεταβαλλόταν σύμφωνα με τα πολιτικά γεγονότα και έδινε μεγάλη έμφαση στην έκθεση των παιδιών στον καπνό του τσιγάρου μέσα στα οχήματα. Κατά την εφαρμογή του νόμου για το κάπνισμα σε οχήματα που υπάρχουν παιδιά, βρέθηκε ότι τα παιδιά χαρακτηρίστηκαν ως θύματα του ΠΚ κι ότι το ΠΚ συσχετίστηκε με πολλούς κινδύνους για την υγεία τους. Στα άρθρα αυτά υποστηρίχτηκε θετικά η εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου [58].

Επίσης, στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή των αναφορών του ΠΚ και του ΑΝ στον ελληνικό ηλεκτρονικό τύπο ήταν 1,2/έτος σε περίοδο 7 ετών εφαρμογής των νόμων, του 2008, του 2010 και του 2011, δηλαδή περίπου 0,003 αναφορές την ημέρα. Ωστόσο, σε αμερικάνικη μελέτη των Nelson D. et al. (2015) σχετικά με τις αναφορές του καπνίσματος γενικά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, βρέθηκε ότι σε 8 από τα μέσα ενημέρωσης που μελετήθηκαν υπήρχαν κάθε μέρα άρθρα/ θέματα που αφορούσαν το κάπνισμα [59].

Επιπλέον, ενώ στην μελέτη μας η ασφάλεια των εργαζομένων από το παθητικό κάπνισμα καταλαμβάνει μία από τις τελευταίες θέσεις στους τίτλους των ειδικών αναφορών στον ηλεκτρονικό τύπο, σε αυστραλιανή μελέτη των Wakefield M, et al. (2010) αποδείχθηκε ότι η πλειοψηφία των άρθρων υποστήριζε τη νομοθεσία για την προστασία των εργαζομένων από το παθητικό κάπνισμα και παρότρυναν την κυβέρνηση να εφαρμόσει πολιτικές κατά του καπνίσματος για την προστασία των εργαζομένων από τον καπνό του τσιγάρου [60].

Σύμφωνα με την μελέτη των Nagelhout et al (2012) που πραγματοποιήθηκε στα Ολλανδικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αποδεικνύει ότι τα Μέσα μπορούν να επηρεάσουν τους καπνιστές για τις αρνητικές επιπτώσεις του ΠΚ και για την εφαρμογή του ΑΝ και ότι οι υποστηρικτές για την απαγόρευση του νόμου θα πρέπει να στοχεύουν στην καθιέρωση επιχειρημάτων προβολής στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τη διατήρηση της υγείας και της τήρησης του ΑΝ [61].

Τέλος στη παρούσα μελέτη δεν ασχοληθήκαμε με την επιρροή των μέσων ενημέρωσης στη διακοπή του καπνίσματος και στην έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, όμως πολλές είναι οι μελέτες που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό, όπως των Durrant R, et al. (2003), Cummings KM, et al. (1987) και των Culpin A, et al. (1996) που αποδεικνύουν την θετική επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε θέματα για την προστασία της υγείας [62], [63], [64].

Αντίθετα, στη μελέτη των Andreou et al. (2010) όπου διερευνήθηκαν οι αναφορές του ΑΝ τρεις μήνες πριν και τρεις μήνες μετά την εφαρμογή του νόμου του 2009 βρέθηκε ότι ο ελληνικός τύπος έπαιξε αρνητικό ρόλο στην προώθηση της πολιτικής για τη διακοπή του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και αυτό γιατί δεν υποστήριξαν τις αλλαγές και ήταν απαισιόδοξοι για την εφαρμογή του [65].

Τέλος, πρέπει να αναφερθούμε και στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης που είναι το γεγονός ότι στην ουσία η Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης και Επικοινωνίας είχε στον κατάλογο της την ηλεκτρονική μορφή των εφημερίδων που ήδη υπήρχαν σε έντυπη μορφή, σε κάποιες εφημερίδες δεν υπήρχε πρόσβαση διότι ήταν συνδρομητικές -όποτε αυτόματα αποκλείστηκαν- και κάποιες εφημερίδες παρουσίαζαν σφάλμα ενώ κάποιες ήταν υπό κατασκευή. Επίσης, αποκλείστηκαν οι εφημερίδες οι οποίες δεν είχαν μηχανή αναζήτησης και αυτές που έχουν έντονο συγκεκριμένο χαρακτήρα όπως π.χ. αθλητικές, αγροτικές, οικονομικές ανεξάρτητα από το αν είναι καθημερινές ή εβδομαδιαίες ενώ υπήρχε αδυναμία των περισσότερων βάσεων αναζήτησης που χρησιμοποιούσαν οι εφημερίδες να εντοπίσουν σωρευτικά τη σχετική αρθρογραφία. Αν και οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικές του συνόλου του τύπου, είναι ωστόσο ενδεικτικές της κάλυψης του ΠΚ και του ΑΝ στον ηλεκτρονικό τύπο και κατ' επέκταση στον έντυπο τύπο πανελλαδικής κυκλοφορίας. Ακόμη, δεν είναι γνωστός ο αριθμός των δημοσιεύσεων σε αυτές τις πηγές πληροφόρησης, ούτε ποιες είναι αυτές και σε ποιες ηλικιακές ομάδες απευθύνονται.

Βιβλιογραφία

1. Guindon E, Boisclair D. 2003. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Economics of Tobacco Control Pares No 6. Past, current and future trends in tobacco use. Geneva, Switzerland. Assessed 31/05/2016 in: <http://smtp.sesrtic.org/tfo/files/articles-studies/6-past-current-and-future-treds-in-tobacco-use-who.pdf>
2. Cameron P, Kostin JS, Zaks JM, et al. The health of smokers' and nonsmokers' children. J Allergy. 1969, 43(6):336-41.
3. Jacobs M, Alonso AM, Sherin KM, et al. Policies to restrict secondhand smoke exposure: American College of Preventive Medicine Position Statement. Am J Prev Med. 2013, 45(3):360-7.
4. Eurppean Lung White Book. Αναπνευστική Υγεία στην Ευρώπη- γεγονότα και εικόνες. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. Berlin. Accessed 25/04/2016 in: <http://www.ers-education.org/lrmedia/2014/pdf/238603.pdf>
5. Κοινή Υπουργική Απόφαση 3868/2010 (ΦΕΚ 129/τ.Α'/03-08-2010) <<Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης>>.
6. Carmona RH, Moritsugu KP, Williams RC, et al. 2006. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General. U.S Department of Health and Human Services. Atlanta, GA. Accessed 25/02/2016 in: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
7. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. Br Med J. 1981, 282(6259):183-5.
8. Vainio H, Partanen T. Population burden of lung cancer due to environmental tobacco smoke. Mutat Res. 1989, 222(2):137-40.
9. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. Lung Cancer. 2004, 45 Suppl 2:S3-9.
10. Hecht SS, Carmella SG, Murphy SE, et al. A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. NEngl J Med. 1993, 329(21):1543-6.
11. Fontham ET, Correa P, Reynolds P, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women. A multicenter study. JAMA. 1994, 271(22):1752-9.
12. Janerich DT, Thompson WD, Varela LR, et al. Lung cancer and exposure to tobacco smoke in the household. N Engl J Med. 1990, 323(10):632-6.

13. Bennett WP, Alavanja MC, Harris CC. Environmental tobacco smoke, genetic susceptibility, and risk of lung cancer in never-smoking women. *J Natl Cancer Inst.* 2000, 92(9):760-1.
14. He J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease. *N Engl J Med.* 1999, 20(24):1764-5.
15. Χόνδρου Ε. 2014. Κλινική Σημασία Παθητικού Καπνίσματος. Επιδράσεις σε Ενήλικες. Βρογχικό Άσθμα. Assessed 25/02/2016 in: <http://www.eoncology.eu/wp-content/uploads/2014/11/eishghseis.pdf>
16. Dahms TE, Bolin JF, Slavin RG. Passive smoking. Effects on bronchial asthma. *Chest.* 1981, 80(5):530-4.
17. Larsson ML, Loit HM, Meren M et al. Passive smoking and respiratory symptoms in the FinEsS Study. *Eur Respir J.* 2003, 21(4):672-6.
18. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA.* 1998, 280(22):1909-14.
19. Coutlas DB. Health effects of passive smoking. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax*, 1998, 53(5):381-7.
20. Eisner M, Balmes J, Yelin E, et al. Directly measured secondhand smoke exposure and COPD health outcomes. *BMC Pulm Med.* 2006, 6:12
21. Sen O, Rucci EW, Imboden M, et al. A1-antitrysin deficiency and lung disease: risk modification by occupational and environmental inhalants. *Eur Respir J.* 2005, 26(5): 909-17.
22. Mannino DM, Siegel M, Husten C, et al. Environmental tobacco smoke exposure and health effects in children: results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tob Control.* 1996, 5(1):13-8.
23. Martin TR, Bracken MB. Association of low birth weight with passive smoke exposure in pregnancy. *Am J Epidemiol.* 1986, 124(4):633-42.
24. Lassen K, Oei TP. Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on long-term physical and cognitive parameters of child development. *Addict Behav.* 1998, 23(5):635-53.
25. Baheiraei A, Shamsi A, Khaghani S, et al. The effects of maternal passive smoking on maternal milk lipid. *Acta Med Iran.* 2014, 52(4):280-5.
26. Pollack HA. Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. *Am J Public Health.* 2001, 91(3):432-6.
27. Bartholomew KS. Policy Options to Promote Smokefree Environments for Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015, 45(6):146-81

28. Καραγιάννης Σ. Παθητικοί Καπνιστές. Τα παιδιά επιβαρύνονται από το κάπνισμα των γονιών τους και αποκτούν μόνιμα προβλήματα υγείας, όπως σπαστική βρογχίτιδα και άσθμα. Accessed 25/04/2016 in :<http://akovos.gr/AkobosPeriodiko/Teuxos15/PthitikiKapnistes.pdf?ckattempt=1>
29. Perez L, Declercq C, Iniguez C, et al. Chronic burden of near-roadway traffic pollution in 10 European cities (APHEKOM network). Eur Respir J. 2013, 42(3):594-605.
30. Murray AB, Morrison BJ. Passive smoking by asthmatics: its greater effect on boys than on girls and on older than on younger children. Pediatrics. 1989, 84(3):451-9.
31. Harlap S, Davies AM. Infant admissions to hospital and maternal smoking. Lancet. 1974, 1(7857):529-32.
32. Kauffmann F, Tager IB, Munoz A, et al. Familial factors related to lung function in children aged 6-10 years. Results from the PAARC epidemiologic study. Am J Epidemiol. 1989, 129(6):1289-99.
33. Collaco JM, Vanscoy L, Bremer L, et al. Interactions between secondhand smoke and genes that affect cystic fibrosis lung disease. JAMA. 2008, 299(4):417-24.
34. Kallio K, Jokinen E, Raitakari OT, et al. Tobacco smoke exposure is associated with attenuated endothelial function in 11-yearold healthy children. Circulation. 2007, 115(25):3205-12.
35. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, et al. Association of pediatric dental caries with passive smoking. JAMA. 2003, 289(10):125-64.
36. Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. Am J Public Health. 1998, 88(7):1025-9.
37. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, et al. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tob Control. 1999, 8(2):156-60.
38. Eisner M, Balmes J, Yelin E, et al. Directly measured secondhand smoke exposure and COPD health outcomes. BMC Pulmonary Medicine. 2006, 6:12.
39. ΒΔ 31-7-56 Περί απαγορεύσεως του καπνίζεσιν εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων.
40. W.H.O. 2005. Framework Convention on Tobacco Control. Accessed 22/04/2016 in: <http://www.who.int/fctc/about/en/>.
41. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. 2007. Πράσινη Βίβλος. Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα. Στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο ΕΕ. Βρυξέλλες. Accessed 21/04/2016 in: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2007/EL/1-2007-27-EL-F1-1.Pdf>
42. Eurobarometer. 2009. Survey on Tobacco Analytical report. Accessed 25/03/2016 in: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf.

43. WHO. 2016. IARC - International Agency for Research on Cancer. Assessed 25/05/2016 in: http://www.who.int/ionizing_radiation/research/iarc/en/.
44. Κοινή Υπουργική Απόφαση 3730/2008 (ΦΕΚ 262/Α/23-12-2008) <<Προστασία ενηλίκων από το κάπνισμα και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις>>.
45. Κοινή Υπουργική Απόφαση 3868/2010 (ΦΕΚ 129/τ.Α΄/03-08-2010) <<Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης>>.
46. Κοινή Υπουργική Απόφαση 3986/2011(ΦΕΚ Α΄ 152/01-07-2011) <<Επείγοντα μέτρα Εφαρμογής Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015>>.
47. Φωτεινός Α. Απαγόρευση Καπνίσματος στο Εξωτερικό. Η Απαγόρευση του Καπνίσματος στα Κράτη Μέλη της Ε.Ε. Assessed 28/02/2016 in: <http://www.nosmoke.gr/prohibitionsofsmokingabroad.html>
48. Special Eurobarometer. 2010. Tobacco. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate General Health and Consumers. Survey co-ordinated by Directorate General Communication. Brussels Belgium. Assessed 27/02/2016 in: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf
49. W.H.O. 2013. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, Switzerland. Assessed 25/02/2016 in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf
50. Lin H, Wang H, Wu W, et al. The effects of smoke-free legislation on acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013, 13:529.
51. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2009, 54(14):1249–55.
52. Loomis BR, Juster HR. Association of indoor smoke-free air laws with hospital admissions for acute myocardial infarction and stroke in three states. J Environ Public Health. 2012, 2012:589018.
53. Johnsson T, Tuomi T, Hyvärinen M, et al. Occupational Exposure of Non-Smoking Restaurant Personnel to Environmental Tobacco Smoke in Finland. Am J Ind Med. 2003, 43(5):523-531.
54. Siegel M, Barbeau EM, Osinubi OY. The impact of tobacco use and secondhand smoke on hospitality workers. Clin Occup Environ Med. 2006, 5(1):31-42.
55. Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. Am J Respir Crit Care Med. 2007, 175(8):840-5.

56. Δαρβίρη Χ. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Προαγωγή Υγείας. Στο: Προαγωγή Υγείας., Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2007: 269-277.
57. Galantomos I , Andreou G,Gourgoulisanis K. 2011. The Open Applied Linguistics Journal. The Content and Language of Newspaper Articles Related to the Official Ban on Smoking in Greece. Assessed 03/06/2016 in: <http://www.benthamopen.com/contents/pdf/TOALJ/TOALJ-4-1.pdf>
58. Patterson C, Semple W, Wood K, et al. A quantitative content analysis of UK newsprint coverage of proposed legislation to prohibit smoking in private vehicles carrying children. BMC Public Health. 2015, 15:760.
59. Nelson DE, Pederson LL, Mowery P, et al. Trends in US newspaper and television coverage of tobacco. Tob Control. 2015, 24(1):94-9.
60. Wakefield M, Clegg-Smith K, Chapman S. 2010. Framing of Australian newspaper coverage of a secondhand smoke injury claim: Lessons for media advocacy. Critical Public Health. Assessed 05/06/2016 in: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581590500048382>
61. Nagelhout GE, van den Putte B, de Vries H, et al. The influence of newspaper coverage and a media campaign on smokers' support for smoke-free bars and restaurants and on second-hand smoke harm awareness. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. Tob Control. 2012, 21(1):24-9.
62. Durrant R, Wakefield M, McLeod K, et al. Tobacco in the news: an analysis of newspaper coverage tobacco issues in Australia, 2001. Tob Control. 2003, 2 Suppl 2:ii75-81.
63. Cummings KM, Sciandra R, Markello S. Impact of a newspaper mediated quit smoking program. Am J Public Health. 1987, 77(11):1452-3.
64. Culpin, A, Gleeson S, Thomas MM, et al. 1996. Volume 6 Issue 2. Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals. Assessed 06/06/2016 in: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=461247238329638;res=IELHEA>
65. Andreou G, Gourgoulisanis K, Galantomos I. The "language" of the unsuccessful anti-smoking campaign in Greece: examples from Greek newspaper headlines. Prev Med. 2010, 51(3-4):336-7.

