

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Τίτλος πτυχιακής εργασίας:

**Συσχέτιση της διαμονής κατά τη φοιτητική ζωή με συμπεριφορές
διακινδύνευσης για την υγεία**

Από τις φοιτήτριες:

Ηλιάνα Αποστόλου *A.M. 6519*

Στέλλα Μανωλά *A.M. 6567*

Άννα Ραντιόνοβα *A.M. 6460*

Επιβλέπων καθηγητής:

Δρ Γεώργιος Κριτσωτάκης

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που μας βοήθησαν για την πραγματοποίηση αυτής της πτυχιακής μας εργασίας.

Χωρίς τη συνεργασία, τη διάθεση του χρόνου και την υποστήριξη από το οικογενειακό μας περιβάλλον και τον καθηγητή μας η έρευνα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί.

Συγκεκριμένα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας Δρ Γεώργιο Κριτσωτάκη, Επίκουρο Καθηγητή του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης ως επιβλέπων για την πτυχιακή μας εργασία για την ευγένεια του, την συμπαράσταση και την βοήθεια του όλο αυτό το χρονικό διάστημα ώστε να υλοποιηθεί το έργο μας.

Ηράκλειο, 2017

*«Αν δεν φυτέψουμε το δέντρο της γνώσης όταν είμαστε νέοι,
δεν θα μας δώσει τον ίσκιο του όταν θα έχουμε γεράσει...»*

Φίλιπ Στάνχοπ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Η εναλλαγή από την μαθητική στη φοιτητική ζωή σηματοδοτεί για τα νέα άτομα την περίοδο ενηλικίωσης και την αρχή μιας νέας ζωής, διερευνώντας και απελευθερώνοντας τις προσωπικές τους επιλογές. Ωστόσο, αυτή την περίοδο υιοθετούνται νέες συμπεριφορές υγείας οι οποίες ίσως να μην είναι και τόσο καλές όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και οι σεξουαλικές πρακτικές.

ΣΚΟΠΟΣ Στην παρούσα εργασία, διερευνήθηκαν πως οι συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, σεξουαλικές επαφές) σχετίζονται με τη διαμονή των φοιτητών κατά την διάρκεια των σπουδών τους (το εάν μένουν μόνοι τους ή με την οικογένεια τους ή συγκατοικούν). Αυτή η μελέτη αφορούσε τους νεοεισαχθέντες φοιτητές-τριες του Τ.Ε.Ι Κρήτης στο πλαίσιο της μελέτης ΛΑΤΩ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει το σύνολο των 727 φοιτητών-τριών στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος την περίοδο Οκτώβριο-Δεκέμβριο, από το 2012. Οι φοιτητές-τριες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με βάση τις μελέτες HBSC, ESPAD με σκοπό να διερευνηθούν οι συμπεριφορές υγείας, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ καθώς και οι σεξουαλικές πρακτικές. Οι στατιστικές αναλύσεις και τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα SPSS 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Σχετικά με τους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, προκύπτει ότι οι φοιτητές που μένουν μόνοι ή με συγκατοικο στο σπίτι, έχουν πάνω από τριπλάσιες πιθανότητες για κάπνισμα τις τελευταίες 30 ημέρες, σε σχέση με αυτούς που μένουν με την οικογένειά τους, ενώ οι φοιτήτριες έχουν τις μισές πιθανότητες σε αντίθεση με αυτές που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένειά τους. Παρατηρήθηκε, ως προς τον παράγοντα των πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, ότι οι φοιτητές που μένουν μόνοι τους έχουν διπλάσιες πιθανότητες για αυτό από τους φοιτητές που μένουν με την οικογένειά τους. Οι φοιτητές των εστιών έχουν 85% λιγότερες πιθανότητες στη χρήση προφυλακτικού σε σύγκριση με των φοιτητών που διαμένουν με την οικογένειά τους. Ως προς τον παράγοντα του αλκοόλ, φαίνεται ότι οι φοιτητές που μόνοι ή με συγκατοικο, παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μεθύσει το τελευταίο έτος και σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μεθύσει γενικά στο παρελθόν σε σχέση με αυτούς που συνεχίζουν να μένουν με τους γονείς τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Διαπιστώνεται ότι ο τύπος διαμονής (εάν διαμένουν στην εστία ή μόνοι ή με συγγάμο ή με την οικογένειά τους) των φοιτητών και φοιτητριών σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών ως προς τις καπνιστικές συνήθειες, το αλκοόλ και τις σεξουαλικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών. Προκύπτει ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας με σκοπό την προστασία της υγείας και της ευεξίας των σπουδαστών αλλά και μακροπρόθεσμα του ευρύτερου κοινωνικού σχηματισμού πριν οι αναφερόμενες συμπεριφορές υιοθετηθούν ως μόνιμες στην μετέπειτα ενήλικη ζωή.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Συμπεριφορές διακινδύνευση, φοιτητές Τ.Ε.Ι Κρήτης, κάπνισμα, αλκοόλ, επικίνδυνες σεξουαλικές επαφές, διαμονή με οικογενειακό περιβάλλον, διαμονή σε εστίες ή διαμονή μόνος σε σπίτι.

ABSTRACT

BACKGROUND For young adults, transitioning from school student status to university student status signifies a period of exploring, establishing and releasing their personal choices. During that time, health risk behaviors like smoking, drinking alcohol and mistaken sexual behaviors are adopted or solidified.

AIM In the present study, it was assessed how the health behaviors (smoking, alcohol, sexual behaviors) are associated with the place whether the students live (living alone or with someone else, with parents, or in campus) during their studies. This study concerned newly-admitted students of TEI of Crete in the context of the LATO study.

MATERIAL AND METHOD This analysis includes the total of 727 students at the TEI of Crete. Students completed a questionnaire based on the HBSC and ESPAD studies to investigate health risk behaviors such as smoking, alcohol and unsafe sexual practices. The statistical tests and logistic regression models were performed using SPSS 21.0.

RESULTS Male students who live alone or with a roommate off campus have more than three times the odds of smoking in the last 30 days compared to those who live with their family while the female students have the half the odds in comparison to those who still live with their family. Male students who live alone have twice the odds for having multiple sexual partners in relation to the students who live with their family. In addition, male students who live on campus have 85% less odds of using a condom compared to male students who live with their family. Regarding alcohol use, it seems that male students who live alone or with a roommate have double the odds to have been drunk in the last year and almost double the odds to have been drunk in the past generally in comparison with those who are still live with their parents.

CONCLUSIONS The place of residence of the students (if they live in a home alone/with a roommate or with their family or on campus) is associated to their health risk behaviors in a gender sensitive way. There is a need to design and implement health education and health promotion programs to protect the health and wellbeing of students and to wider social formation before the abovementioned behaviors are adopted as permanent in the later adult life.

KEY-WORDS: Health risk behaviors, TEI students in Crete, smoking, alcohol, dangerous sexual behaviors, living in campus, living with parents, living alone or with a roommate at home

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Το κάπνισμα	17
1.1 Ορισμός	17
1.2 Ιστορικά στοιχεία της χρήσης του καπνού	17
1.3 Αίτια καπνίσματος	18
1.4 Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία	20
1.5 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και το εξωτερικό	22
1.5.1 Καπνιστικές συνήθειες σε νεαρούς ενήλικες	25
1.6 Μέτρα διακοπής καπνίσματος	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Το αλκοόλ	30
2.1 Ορισμός	30
2.2 Γενικό μέρος	30
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	32
2.4 Παράγοντες που οδηγούν στο ποτό	36
2.5 Συνέπειες και νόσοι που σχετίζονται με τον αλκοολισμό	37
2.6 Αίτια – παράγοντες κινδύνου	38
2.7 Πρόληψη και θεραπεία	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Σεξουαλική συμπεριφορά νέων	42
3.1 Ορισμός	42
3.2 Στόχοι και μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή	43
3.3 Ιστορική αναδρομή	44
3.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα	44
3.5 Κατηγορίες Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων	45
3.5.1 HIV (Human Immunodeficiency Virus)	45
3.5.2 Ηπατίτιδα Β	45
3.5.3 Βλεννόρροια	45

3.5.4 Σύφιλη	46
3.6 Η έννοια της σεξουαλικότητας	46
3.7 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα	47
3.8 Αντισύλληψη και νέοι	48
3.9 Επιδημιολογικά στοιχεία	49
3.10 Πρόληψη	51
3.10.1 Προγράμματα Αντισύλληψης	52
3.10.2 Ανδρικά προφυλακτικά	52
3.10.3 Γυναικεία προφυλακτικά	52
3.10.4 Ενδομήτρια σπειράματα	53
3.10.5 Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση	53
Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	55
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	55
4.1 Εισαγωγή	55
4.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου μελέτης	55
4.3 Σκοπός έρευνας	56
4.4 Ερευνητικά ερωτήματα	56
4.5 Πληθυσμός της μελέτης	56
4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	58
4.7 Δεοντολογία και διασφάλιση ανωνυμίας	59
4.8 Στατιστική Μεθοδολογία	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	61
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	69
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	69
Περιορισμοί μελέτης	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	73
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	73
7.1 Κάπνισμα – διατροφή – φυσική δραστηριότητα	74

7.2 Αλκοόλ	76
7.3 Σεξουαλικές Συμπεριφορές	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	91

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η ανθρώπινη συμπεριφορά διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών (Baban 2007, Craciun 2007), ενώ μια νέα πρόκληση στα θέματα υγείας αποτελεί η μελέτη της σχετιζόμενη με αυτά τα θέματα (Κουλιεράκης 2000). Για αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να κατανοηθεί πως συμπεριφέρονται οι άνθρωποι είτε για την πρόληψη προβλημάτων υγείας είτε για την αντιμετώπισή τους, καθώς και οι παράγοντες εμπλοκής των πρακτικών για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων (Χαραλάμπους 2010, Τσίτση 2010). Η νεανική ηλικία αποτελεί ένα σημαντικό στάδιο της ανάπτυξης του ανθρώπου κατά το οποίο δημιουργούνται συμπεριφορές, πεποιθήσεις, και στάσεις, σχετικές με την υγεία, που συνήθως υιοθετούνται σε μόνιμη βάση στην μετέπειτα ενήλικη ζωή (Kritsotakis et al. 2016). Αναμφισβήτητα, ο απογαλακτισμός των νέων από την οικογενειακή τους εστία και η εισαγωγή τους στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελούν χαρακτηριστικό στη ζωή των φοιτητών. Επιπροσθέτως, η προσπάθεια ανεξαρτησίας από την οικογένεια, η απόκτηση νέων καθηκόντων και ρόλων και οι νέες εμπειρίες οδηγούν τους φοιτητές πιο κοντά σε επικίνδυνες πρακτικές υγείας. Η μετάβαση στην φοιτητική ζωή φέρνει τους νέους αντιμετώπους με παράγοντες κινδύνου και συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και τις μη ορθές σεξουαλικές πρακτικές.

Στα Δυτικά κράτη συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, η συμπλήρωση του 18ου έτους αποτελεί την είσοδο στην ενήλικη ζωή. Το στάδιο μεταξύ της εφηβείας και της ενηλικίωσης αποτελεί μια διαδικασία μετάβασης όπου τα άτομα θα προσπαθήσουν να διαμορφώσουν την ταυτότητά τους και η ψυχολογική ωρίμανση θα επιτευχθεί μέσα από προσωπική πάλη (Shanahan et al. 2005). Οι νέοι ενήλικες δεν ακολουθούν την ίδια πορεία, αλλά στην πλειονότητά τους έρχονται αντιμετώπι με την εξερεύνηση, το αίσθημα του ενδιάμεσου, την αβεβαιότητα, την ενδοπαρατήρηση και αντιλαμβάνονται τη συγκεκριμένη περίοδο σαν μια κατάσταση με άπειρες δυνατότητες.

Η ένταξη των νέων στην τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελεί βασικό βήμα για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους εκτός από την επαγγελματική ταυτότητα που τους παρέχει. Μακριά από τον έλεγχο των γονιών τους καλούνται να αναλάβουν υποχρεώσεις

και ευθύνες διαμορφώνοντας έτσι την ταυτότητά τους (Arnett 2007). Οι νέοι ενήλικες χαρακτηρίζονται γενικά από καλή υγεία και χαμηλή θνησιμότητα. Μπορεί να αναπτύξουν όμως συμπεριφορές υψηλού κινδύνου οι οποίες πιθανόν να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις. Σε αυτές ανήκουν το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, οι σεξουαλικές συμπεριφορές που οδηγούν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανθυγιεινές διαιτητικές συμπεριφορές και σωματική αδράνεια (Grunbaum et al. 2003, Arnett 2012). Σημαντική επιρροή στη συμπεριφορά ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο διαμορφώνονται πρότυπα και δημιουργούνται συνθήκες που ωθούν τα άτομα σε συμπεριφορές που είτε προάγουν είτε δυσχεραίνουν την υγεία τους (Kritsotakis & Gamarniow 2004, Berkman & Kawachi 2000).

Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή συμπεριφορά διακινδύνευσης ορίζεται μια δραστηριότητα ή συμπεριφορά που θέτει το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο και μπορεί να υποφέρει από μια συγκεκριμένη κατάσταση (Segen 2002). Οι περισσότεροι άνθρωποι καταλαβαίνουν τον κίνδυνο και προσπαθούν να προσαρμοστούν με αυτό ώστε να προφυλάξουν την υγεία τους και την ζωή τους . Ωστόσο κακές συνήθειες ζωής όπως το κάπνισμα ,το αλκοόλ και οι επικίνδυνες σεξουαλικές επαφές συνδέονται με τον κίνδυνο κλονισμού της υγείας και εμφάνισης ασθενειών (Gardner 2007).

Το κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος και οι λανθασμένες σεξουαλικές πρακτικές αποτελούν τους κυριότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τόσο του γενικού όσο και του φοιτητικού πληθυσμού. Η επιδημία του καπνίσματος αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη Δημόσια Υγείας εφόσον από αυτήν πεθαίνουν 6.000.000 άτομα το χρόνο σε όλο τον κόσμο και το μισό των χρηστών πεθαίνει από ασθένεια που σχετίζεται με τη συνήθεια του καπνίσματος (W.H.O. 2014). Στον κόσμο των νέων, η έναρξη και η ένταση του καπνίσματος έχει σχέση με αγχογόνες καταστάσεις αλλά είναι γνωστό επιπλέον ότι συχνά προβάλλεται και ως μέσο κοινωνικοποίησης, ευχαρίστησης, περιέργειας, ρυθμιστής διάθεσης, αύξηση της αυτοπεποίθησης αλλά και ενισχυτής διάθεσης αντιμετώπισης δυσμενών καταστάσεων (Jarvis & Warble 2006, Αυλωνίτου και συν. 2003). Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες η Ελλάδα ανήκει στην πρώτη τετράδα των κρατών με τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που καπνίζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στη συνέχεια, η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό - πολιτισμικό φαινόμενο, ενώ η χρήση του πραγματοποιεί πολύπλευρη φαρμακολογική και τοξική δράση στον οργανισμό και μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία πολλών συστημάτων. Τα προβλήματα που έχουν σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ συγκαταλέγονται παγκοσμίως μεταξύ των σημαντικότερων της δημόσιας υγείας και εμφανίζουν σημαντικούς κινδύνους για την ευημερία και τη ζωή του ανθρώπου (Κωνσταντινίδης 2014).

Παράλληλα, ορίζοντας την αναπαραγωγική υγεία, βασικοί παράγοντες της προσωπικής και κοινωνικής ζωής των ατόμων είναι η αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Χατζημιχαηλίδου και συν. 2010). Όσον αφορά τη σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών οι έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα δείχνουν ότι οι νέοι παρουσιάζουν ελλείψεις γνώσεις για θέματα αντισύλληψης και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Η εισαγωγή των νέων παιδιών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι ένα σημαντικό κομμάτι στην ζωή τους που τους οδηγεί σε ένα νέο ξεκίνημα με αποτέλεσμα αρκετοί από αυτούς να απομακρύνονται για πρώτη φορά από το οικογενειακό τους περιβάλλον και να μένουν σε κάποια μεγάλη πόλη. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά σαν νέοι φοιτητές γνωρίζουν νέα άτομα με τα οποία θα προκύψουν νέες εμπειρίες, συνήθειες και καινούρια βιώματα. Ωστόσο με αυτό τον τρόπο οι νέοι φοιτητές προσαρμόζονται στον νέο τρόπο ζωής τους και δεν είναι λίγες οι φορές που τους οδηγεί σε αλλαγή του χαρακτήρα τους και της προσωπικότητάς τους. Ταυτόχρονα όμως τα νέα πράγματα που έχουν να αντιμετωπίσουν, για άλλους είναι μια ενδιαφέρουσα και θετική εμπειρία ενώ για κάποιους άλλους είναι κάτι σύνθετο και πολύπλοκο.

Οι σύνθετες λοιπόν και απαιτητικές πανεπιστημιακές υποχρεώσεις αλλά και η δυσκολία τις περισσότερες φορές για την δημιουργία νέων φίλων και η κοινωνικοποίηση ενός φοιτητή μπορεί να τον οδηγήσουν σε αρνητικές συμπεριφορές υγείας (Ιτζικιότου και συν. 2009). Το κάπνισμα, το αλκοόλ και οι επικίνδυνες σεξουαλικές επαφές είναι ανησυχητικά θέματα για την καθημερινότητα ενός φοιτητή. Το παραπάνω φαινόμενο είναι διεθνές και υποστηρίζεται από πολυάριθμες μελέτες αν και σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται αποκλίσεις κατά φύλο ως προς την υιοθέτηση των παραπάνω πρακτικών (Stock et al. 2001, Keller et al. 2006, Stock et al. 2009).

Οι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, αλκοόλ, σεξουαλικές πρακτικές) είναι καθαρά συμπεριφορικοί και υπάρχει δυνατότητα να αλλάξουν. Στην Ελλάδα και στις ΗΠΑ το 40% της θνησιμότητας συνδέεται με κοινωνικούς παράγοντες και παράγοντες συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα η καθιστική ζωή, το κάπνισμα και άλλα (ΥΓΚΑ 2008, Hu et al. 2001). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνθρωποι εάν ήταν διατεθειμένοι να ρυθμίσουν τις επικίνδυνες για την υγεία τους συνήθειες-συμπεριφορές, θα είχαν αποφευχθεί σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από δύο εκατομμύρια θάνατοι από τον καρκίνο (Danaei 2005). Επιπρόσθετα οι διεθνείς και εθνικοί οργανισμοί προτείνουν την γνώση αυτών των παραγόντων κινδύνου μαζί με την πρόληψη, καθώς είναι ο βασικός σκοπός του συστήματος υγείας (ΥΓΚΑ 2008, Βασιλάκου 1995).

Η εφηβική ηλικία αποτελεί μία δύσκολη φάση της ζωής του ανθρώπου. Στην συγκεκριμένη φάση, καθιερώνονται και ενστερνίζονται συμπεριφορές καθώς και πεποιθήσεις οι οποίες είναι σχετικές με την υγεία και ακολουθούν το άτομο στην μετέπειτα ζωή του. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι οι γνώσεις που υιοθετούνται σε θέματα υγείας από τον έφηβο και τον νεαρό ενήλικα, καθώς και οι συνήθειες που θα εδραιωθούν σε αυτή τη φάση θα καθορίσουν την υπόλοιπη ζωή του σε μεγάλο ποσοστό (Κουρκούτας 2001). Επίσης, άλλο ένα κρίσιμο στάδιο της ζωής των ενηλίκων είναι να οδηγηθεί από την δευτεροβάθμια στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Πρέπει να αναφέρουμε ότι στο συγκεκριμένο στάδιο έρχονται αντιμέτωποι με καινούριες καταστάσεις, όπως είναι το νέο τους σπίτι, οι νέοι φίλοι καθώς και το κοινωνικό τους περιβάλλον το οποίο σε συνδυασμό με την προσωπικότητα τους αποτελούν ερέθισμα με σκοπό την εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Αυτές επηρεάζουν την ανάπτυξη του νεαρού ενήλικα, της οικογένειας του καθώς και τα συγγενικά του πρόσωπα με αποτέλεσμα να τους στερήσουν επιτυχίες και ανάπτυξη που μπορεί να υπάρξει στο μέλλον (Grunbaum et al. 2003).

Για την προαγωγή της υγείας απαιτείται, αρκετές φορές, η τροποποίηση ενός ήδη εγκαθιδρυμένου προτύπου συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέου, ενώ και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Βασική προϋπόθεση, η κατανόηση και ο προσδιορισμός της επιρροής των ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων στο άτομο (Κουλιεράκης 2000), που πολλές φορές υφίστανται σημαντική επίδραση από το περιβάλλον. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η γνώση αποτελεί μια

από τις βασικές προϋποθέσεις για την υιοθέτηση ασφαλών προς την υγεία συμπεριφορών.

Αναμφίβολα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικός καθώς μπορεί με κατάλληλες προληπτικές παρεμβάσεις και σωστή ενημέρωση να βοηθήσουν τους νέους στην λήψη αποφάσεων ωφέλιμες προς την υγεία τους. Η ενστέρνιση σωστών και ασφαλών προτύπων συμπεριφορών υγείας διαδραματίζει ισχυρό ρόλο στην νεανική ζωή καθώς τους ακολουθούν στην μετέπειτα ενήλικη ζωή ελαττώνοντας τις πιθανότητες για χρόνιες μη μεταδοτικές, μεταδοτικές και μεταβολικές ασθένειες.

Στο Πρώτο Κεφάλαιο μελετάται ο πρώτος παράγοντας διακινδύνευσης της μελέτης μας, το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα, καταβάλλεται προσπάθεια να προσδιοριστεί επαρκώς το περιεχόμενό του ενώ το κεφάλαιο συμπληρώνεται με την παράθεση αιτιολογικών παραγόντων, συνεπειών και επιδημιολογικών στοιχείων, τόσο εθνικών όσο και διεθνών, που θα επιτρέψουν στον αναγνώστη το σχηματισμό εναργούς εικόνας για το θέμα του καπνίσματος που αναλύεται.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο πραγματοποιείται μελέτη και παράθεση στοιχείων για τον επόμενο παράγοντα συμπεριφοράς κινδύνου των νέων της μελέτης, το αλκοόλ. Αναλύεται πλήρως το περιεχόμενο του θέματος, ενώ αναφέρονται και επιδημιολογικά στοιχεία, παράγοντες πρόκλησης, συνέπειες και νόσοι που επηρεάζουν την υγεία. Το κεφάλαιο κλείνει με την ανάλυση των αιτιών – παραγόντων κινδύνου αναφορικά με το ποτό καθώς και την αναφορά στη σημασία της πρόληψης και θεραπείας του αλκοολισμού.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται το θέμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων. Πιο αναλυτικά, πραγματοποιείται αναφορά σε όλο το φάσμα του θέματος, αναφέροντα τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και οι κατηγορίες τους, δίνονται επιδημιολογικά στοιχεία και προτάσεις αντισύλληψης και πρόληψης των νέων στις σεξουαλικές συμπεριφορές.

Στο Τέταρτο Κεφάλαιο αναφέρονται τα σχετικά με τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στοιχεία και στο Πέμπτο Κεφάλαιο ο αναγνώστης θα βρει συγκεντρωμένα τα ερευνητικά αποτελέσματα.

Η συζήτηση, η ερμηνεία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποτελούν θεματική του Έκτου Κεφαλαίου ενώ στο Έβδομο Κεφάλαιο αναπτύσσονται τα συμπεράσματα και

οι σχετικές προτάσεις. Η μελέτη συμπληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας και του παραρτήματος όπου παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : Το κάπνισμα

1.1 Ορισμός

Ως κάπνισμα ορίζεται η εισπνοή και εκπνοή καπνού από τα καιγόμενα φύλλα ή τρίμματα καπνού, από τσιγάρο, πίπα ή πούρο (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

1.2 Ιστορικά στοιχεία της χρήσης του καπνού

Έχει αποδειχθεί ότι οι Ινδιάνοι της Αμερικής χρησιμοποιούσαν τον καπνό πριν η Αμερική ανακαλυφθεί από τον Κολόμβο, με τρόπο χρήσης που μοιάζει με τον σύγχρονο. Θεωρούσαν ότι ο καπνός είχε φαρμακευτικές ιδιότητες και θέσπιζε σημαντικό ρόλο σε διάφορες τελετουργίες, όπως π.χ. το κάπνισμα της πίπας της ειρήνης (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

Η εξάπλωση του καπνού σε παγκόσμιο βαθμό ξεκίνησε με την εισαγωγή του στην Ευρώπη: το 1564 στη Γαλλία, το 1580 στην Πορτογαλία, το 1564 στην Ισπανία, όπου Πορτογάλοι και Ισπανοί ναυτικοί τον μετέφεραν σε ολόκληρο τον κόσμο. Στα περίχωρα της Αμερικής, η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε στο Σάντο Ντομίνγκο το 1518, στην Κούβα το 1580, στη Βραζιλία το 1600 και στη Βιρτζίνια το 1612. Έτσι, σε σύντομο χρονικό διάστημα ο καπνός έγινε το κύριο εξαγωγικό προϊόν των αποίκων, οι οποίοι το αντάλλασσαν με βιομηχανικά προϊόντα (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο καπνός εισήχθη πιθανώς κατά τα τέλη του 16^{ου} ή στις αρχές του 17^{ου} αιώνα. Συγκεκριμένα, καλλιεργήθηκε αρχικά στην κοιλάδα του Αξιού και στην Ξάνθη, αργότερα σε ολόκληρη την Μακεδονία και τη Θράκη και από εκεί διαδόθηκε στην Μικρά Ασία και την υπόλοιπη Βαλκανική. Η ανεπιθύμητη και δυσμενής επίδραση του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό αρχικά δεν ήταν γνωστή. Όμως από το 1950 και μετά, μελετήθηκε και αποδείχθηκε ότι η συνήθεια του καπνίσματος συνδέεται στενά με την εμφάνιση διαφόρων καρδιαγγειακών νοσημάτων και παθήσεων (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

1.3 Αίτια καπνίσματος

Το κάπνισμα θεωρείται σήμερα η σημαντικότερη συνήθεια στον πλανήτη μας, η οποία ευθύνεται για σοβαρά νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες και ο καρκίνος του πνεύμονα (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004). Ειδικότερα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι σήμερα η πιο σημαντική αιτία θανάτων από κάπνισμα στους άνδρες στις περισσότερες δυτικές χώρες, ενώ έχει αποδειχθεί ότι στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, ως και το ένα τρίτο του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και το 10% στις γυναίκες, αποδιδόταν στο κάπνισμα τσιγάρων (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004). Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις σε αριθμό καπνιστών παγκοσμίως και την πρώτη θέση σε ολόκληρη την Ευρώπη (Απογευματινή 28-05-2010).

Το κάπνισμα προσλαμβάνεται ως μια συμπεριφορά, που οι άμεσες επιδράσεις της σε συνδυασμό με τη νομιμότητα του προϊόντος και την ευρύτερα παγιωμένη συνήθεια στην πλειονότητα των ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού, το καθιστούν αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά (Bonino et al. 2005). Σύμφωνα με την European Health and Behavior Survey το ποσοστό των καπνιστών στη χώρα μας υπερβαίνει το 40%, ενώ οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά η έναρξη του καπνίσματος πραγματοποιείται στην εφηβεία ή μετεφηβεία, οπότε παράγοντες, όπως : ο ρόλος της διαφήμισης και των προτύπων, η πίεση των συνομηλίκων και η εικόνα του ενήλικα που θέλει να προβάλλει το άτομο κ.ά. διαδραματίζουν ισχυρό ρόλο (Καραδήμας 2005). Έπειτα από έρευνες (Sarafino 1999) έχει αποδειχθεί ότι ένα άτομο είναι πιθανότερο να υιοθετήσει τη συνήθεια του καπνίσματος, εάν ισχύουν κάποια από τα επόμενα : τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς είναι καπνιστής, αδέρφια ή φίλοι είναι καπνιστές, οι γονείς δεν αποθαρρύνουν το κάπνισμα ουσιαστικά, έχει έντονη κοινωνική ζωή, δέχεται πίεση από τους συνομηλίκους του, έχει θετικές απόψεις για το κάπνισμα (π.χ. «το κάπνισμα σε χαλαρώνει») και δεν πιστεύει ότι υπάρχει πιθανότητα να απειλείται η υγεία του (Καραδήμας 2005).

Αναζητώντας τις αιτίες που παρακινούν τα άτομα να υιοθετήσουν της συνήθεια του καπνίσματος διαπιστώνουμε ένα ευρύ φάσμα αιτιολογικών παραγόντων όπως η βίωση κακοποιητικών συμπεριφορών, η προσπάθεια άμβλυνσης ψυχικών διαταραχών και συμπτωμάτων άγχους (Simantov et al. 2000), η διαβίωση σε υποβαθμισμένους αστικούς χώρους (Shohaimi et al. 2003), η σύναψη φιλικών σχέσεων με καπνιστές καθώς και η

ύπαρξη μητέρας καπνίστριας στο οικογενειακό περιβάλλον (Alexoroulios et al. 2010). Αναμφισβήτητα, στους βασικούς λόγους συγκαταλέγεται και το άγχος που προκαλούν οι σχολικές επιδόσεις, η αγωνία που προκαλεί η ανασφάλεια της αυτό – εικόνας των νεαρών ενηλίκων σε συνδυασμό με την προσπάθεια επίτευξης ιδεατού σωματικού βάρους καθώς και η έναρξη της σεξουαλικής ζωής (Chung & Joung 2014).

Όποιος και να είναι ο λόγος που ένα άτομο θα επιλέξει να καπνίσει, τα αποτελέσματα είναι πάντα δραματικά, διότι έχουμε αύξηση της πιθανότητας θανάτου από νεοπλάσματα πνευμόνων ή άλλου είδους, εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και ανάπτυξη χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων (W.H.O. 2009). Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι η συνήθεια του καπνίσματος ευθύνεται σε παγκόσμιο επίπεδο για 71% των περιπτώσεων εκδήλωσης νεοπλασιών στους πνεύμονες, για 42% των περιπτώσεων χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων και σε ποσοστό 10% για τις περιπτώσεις εκδήλωσης καρδιαγγειακών νόσων (W.H.O. 2009). Βέβαια, η χρήση καπνού δε συμβάλλει αποκλειστικά στην εκδήλωση χρόνιων, μη μεταδοτικών νοσημάτων αλλά και στην εκδήλωση μεταδοτικών νόσων όπως η φυματίωση. Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι το κάπνισμα φέρει ευθύνη στην εκδήλωση συγγενών παραμορφώσεων, αιφνίδιου βρεφικού θανάτου αλλά και χρόνιων αναπνευστικών προβλημάτων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (W.H.O. 2012).

Επιπροσθέτως, η έναρξη και η ένταση του καπνίσματος έχει συσχετιστεί με αγχογόνες καταστάσεις και στρες, όπου το κάπνισμα χρησιμοποιείται συχνά ως τρόπος διαχείρισης αυτών των καταστάσεων. Αργότερα έχει τη δύναμη να εξελιχθεί σε μια ισχυρότατη συνήθεια, ενώ ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η νικοτίνη. Η ουσία αυτή φτάνει σύντομα στον εγκέφαλο και βοηθάει στην απελευθέρωση ακετυλοχολίνης και νορεπινεφρίνης, που συντελούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της ευχαρίστησης, κάτι που λειτουργεί ως ισχυρότατος ενισχυτής για τη διαίωνηση της συνήθειας (Καραδήμας 2005).

Η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί μια επιλέξιμη συμπεριφορά από τους νέους και θεωρείται ότι ενισχύει την ψυχολογική διάθεση των χρηστών για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Είναι γνωστό ότι προβάλλεται ως μέσο που ρυθμίζει την διάθεση, ενισχύει την κοινωνικοποίηση, την ευχαρίστηση και αυξάνει τη αυτοπεποίθηση. Βέβαια, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η διαφήμιση στην έναρξη

του καπνίσματος εφόσον θεωρείται ότι ασκεί υποσυνείδητη επιρροή (Jarvis & Warble 2006, Αυλωνίτου και συν. 2003).

Διάφορες μελέτες στην Ευρώπη αποδεικνύουν ότι το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη φίλων που καπνίζουν, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το άγχος, το έτος σπουδών αλλά και οι ακαδημαϊκές επιδόσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην καπνιστική συνήθεια των νεαρών ενηλίκων (Lund et al. 2008, Dodd et al. 2010). Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη του πανεπιστημίου ιατρικής σχολής Αθηνών, το 8% των νεαρών ενηλίκων αγνοεί τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία (Αυλωνίτου και συν. 2003).

1.4 Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία

Έχει αποδειχθεί ότι ένα τσιγάρο έχει 3.000 ουσίες εκ των οποίων οι περισσότερες είναι τοξικές. Από τις πιο γνωστές είναι η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα. Η ουσία που προκαλεί την εξάρτηση και τον εθισμό σε κάθε καπνιστή είναι η νικοτίνη (Κλωτσοτήρα 2003). Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να το χαρακτηρίσουμε ως «δηλητήριο», το οποίο επιδρά άμεσα στους πνεύμονες, εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και επειδή επενεργεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλεί εθισμό. Στη συνέχεια, το μονοξείδιο του άνθρακα, ως βλαβερό αέριο, φτάνει στους πνεύμονες με τον καπνό και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονο-αιμοσφαιρίνης. Για αυτόν τον λόγο, ο καπνιστής απορροφά συνεχώς λιγότερο οξυγόνο και παρουσιάζει μειωμένη ενέργεια (Κλωτσοτήρα 2003).

Στη πλειονότητα των περιπτώσεων το κάπνισμα υιοθετείται ως συνήθεια στην εφηβική ηλικία και η πρόωρη έναρξη του αυξάνει τον κίνδυνο το άτομο να καπνίζει βαριά και συστηματικά κατά την ενηλικίωσή του. Ευθύνεται για τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και αποτελεί παράγοντα κινδύνου σε 8 από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων άνω των 65 ετών (W.H.O. 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) θεωρείται χρόνια νόσος, αποτελεί την πρώτη και βασική αιτία θανάτου με δυνατότητα πρόληψης και παράλληλα θεωρείται ο μεγαλύτερο παράγοντας απορρόφησης οικονομικών πόρων του συνόλου των ασφαλιστικών συστημάτων παγκοσμίως (Γκατζιώρα και Τζώρακας 2008).

Στη συνέχεια, οι παράγοντες κινδύνου αυξάνονται όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης, η διάρκεια του καπνίσματος αλλά και ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται. Ειδικότερα, σε άτομο ηλικίας 25 ετών η κατανάλωση ενός πακέτου

τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 4,6 έτη, ενώ η κατανάλωση δυο πακέτων τσιγάρων θα μειώσει το προσδόκιμο κατά 8,3 χρόνια. Ακόμη, η έναρξη καπνίσματος στην ηλικία των 15 ετών φαίνεται να μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 8 έτη. Σύμφωνα με το US Department of Health and Human Services, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες πρόκλησης στεφανιαίας νόσου και τη βασικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου πνεύμονα (70-90%), λάρυγγα(75-85%), οισοφάγου (50-75%), καρκίνο στόματος και φάρυγγα (USDHHS 1989).

Αναμφισβήτητα, το κάπνισμα αποτελεί την πιο κοινή αιτία θανάτων για τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες των δυτικών χωρών. Στις μέρες μας παρατηρείται μια τρέχουσα τάση των ανδρών να σταματήσουν το κάπνισμα, οπότε το ποσοστό στους άνδρες που αποδιδόταν σε θάνατο από καρκίνο, μειώνεται (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004). Λιγότερο αισιόδοξο όμως χαρακτηρίζεται το ότι όλο και περισσότερες γυναίκες υιοθέτησαν το κάπνισμα κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Έχει παρατηρηθεί ότι η αναλογία των γυναικών που πεθαίνουν από καρκίνο που σχετίζεται με το κάπνισμα, αυξάνεται συνεχώς. Συγκεκριμένα, από το 1987 ο καρκίνος του πνεύμονα έγινε η πρώτη αιτία θανάτου στις Αμερικανίδες, ενώ ξεπέρασε ακόμη και τον καρκίνο του μαστού. Επίσης, φαίνεται ότι ο αριθμός των γυναικών που πεθαίνουν από τον καρκίνο του πνεύμονα, είναι μεγαλύτερος από το άθροισμα των θανάτων λόγω καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου που αποτελούν αντίστοιχα την δεύτερη και τρίτη βασικότερη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου στις γυναίκες. Οι παράγοντες που καθορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας μορφής καρκίνου σχετιζόμενο με τον καπνό είναι : η ένταση της συνήθειας του καπνίσματος, ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως, η περιεκτικότητα του τσιγάρου σε πίσσα και το βάθος της εισπνοής (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008).

Επιπλέον, το κάπνισμα του τσιγάρου δεν εμφανίζει συσχέτιση μόνο με την εμφάνιση καρκίνου των πνευμόνων αλλά έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί και άλλες βλαβερές συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό όπως η επιρροή στη γονιμότητα, η ελάττωση την πνευματικής διαύγειας, η μείωση της αίσθησης της όσφρησης, η μείωση της γεύσης, η μείωση της σωματικής ευεξίας και το κιτρίνισμα των δοντιών (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος που φαίνονται γνωστές εδώ και πολλά χρόνια, μεγάλος αριθμός καπνιστών δεν έχει την

πρόθεση να μιλήσει για τις αδυναμίες ή την άγνοιά του, προκειμένου να του προσφερθεί η απαραίτητη και κατάλληλη βοήθεια από ένα αρμόδιο πρόσωπο, ειδικό στο θέμα της οριστικής παύσης του καπνίσματος (Phengsavanh et al. 2008).

1.5 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες που διερευνούν τις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Σύμφωνα με την κοινοτική δημοσκόπηση που έγινε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Παγκόσμια μέρα κατά του καπνίσματος (31 Μαΐου), προκύπτει ότι η Ελλάδα και η Κύπρος ανήκουν στις χώρες με τους περισσότερους καπνιστές στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, το 42% των Ελλήνων φαίνεται να καπνίζει, έναντι 32% του Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Παράλληλα, προέκυψε ότι εννέα στους δέκα Έλληνες καπνιστές ισχυρίζονται ότι καπνίζουν τακτικά και σε καθημερινή βάση, ενώ το 53% των Ελλήνων καπνιστών αναφέρει πως καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί την κύρια συμπεριφορά διακινδύνευσης της υγείας σε διεθνή επίπεδο (W.H.O. 2012) ενώ ανήκει και στους πέντε παράγοντες που δημιουργούν την άνοδο των ποσοστών θνησιμότητας παγκοσμίως μαζί με την υψηλή αρτηριακή πίεση, την υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα, την παχυσαρκία και την καθιστική ζωή (W.H.O. 2009).

Το πρόβλημα και η σοβαρότητα της καπνιστικής συνήθειας φαίνεται από την παράθεση σχετικών επιδημιολογικών στοιχείων: υπολογίζεται ότι από το 2004 και έπειτα έχουμε απώλειες ανθρώπινων ζωών που φτάνουν τα 5,1 εκατομμύρια (W.H.O. 2009, W.H.O. 2012) κάτι που σημαίνει ότι έχουμε έναν θάνατο κάθε έξι δευτερόλεπτα, ενώ υπολογίζονται και επιπλέον 600.000 θάνατοι ως συνέπεια του παθητικού καπνίσματος. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προβλέπει ένα δυσοίωνο μέλλον καθώς υπολογίζει συνολικά οκτώ εκατομμύρια απώλειες, κάτι που φαίνεται να ξεπερνά σε αριθμό τις απώλειες που συνδυάζουν η δράση της φυματίωσης, της ελονοσίας και το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (A.I.D.S) σε όλο τον κόσμο (W.H.O. 2012).

Σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ευρώπη, το 25% του συνόλου των θανάτων του ανδρικού πληθυσμού και το 7% του συνόλου των θανάτων του γυναικείου αποδίδεται στο κάπνισμα (W.H.O. 2012). Πιο αναλυτικά, στο χώρο της Ελλάδας το 2010 καταμετρήθηκαν να υπάρχουν καπνιστές σε ποσοστό 56% για τους άνδρες και 34% για

τις γυναίκες, ενώ βρέθηκε να υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση καπνίσματος στις ηλικίες μεταξύ 40-54 για τους άνδρες και 25-39 για τις γυναίκες (W.H.O. 2015). Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι η συνήθεια του καπνίσματος έχει υπαιτιότητα και στους θανάτους από μεταδοτικές νόσους και συγκεκριμένα ότι ευθύνεται για το 19% των θανάτων που προέρχονται από φυματίωση και για το 23% των θανάτων από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (W.H.O. 2012). Επιπροσθέτως, το 17% των θανάτων που σχετίζονται με μη μεταδοτικά νοσήματα διασυνδέεται, ενώ φτάνει το 87% όταν σχετίζεται με νεοπλασίες τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων (W.H.O. 2012). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θεωρεί ότι υπάρχει τάση περιορισμού του καπνίσματος, η οποία αν συνεχιστεί, το 2025 θα έχουν μειωθεί οι καπνιστές και θα φτάνουν το 37% του πληθυσμού (W.H.O. 2015).

Στη συνέχεια, σε διεθνές επίπεδο είναι γεγονός ότι η χρήση καπνιστικών προϊόντων είναι βασικός λόγος εκδήλωσης νόσου ή πρόκλησης θανάτου στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, με ποσοστά απωλειών που φτάνουν τα 18% και 11% αντίστοιχα (W.H.O. 2009). Βέβαια, οι Διεθνείς Οργανισμοί και οι εθνικές κυβερνήσεις κρατών καταβάλλουν μεγάλες προσπάθειες στην μείωση του αριθμού των καπνιστών, ο οποίος φαίνεται να μειώνεται με βραδύ ρυθμό στις ανεπτυγμένες χώρες αλλά να αυξάνεται στις υπό ανάπτυξη χώρες. Όμως, παρά τις προσπάθειες από τους αρμόδιους φορείς της ανάσχεσης του καπνίσματος, τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στην θνησιμότητα των χωρών αυτών δείχνουν ότι θα είναι αυξημένα για τουλάχιστον δύο ακόμα δεκαετίες λόγω των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στον ανθρώπινο οργανισμό (W.H.O. 2009).

Παρατηρείται ότι η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2014), οι νέοι ηλικίας 15-25 ετών καπνίζουν σε ποσοστό 17,5% τα αγόρια και 13,2% τα κορίτσια, ενώ στους ενήλικες διαπιστώθηκε ότι καπνίζουν σε ποσοστό 45% των ανδρών και το 38% των γυναικών. Ακόμη, σύμφωνα με τη μελέτη HBSC του Π.Ο.Υ που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά σχολικής ηλικίας κατά τα έτη 2001-2002 η Ελλάδα έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικού καπνίσματος. Τα αγόρια της ηλικίας 13 ετών φαίνεται να καπνίζουν μια φορά την εβδομάδα σε ποσοστό 4,9% έναντι 3% των κοριτσιών, ενώ στην ηλικία των 15 ετών το ποσοστό είναι 13,5% και 14,4% αντίστοιχα (Currie et al. 2004). Μια άλλη μελέτη δείχνει επίσης χαμηλά ποσοστά καπνίσματος μεταξύ εφήβων 12-17 ετών. Αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε σχέση με παλαιότερη μελέτη

στην Ελλάδα κατά τα έτη 1997-1998, ενώ σε άλλες χώρες το ποσοστό παραμένει διπλάσιο ή τριπλάσιο (Kokkevi et al. 2000).

Σύμφωνα με τη μελέτη GYTS (Global Your Tabaco Survey) που πραγματοποιήθηκε τα έτη 2004-2005 σε μαθητές Γυμνασίου, έδειξε ότι το 32,1% είχε δοκιμάσει κάποια στιγμή τσιγάρο, ενώ το 16,2% ήταν τακτικοί καπνιστές. Όσον αφορά το παθητικό κάπνισμα, το 89,8% δήλωσε ότι εκτέθηκε σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους και το 94,1% σε δημόσιο χώρο. Ακόμη, η μελέτη έδειξε ότι το 95% είχε πρόσβαση στα τσιγάρα χωρίς κάποιο περιορισμό και ότι στο ποσοστό των 16,7% ατόμων προσφέρθηκαν δωρεάν τσιγάρα από εκπρόσωπο εταιρείας καπνού (Kyrlesi et al. 2007).

Επιπλέον, στην έρευνα ESPAD (European School Survey Projection Alcohol and other Drugs – ESPAD) φαίνεται ότι στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών 17-18 ετών είναι από τα υψηλότερα (50 και 47%) και αν υπολογιστεί ο αριθμός αυτών που καπνίζουν πάνω από 11 τσιγάρα ημερησίως το ποσοστό είναι από τα υψηλότερα σε σύγκριση με όλες τις άλλες χώρες της έρευνας (Andersson et al. 2007).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ το 1970 δημοσιεύτηκαν οι ολέθριες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και στα ανεπτυγμένα κράτη έχει παρατηρηθεί σταδιακή μείωση στην κατά κεφαλή κατανάλωση, στην Ελλάδα φαίνεται να καταγράφεται αύξηση (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004). Έτσι, η Ελλάδα είναι η χώρα που είναι πρώτη σε καπνιστές, μιας και κατέχει την πρώτη θέση σε ολόκληρη την Ευρώπη αλλά και από τις πρώτες θέσεις σε αριθμό καπνιστών παγκοσμίως. Απίστευτο αλλά αληθινό το γεγονός ότι στη χώρα μας καπνίζονται 78.000.000 τσιγάρα την ημέρα, ενώ σε κάθε άτομο αντιστοιχούν κατά μέσο όρο 2.700 τσιγάρα το χρόνο, δηλαδή 7,5 την ημέρα για ολόκληρο τον πληθυσμό. Έτσι καταναλώνονται στην Ελλάδα 2,5 φορές περισσότερα τσιγάρα από το μέσο όρο κατανάλωσης στην Ευρώπη (Απογευματινή 28-05-2010).

Στη συνέχεια, στην πανελλήνια έρευνα του σχολικού πληθυσμού σχετικά με το θέμα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που διεξήχθη στο νομό Ηρακλείου Κρήτης κατά το έτος 2011-2012, ένας στους πέντε μαθητές (19,7%) ανέφερε ότι κάπνισε το τελευταίο μήνα πριν την έρευνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένας στους επτά μαθητές (14,9%) είναι συστηματικός καπνιστής εφόσον καπνίζει καθημερινά ενώ 1 στους 15 (6,3%) είναι βαρύς καπνιστής (καπνίζει τουλάχιστον μισό πακέτο ημερησίως). Ακόμη, το 23,3% των αγοριών κάπνιζε έναντι 16,6% των κοριτσιών, ενώ σε καθημερινή βάση καπνίζουν το

18,3% και το 12% αντίστοιχα. Καθημερινά καπνίζει το 1,1% των μαθητών ηλικίας 13-14 ετών, το 10,9% στην ηλικία των 15-16 ετών και το 26,3% στην ηλικία των 17-18 ετών. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων (ΕΠΙΨΥ 2012).

Σύμφωνα με μια έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, προκύπτει ότι 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία των 13 ετών και έγιναν αμέσως συστηματικοί καπνιστές. Ένα τέτοιο γεγονός οδηγεί στη σκέψη ότι ο περιορισμός της εξάπλωσης και των συνεπειών του καπνίσματος στην Ελλάδα πρέπει να βασιστεί σε ένα σχέδιο δράσεων και πρωτοβουλιών, με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες (Γκατζιώρα και Τζώρακας 2008).

1.5.1 Καπνιστικές συνήθειες σε νεαρούς ενήλικες

Έχει μελετηθεί και αποδειχθεί ότι η Ελλάδα ανήκει στις πρώτες τέσσερις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που υιοθετούν την συνήθεια του καπνίσματος. Εκτιμάται ότι το 51% των ανδρών και το 31,9% των γυναικών ηλικίας 25-64 ετών είναι ενεργοί καπνιστές. Παράλληλα, υψηλά ποσοστά καπνιστών έχουν διαπιστωθεί και σε Έλληνες φοιτητές/τρις, όπου το 47% ήταν ήδη ενεργοί καπνιστές, ενώ το 30% των καπνιστών ανέφερε ότι είχε ξεκινήσει το κάπνισμα από την ηλικία των 16 ετών (Alexopoulos et al. 2010).

Σύμφωνα με μια συγχρονική μελέτη που διεξήχθη σε τέσσερα διαδοχικά ακαδημαϊκά έτη (2009-2012) στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, ένα μεγάλο ποσοστό πρωτοετών φοιτητών/τριών νοσηλευτικής κάπνιζαν και κατανάλωναν οινόπνευμα. Συγκεκριμένα, ένας στους τρεις ήταν καπνιστής/τρια και δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο. Η συχνότητα καπνίσματος φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα της ανασκόπησης των Vardavas & Kafatos σχετικά με τους φοιτητές ιατρικών σχολών (ποσοστά μεταξύ 28 και 33,2%), ενώ σε εφήβους τα ποσοστά αναφέρονται από 10% έως 50% (Vardavas & Kafatos 2007). Μία άλλη έρευνα σε 269 φοιτητές ιατρικής σχολής και 936 φοιτητές άλλων σχολών, κατέγραψε ποσοστά καπνίσματος 35,3% και 50,2% αντίστοιχα (Alexopoulos et al. 2010). Όσον αφορά την περίοδο έναρξης καπνίσματος, η έρευνα της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης έδειξε ότι το 27,2% των φοιτητών/τριών ξεκίνησε το κάπνισμα πριν τα 16 έτη. Σε άλλες ελληνικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ένας στους τρεις νέους 13-15 ετών είχε καπνίσει και από

αυτούς το 16,2% παρέμεναν ενεργοί καπνιστές, ενώ σε δείγμα φοιτητών/καπνιστών σχεδόν όλοι είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα πριν την ηλικία των 21 ετών (Alexopoulos et al. 2010, Kyrlesli et al. 2007).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Vitzthum et al., όπου το ένα τρίτο των φοιτητών/καπνιστών είχε κάνει προσπάθειες για τη διακοπή του καπνίσματος 2 με 5 φορές, ανέφεραν ως λόγους κινητοποίησης διακοπής το φόβο για τις συνέπειες, το οικονομικό κόστος και τη ανησυχία για πιθανή εξάρτηση, ενώ λιγότερο σημαντικά φαίνεται να αναφέρονται οι παραιτήσεις από άλλους και τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας (Vitzthum et al. 2012). Είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοηθούν περαιτέρω οι παράγοντες που ενισχύουν την τάση για κάπνισμα σε φοιτητές καθώς και να δημιουργηθούν οργανωμένες παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην πρόληψη της έναρξης και τη βοήθεια στην διακοπή του καπνίσματος στα ακαδημαϊκά ιδρύματα. Ένα βασικό πρόβλημα που αναδύθηκε είναι η μεγάλη επίπτωση του καπνίσματος των φοιτητών νοσηλευτικής που φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο τον ρόλο τους ως πρότυπα υγείας αλλά και τη μελλοντική εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, ως εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας (Molina et al. 2012, Nichter et al. 2010).

Σε μια έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθήνας παρατηρήθηκε ότι το 45% του πληθυσμού της Ελλάδας καπνίζει, δηλαδή 5.000.000 Έλληνες. Περισσότεροι από 5.000 θάνατοι κάθε χρόνο στην Ελλάδα οφείλονται στο τσιγάρο, δηλαδή τριπλάσιοι από αυτούς που οφείλονται στα τροχαία ατυχήματα (Γκατζιώρα και Τζώρακας 2008).

Σε μελέτη στην Ελλάδα σχετική με καπνιστικές συνήθειες φοιτητών με μέση ηλικία τα 20,6 έτη, φαίνεται ότι περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές τοποθετούν την έναρξη του καπνίσματος μετά από την εισαγωγή τους στη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός για το σύνολο των καπνιστών αντιστοιχούσε σε 17,8% (10-19 τσιγάρα ημερησίως) και σε ποσοστό 15,1% (>/ 20 τσιγάρα ημερησίως) για τους φοιτητές ενώ 15,3% και 9,3% για τις φοιτήτριες (Alexopoulos et al. 2010).

Επιπλέον, άλλη μελέτη του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης το διάστημα Μάρτιος – Μάιος 2011 σε φοιτητές ιατρικής απέδειξε ότι το 24% των φοιτητών ήταν καπνιστές, το 38,2% ξεκίνησε τη συνήθεια αυτή στην ηλικία των 11-15 ετών και το 8,1% των φοιτητών είχε διδαχθεί τεχνικές διακοπής του καπνίσματος (Πατσίδης 2012). Σε μελέτη της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, προέκυψε ότι από τους νεαρούς

ενήλικους φοιτητές το 35% άρχισε το κάπνισμα στην ηλικία των 15-18 ετών, το 27% ήταν καπνιστές σποραδικά και το 13% ήταν πρώην καπνιστές (Αυλωνίτου και συν. 2003).

Μετά τους Έλληνες, οι χώρες με τους περισσότερους καπνιστές φαίνεται να είναι η Κύπρος με ποσοστό καπνιστών 39%, η Πολωνία με ποσοστό 35% και η Τσεχία με ποσοστό 34%. Αντίθετα, οι χώρες που δεν ταυτίζονται τόσο με την συνήθεια του καπνίσματος αποτελούνται από : τη Σουηδία με ποσοστό 18%, η Πορτογαλία με ποσοστό 24%, η Σλοβακία και η Μάλτα με ποσοστό 25% (Κουτελέκος 2009).

Σύμφωνα με μια μελέτη στην Γερμανία που διεξήχθη σε 1262 πρωτοετείς φοιτητές νομικής, παιδαγωγικών σχολών και ιατρικής, έδειξε ότι το 30% κάπνιζαν συστηματικά (Keller et al. 2006). Σε μια άλλη έρευνα στην Πολωνία σε φοιτητές Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, προέκυψε ότι το 24,8% ήταν καπνιστές ενώ λίγο διαφορετικά φάνηκαν τα ποσοστά σε φοιτητές Ιατρικής όπου το ποσοστό των καπνιστών ήταν για τους φοιτητές 22% και για τις φοιτήτριες 11,5% (Kurpas et al. 2007). Σημαντικά ευρήματα έχουμε και από τη μελέτη του πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, όπου συμμετείχαν 51 ιατρικές σχολές 42 χωρών. Παρατηρήθηκε ότι το εύρος στις καπνιστικές συνήθειες ποικίλει από χώρα σε χώρα από το 2% για τους φοιτητές της Αυστραλίας έως και 48% σε κάποιες χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και για τις φοιτήτριες από 0% σε χώρες της Ασίας σε 22% σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες (Crofton et al. 1994).

Έχει αποδειχθεί σε μια έρευνα ότι το 31% των Ευρωπαίων καπνιστών προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα. Ειδικότερα, το 18% από αυτούς ζήτησε επιστημονική υποστήριξη, ενώ το ένα τρίτο χρησιμοποίησε φαρμακευτικές μεθόδους και άλλες θεραπείες προκειμένου να κόψει το κάπνισμα. Όμως, πάνω από το 70% των Ευρωπαίων που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα, ξανάρχισαν να καπνίζουν σε διάστημα μικρότερο των δύο μηνών. Στα ελληνικά δεδομένα, μόνο το 3% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα (Κουτελέκος 2009).

1.6 Μέτρα διακοπής καπνίσματος

Το κάπνισμα αποτελεί μια επιβλαβή συνήθεια που έχει απασχολήσει τη διεθνή κοινότητα εδώ και πολλές δεκαετίες. Εκτιμάται ότι τα επόμενα πενήντα χρόνια θα προκαλέσει 150 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο (Μαρβάκη 2007). Οφείλουμε να εστιάσουμε τις πρωτοβουλίες και τις στρατηγικές μας στην πρόληψη, που σε αυτήν τη περίπτωση φαίνεται να είναι σημαντικότερη και πιο αποτελεσματική από την θεραπεία.

Χαρακτηριστικά βασικό σημείο της δράσης μας είναι να αποτρέψουμε την πρώτη δοκιμή, πριν την έναρξη της εφηβείας. Οπότε, τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να απευθύνονται κυρίως στις μικρές ηλικίες, για να διαμορφωθούν ορθές αντιλήψεις και πρακτικές στα θέματα υγείας. Η επικέντρωση των θεμάτων πρέπει να αφορά την καλλιέργεια αρνητικών στάσεων στο φαινόμενο του καπνίσματος. Παράλληλα, είναι σημαντικό να εστιάσουμε και στην αλλαγή των ήδη διαμορφωμένων θετικών στάσεων, διότι όσο οι στάσεις ισχυροποιούνται αυξάνονται οι πιθανότητες να βρουν την έκφραση του στη συμπεριφορά.

Πέρα από τις επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, το κάπνισμα φαίνεται να αποκτάει και ευρύτερο υπονομευτικό κοινωνικό ρόλο διότι η επένδυση χρημάτων από τους περιορισμένους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των υπό ανάπτυξη κρατών για τη συγκεκριμένη δαπάνη επηρεάζει την επαρκή σίτιση των παιδιών καθώς και την μελλοντική τους εκπαίδευση (W.H.O. 2012), δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο έναν φαύλο κύκλο νόσων και αμάθειας που μπαίνει εμπόδιο στην κοινωνική πρόοδο. Παράλληλα, οι κυβερνήσεις των κρατών οφείλουν να αναλάβουν τις οικονομικές επιπτώσεις, διότι απαιτούνται αυξημένα κονδύλια για ίαση ή ανακούφιση των πασχόντων καθώς και τις κοινωνικές επιπτώσεις, διότι οι κοινωνικοί σχηματισμού χάνουν πρόωρα πολύτιμο και παραγωγικό εργατικό δυναμικό (W.H.O. 2012).

Για την μείωση όλων των παραπάνω φαινομένων η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θεωρεί ότι απαιτούνται διεθνείς συντονισμένες δράσεις αλλά και αντίστοιχες σε εθνικό επίπεδο που συμπεριλαμβάνουν την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους που απορρέουν από το κάπνισμα, την απαγόρευση διαφήμισης καπνιστικών προϊόντων και την αύξηση φορολογίας σε αυτά καθώς και την παροχή βοήθειας σε όσους αποφασίσουν να διακόψουν την συνήθεια του καπνίσματος (W.H.O. 2012).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η «επιδημία καπνίσματος» επιδεινώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες και θα μπορούσε να κοστίσει ένα δισεκατομμύριο ανθρώπινες ζωές έως το 2020, αν δεν ληφθούν άμεσα τα απαραίτητα μέτρα. Η έκθεση του καλεί την διεθνή κοινότητα να υιοθετήσει έξι πολιτικές ελέγχου του καπνού: αύξηση των τιμών και των φόρων, απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού και των χορηγιών από εταιρείες καπνού, παροχή βοήθειας σε καπνιστές που θέλουν να το κόψουν και επιδημιολογική παρακολούθηση του καπνίσματος για την καλύτερη κατανόηση της «επιδημίας». Με βάση αυτήν την έκθεση οι μισές από τις

χώρες που εξετάστηκαν επιτρέπουν ακόμη το κάπνισμα σε δημόσιες υπηρεσίες και άλλους εργασιακούς χώρους, 74 χώρες επιτρέπουν το κάπνισμα σε νοσοκομεία και μόνο 20 χώρες έχουν επιβάλλει πλήρη απαγόρευση στις διαφημίσεις και στις χορηγίες (Κουτελέκος 2009).

Στη συνέχεια, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το βασικότερα μέσα ελέγχου του καπνίσματος αποτέλεσαν η απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού και η αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού. Εκτιμάται ότι μια αύξηση 10% στην τιμή των τσιγάρων θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της κατανάλωσης κατά 4% σε χώρες υψηλού κινδύνου (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

Ακόμη, μια σημαντική πρωτοβουλία ήταν η σταδιακή απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίες και κατόπιν σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Πρωτοπόρος σε αυτό φάνηκε να είναι η Ιρλανδία, που απαγόρευσε πλήρως το κάπνισμα σε όλους του κλειστούς δημόσιους χώρους το 2004 και έτσι έδωσε το παράδειγμα σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να την ακολουθήσουν σε αυτήν την κίνηση (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica 2006).

Όμως, λόγω της σημαντικής καθυστέρησης ανάμεσα στην έναρξη του καπνίσματος και στην εμφάνιση συμπτωμάτων, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν αποτελεσματικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος στους ενήλικες για τα επόμενα 25 χρόνια. Τα προγράμματα αυτά οφείλουν να στοχεύουν σε μεγάλο αριθμό καπνιστών, να έχουν εύκολη εφαρμογή, να χαρακτηρίζονται αποτελεσματικά και να διατηρούνται με το πέρασμα του χρόνου (Σταθόπουλος και Σούρτζη 2007).

Αναμφισβήτητα, η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα δείχνει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατών μέτρων για την ελάττωση του καπνίσματος. Το σύστημα υγείας της κάθε χώρας οφείλει να μεριμνήσει για την προαγωγή και βελτίωση της υγείας των πολιτών της. Πέρα από τα μέτρα που προαναφέρθηκαν, κάποια ακόμα ισχυρά μέτρα αποτελούν οι προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη. Επιπλέον, είναι σημαντικό να περιοριστούν οι επικίνδυνες ουσίες στον καπνό και να απαγορευτούν οι πωλήσεις σε νεαρά άτομα. Τα μέτρα αυτά θα είχαν αυξημένη αποτελεσματικότητα αν θεσπιζόταν μια κατάλληλα διαμορφωμένη υποχρεωτική αγωγή υγείας για το κάπνισμα (Τριχόπουλος και Τριχοπούλου 1986).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Το αλκοόλ

2.1 Ορισμός

Αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο. Η εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ γίνεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα και ύστερα από συχνή και χωρίς μέτρο χρήση (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1951 αναγνώρισε τον αλκοολισμό ως σοβαρό ιατρικό πρόβλημα και το 1956 η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία τον ανακήρυξε ως ιάσιμη ασθένεια. Το 1976 ο αλκοολισμός θεωρήθηκε ευρύς και γενικευμένος (Τυροδήμος 2016).

2.2 Γενικό μέρος

Στη σύγχρονη κοινωνία ο αλκοολισμός θεωρείται μια από τις σοβαρότερες μάστιγες του αιώνα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αλκοολισμός είναι : «κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς» (Τζουρμανά 2005).

Τα αλκοολούχα ποτά που υπάρχουν στην αγορά περιέχουν ουσίες που συνόδευσαν την εξέλιξη του πολιτισμού μέχρι και σήμερα, το οινόπνευμα. Τα αρχαία χρόνια, το αλκοόλ το χρησιμοποιούσαν ως αναλγητικό αλλά και ως αναισθητικό στα χειρουργεία. Αποτελούσε ένα από τα καλύτερα φάρμακα που υπήρχαν τότε ώστε να αντιμετωπίσουν κάποιες αρρώστιες αλλά και για να μειωθεί ή για να αντιμετωπιστεί ο πόνος. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το αλκοόλ είναι χρήσιμο για την μείωση του άγχους, των φόβων και της υπερέντασης (Τσαρούχας 2002).

Στην σύγχρονη κοινωνία όμως που ζούμε τώρα, η χρήση του αλκοόλ αλλάζει. Την σημερινή εποχή δεν προσφέρει τίποτα ως φάρμακο αλλά και ούτε ως τροφή. Πολλοί άνθρωποι όμως αναφέρουν ότι κάποια αλκοολούχα ποτά τους βοηθούν να βγάλουν εις

πέρας το άγχος τους, την υπερένταση τους καθώς και όταν έχουν καταθλιπτική διάθεση, τα οποία προέρχονται από τις οικογενειακές, οικονομικές καθώς και κοινωνικές τους υποχρεώσεις (Τσαρούχας 2000). Επιπρόσθετα, το αλκοόλ αποτελεί ένα μέσο ώστε να εκδηλώσει το άτομο γενναιότητα, τόλμη, θάρρος, θράσος, να δίνει ευφορία και έμπνευση.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό-πολιτισμικό φαινόμενο. Η χρήση του αλκοόλ επηρεάζει τον οργανισμό και κυρίως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα όπου η υψηλή κατανάλωσή του ισοδυναμεί με χρήση αναισθητικών φαρμάκων. Όταν η συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει το 40% εμφανίζονται συμπτώματα όπως διαταραχή στο λόγο, μείωση της μνήμης, προσοχής και ελάττωση της αντίδρασης σε διάφορα ερεθίσματα. Παράλληλα, όταν αυξηθεί η δόση του αλκοόλ στο αίμα και ξεπεράσει το 150%-200% παρατηρείται μέθη και κεφαλαλγία. Σε υψηλότερες συγκεντρώσεις εμφανίζεται η βαριά μέθη και η δηλητηρίαση με σύγχυση, λήθαργο, κώμα. Η υψηλή κατανάλωση του αλκοόλ συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα, εγκεφαλικά επεισόδια, κίρρωση ήπατος και κακοήθη νεοπλάσματα (Τούντας 2000).

Θα ήταν απαραίτητο να τονίσουμε ότι πολλοί έφηβοι βρίσκουν λύση στα προβλήματα τους πίνοντας μεγάλες δόσεις αλκοόλ. Επίσης, με το να ξεκινήσουν να πίνουν, νιώθουν πιο ώριμοι και ανεξάρτητοι από τους γονείς τους. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μια συνήθεια των Ελλήνων φοιτητών. Είναι γνωστό ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ (Τούντας 2000). Είναι δεδομένο ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ συνδυάζεται με την χρήση καπνού, το οποίο έχει αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του ανθρώπου οδηγώντας σε καρκινογόνο δράση και σε μη σωστές συμπεριφορές υγείας.

Αξιοσημείωτο είναι ότι αρκετοί από τους φοιτητές επηρεάζονται από τους φίλους τους και το ευρύ κοινωνικό τους περίγυρο με αποτέλεσμα να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ και να καπνίζουν. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε σχολή υγείας τα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και καπνού ήταν 29,6% για τις φοιτήτριες και 33,3% για τους φοιτητές (Κωνσταντινίδης και συν. 2014, Kaitra et al. 2014).

Στην έκθεση ΕΠΙΨΥ το 2014 υπήρχε μεγάλη πτώση της χρήσης αλκοόλ. Η μείωση αυτή οφείλεται στην οικονομική κρίση που κυριαρχεί στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να μειώνεται το μηνιαίο ποσό του κάθε φοιτητή αλλά και οι καθημερινές

του έξοδοι ώστε να καταναλώνει αλκοόλ. Ένα άλλο θετικό γεγονός είναι ότι με την αύξηση των τιμών του ποτού, οι φοιτητές δεν μπορούν να καταναλώσουν τις τεράστιες ποσότητες που κατανάλωνα (ΕΠΙΨΥ 2014).

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην εποχή που ζούμε, η χρήση αλκοολούχων ποτών είναι μια αποδεκτή κοινωνική πρακτική αν και όλοι ξέρουμε ότι το αλκοόλ ανήκει στις εθιστικές ουσίες, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια εξάρτηση. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι μαζί με τις επισφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τον παιδικό υποσιτισμό καθώς και την χρήση μολυσματικού νερού, το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για το ένα τέταρτο του συνολικού αριθμού θανάτων παγκοσμίως, ενώ ως μεμονωμένη χρήση προκαλεί 5% του συνολικού φορτίου νόσων ανά τον κόσμο (W.H.O. 2009). Το αλκοόλ, ευθύνεται σύμφωνα με το Διεθνές Οργανισμό για το 20% των θανάτων από τροχαία δυστυχήματα, επίσης για το 30% των περιπτώσεων νεοπλασιών οισοφάγου και ήπατος αλλά και για την εκδήλωση επιληψίας καθώς και για την πρόκληση ανθρωποκτονιών, όμως το πιο σημαντικό το οποίο αντιστοιχεί στο 50% των περιπτώσεων είναι η εκδήλωση κίρρωσης του ήπατος (W.H.O. 2009).

Επιπρόσθετα, η χρήση οινοπνευματωδών προϊόντων είναι αυξημένη σε συγκεκριμένες χώρες της Αφρικής, στις αναπτυσσόμενες οικονομίες της αμερικανικής ηπείρου και κυρίως στην Λατινική Αμερική όπου προκαλεί έναν στους δώδεκα θανάτους. Από την άλλη, στις χώρες της ανατολικής Μεσογείου εμφανίζονται χαμηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ, καθώς και σε συγκεκριμένα αφρικανικά κράτη (W.H.O. 2009).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι στην Ευρώπη υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ εμφανίζουν οι ανατολικές χώρες και πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτες εμφανίζουν 2,5 φορές περισσότερο αλκοόλ ετησίως σε σχέση με τα διεθνή επίπεδα που είναι περίπου 6,2 λίτρα ετησίως. Ακόμη, περισσότερο διαδεδομένα βαριά αλκοολούχα ποτά είναι η μπύρα και το κρασί αντίστοιχα (W.H.O. 2014), ενώ περισσότερο ευαίσθητοι είναι οι άντρες καθώς το 6% των θανάτων παγκοσμίως αντιστοιχεί σε αυτούς σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες είναι με ποσοστό 1,1% (W.H.O. 2009). Στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 2003-2005 η κατανάλωση αλκοόλ ήταν 9 λίτρα ετησίως ενώ το 2008-2010 υπήρξε μικρή μείωση με μέση ετήσια κατανάλωση 8,3 λίτρα. Από το σύνολο

των αλκοολούχων προϊόντων που καταναλώνονται στη χώρα, η πλειοψηφία αφορά το κρασί (47%) ενώ ακολουθούν η μπύρα (28%) (W.H.O 2014). Τα παραπάνω στοιχεία καθίστανται περισσότερο εύληπτα με την παράθεση σχετικών υγειονομικών δεδομένων: από το σύνολο των διαγνωσμένων ασθενών με κίρρωση του ήπατος το 2012, το αλκοόλ αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα για το 64,1% των περιπτώσεων εκδήλωσης σε άνδρες και αντίστοιχα για το 63,6% των περιπτώσεων εκδήλωσης σε γυναίκες ενώ ο χειρισμός οχημάτων υπό την επήρεια μέθης οδήγησε σε τροχαία δυστυχήματα τόσο άνδρες, σε ποσοστό 18,4%, όσο και γυναίκες, σε ποσοστό 7,3% (W.H.O. 2014).

Η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας το οποίο αντιμετωπίζουν πολλές χώρες. Σε παγκόσμιο επίπεδο η πιο κοινή ουσία, για την οποία έρχονται οι ασθενείς για θεραπεία είναι το αλκοόλ. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι γύρω στα 140 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πάσχουν από εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ 76.3 εκατομμύρια έχουν διαγνωστεί με παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ. Ακόμη παρατηρήθηκε ότι το 16% των ατόμων άνω των 15 χρονών τα οποία καταναλώνουν αλκοόλ εμπλέκονται σε βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) (W.H.O. 2014). Επιπρόσθετα, με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το αλκοόλ προκαλεί 1.8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως ανά έτος (3.2% του συνόλου των θανάτων). Το ένα τρίτο από αυτά τα 1.8 εκατομμύρια των θανάτων αποδίδεται σε ατυχήματα και ακούσιους τραυματισμούς (Bloomfield et al. 2003).

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από αλκοόλ δεν μοιράζονται εξίσου ανάμεσα σε χώρες, ηλικίες και στα δύο φύλα. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σε ηλικία 45-59 έτη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2012 σε όλο τον κόσμο έγιναν 3.300.00 θάνατοι από την μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και η παγκόσμια κατανάλωση ισοδυναμούσε με 6,2 λίτρα καθαρής αλκοόλης για κάθε άτομο ηλικίας άνω των 15 χρονών (W.H.O. 2014). Επιπρόσθετα, το 16% των εφήβων ηλικίας άνω των 15 χρονών οι οποίοι καταναλώνουν αλκοόλ, συχνά εμπλέκονται σε βαριά, επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (W.H.O. 2014).

Στην μελέτη HBSC που πραγματοποιήθηκε το 2005-06, παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ στους Έλληνες εφήβους σε σχέση με προηγούμενη μελέτη που είχε γίνει 4 χρόνια πριν. Επιπλέον πρέπει να τονίσουμε ότι στην Ευρώπη μειώθηκε η κατανάλωση αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, το 24% των Ελληνίδων κοριτσιών και το 42%

των αγοριών έπινε ένα ποτό την εβδομάδα ενώ τα ποσοστά στην Ευρώπη ήταν αντίστοιχα 21% και 31% (Currie et al. 2008).

Στην έρευνα ESPAD που έγινε το 2011 στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι το 18% των εφήβων ηλικίας 17-18 ετών έπινε αλκοόλ περισσότερο από 2 φορές την εβδομάδα και το 26.8% σε ηλικία 19 ετών. Επίσης το 13% των εφήβων έχει μεθύσει πάνω από δύο φορές στην ζωή του. Σε προπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης πραγματοποιήθηκε έρευνα με μέση ηλικία 22 χρονών και προέκυψε ότι το 77.2% των αγοριών και το 58% των κοριτσιών κατανάλωναν αλκοόλ. Επιπρόσθετα, σε έρευνα η οποία διεξήχθη, προέκυψε ότι από τους 514 φοιτητές/τριες το 82,7% κατανάλωσε οινόπνευμα ενώ το 29,6% (129/436) των φοιτητριών και το 33,3% (26/78) των φοιτητών ήταν ταυτόχρονα χρήστες οιοπνεύματος και καπνιστές.

Όσον αναφορά την κατανάλωση οιοπνεύματος, 424 άτομα (82,7% του δείγματος, 358 φοιτήτριες και 66 φοιτητές), ανέφεραν ότι κατανάλωναν περίπου 1-5 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα (88,8%), συνήθως όταν έβγαιναν από το σπίτι για διασκέδαση. Το 92,8%, $p < 0,001$, ανέφεραν ότι δεν θα οδηγούσαν μετά από τη χρήση αλκοόλ το οποίο αφορούσε κυρίως τις φοιτήτριες (95,2%). Από το σύνολο του δείγματος, το 95,5%, ανέφεραν ότι δεν θα έμπαιναν σε αυτοκίνητο, στο οποίο οδηγούσε άτομο το οποίο είχε πιεί αρκετό αλκοόλ. Επιπρόσθετα, οι φοιτητές/τριες ανέφεραν ότι είχαν εμπλακεί σε τροχαίο ατύχημα (7,2%), λόγω μέθης είχαν πάει σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (2,9%) και λόγω κατάχρησης οιοπνεύματος είχαν δεχθεί κλήση από τροχαία/αστυνομία (2,7%). Επίσης, το αλκοόλ είχε μικρότερο ποσοστό επίδρασης στους φοιτητές σε σχέση με τις φοιτήτριες, όσον αναφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες (ESPAD 2011).

Ακόμη, σε μελέτη που έγινε σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στο Πανεπιστήμιο Αθηνών του τμήματος Νοσηλευτικής σχετικά με το αλκοόλ και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν απ' αυτό, το 58,8% των φοιτητών ανέφερε ότι δεν κάνει χρήση οιοπνεύματος, ενώ το 41,2% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ. Η μέση κατανάλωση αλκοόλ ήταν 3,2 ποτά ανά βδομάδα. Το 69,6% δήλωσε ότι η χρήση οιοπνεύματος γίνεται για προσωπικούς τους λόγους, σε αντίθεση με το 12,5% το οποίο ανέφερε ότι επηρεάζεται από το φιλικό του περιβάλλον. Επιπρόσθετα, το 83,9% είπε ότι από την κατανάλωση αλκοόλ δεν τους είχαν προκύψει προβλήματα στην υγεία τους, ενώ το 16,1% ανέφεραν ότι τους είχαν παρουσιαστεί προβλήματα. Όλοι όσοι

δήλωσαν χρήστες αλκοόλ ανέφεραν ότι δεν χρειάστηκαν ποτέ την ανάγκη για βοήθεια ώστε να σταματήσουν την κατανάλωση. Ανάλογα με το επίπεδο φοίτησης, το 43,8% των μεταπτυχιακών φοιτητών κατανάλωναν αλκοόλ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους προπτυχιακούς ήταν μικρότερο, δηλαδή 38,1% (Τσαρούχας 2000).

Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, τις τελευταίες δεκαετίες η κατάχρηση καπνού και αλκοόλης αποτελεί το πιο συνηθισμένο συνδυασμό ουσιών, στον οποίο εθίζονται οι νεαροί ενήλικες, ανεξαρτήτως φύλου. Σε σχετικές έρευνες, βρέθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά μέθης και έναρξης χρήσης οινοπνεύματος στη Δανία, Βρετανία, και Φιλανδία και μάλιστα από τη μελέτη των Hibel et al., έχει εκτιμηθεί ότι στη Βρετανία η συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης οινοπνεύματος και μαριχουάνας είναι υψηλότερη συγκρινόμενη με αυτή άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ακόμη, το 91% των ατόμων, ηλικίας 15–16 ετών, έχουν μπει στον πειρασμό να δοκιμάσουν οινόπνευμα και το 68% έχει βιώσει μέθη, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό είναι 83% και 53%, αντίστοιχα (Hibel et al. 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νεαροί ενήλικες στα Πανεπιστήμια της Ελλάδας θεωρούνται από τους βαρείς χρήστες αλκοόλης και τις περισσότερες φορές είναι μεθυσμένοι (Βλαχοπούλου και συν. 2006). Σύμφωνα με έρευνα η οποία έχει γίνει σε προπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης με μέση ηλικία τα 22 χρόνια, κατέγραψε τη χρήση αλκοόλ από την πλειοψηφία των φοιτητών (77,2% των φοιτητών και το 58% των φοιτητριών). Ακόμη, οι φοιτητές που κατανάλωναν μεγάλη ποσότητα αλκοόλης αντιστοιχούσαν στο 5,2% ενώ οι φοιτήτριες στο 3,6% (Mammas et al. 2003).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με άλλη μελέτη που διεξήχθη ανάμεσα σε φοιτητές-τριες στο τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής και αθλητισμού του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Ιατρικής Σχολής του ίδιου πανεπιστημίου, δεν διαπιστώθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ούτε μεταξύ των δύο σχολών. Το ποσοστό που αντιστοιχούσε στους φοιτητές του ΤΕΕΦΑ όσον αναφορά το πρόβλημα αλκοολισμού ήταν 14%. Ακόμη στην συγκεκριμένη μελέτη, αποδείχθηκε ότι οι Έλληνες νεαροί ενήλικες δεν είναι βαρύτεροι πότες από συνομηλικούς τους άλλων πανεπιστημίων (Βλαχοπούλου και συν. 2006).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με την έκθεση ΕΠΙΨΥ το 2014, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλη πτώση στην πρόσφατη χρήση αλκοόλ (τις τελευταίες 30 ημέρες) σε σχέση με το 2010 στους νεαρούς ενήλικες και εφήβους

στην Ελλάδα. Αυτό ίσως να οφείλεται στην μείωση των χρημάτων που δίνονται από τους γονείς στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στη χώρα μας αλλά και στην αύξηση της τιμής των αλκοολούχων ποτών ως μέτρο πρόληψης από την πολιτεία (ΕΠΙΨΥ 2014).

Επιπρόσθετα έρευνες δείχνουν, ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την έναρξη χρήσης οινοπνεύματος, είναι το χαμηλό κόστος, η ευκολία πρόσβασης, η παρότρυνση από συνομήλικους, η απώλεια γονικού ελέγχου, η έλλειψη επικοινωνίας και συναισθηματικών δεσμών. Ωστόσο, ο βαθμός εξάρτησης καθορίζεται από βιολογικούς και γενετικούς παράγοντες. Αντίθετα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα που ευθύνεται για την αποχή νεαρών ατόμων από κατάχρηση ουσιών (Fowler et al. 2007, Gurta & Ray 2007, Brook et al. 2002).

2.4 Παράγοντες που οδηγούν στο ποτό

Οι σημαντικότεροι λόγοι που οδηγούν τους φοιτητές στην κατανάλωση αλκοόλ είναι οι υψηλές προσδοκίες για τη ζωή, όταν ξεκινούν το ποτό από μικρή ηλικία, η απομάκρυνση τους από την οικογένεια και το καινούριο ξεκίνημα στην φοιτητική ζωή, η προσωπικότητα, οι νοοτροπίες, τα πιστεύω, το φύλο, το περιβάλλον του ιδρύματος που φοιτούν μιας και κάνουν χρήση στα πάρτι και τέλος το μηνιαίο εισόδημα που δίνεται από τους γονείς.

Οι παράγοντες που οδηγούν σε ακραίες συμπεριφορές χρήσης οινοπνεύματος από φοιτητές, σύμφωνα με την έκθεση του NIAAA (2013), είναι η μη τήρηση σταθερού προγράμματος, η διαθεσιμότητα και η προώθηση αλκοολούχων προϊόντων σε μέρη τα οποία ζουν και δραστηριοποιούνται οι φοιτητές, ο μειωμένος έλεγχος για την χρήση αλκοόλ από ανηλικούς ή ενηλικούς οι οποίοι πληρούν το ηλικιακό όριο κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η έλλειψη παρουσίας γονέων οι άλλων ενηλίκων ως ελεγκτικός μηχανισμός. Οι περισσότεροι φοιτητές εισέρχονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση έχοντας κάποια πρότυπα κατανάλωσης από τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον όσο και τους συνομηλικούς. Οι πρώτοι δύο μήνες της φοιτητικής ζωής είναι οι πιο σημαντικοί, διότι μπορεί να υιοθετήσουν επικίνδυνες πρακτικές χρήσης αλκοόλ. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ αλλά και σε άλλα κράτη στα οποία οι φοιτητές

μένουν σε εστίες μέσα στο χώρο του Πανεπιστημίου, η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι πιο υψηλή απ' ό τι σε κράτη όπου οι φοιτητές μένουν εκτός του χώρου του Πανεπιστημίου δηλαδή σε σπίτια που νοικιάζουν. Από την άλλη, οι φοιτητές που μένουν με τους γονείς τους, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ (Lorant et al. 2013).

Ένας ακόμη λόγος για την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές είναι η κοινωνική συναναστροφή με συνομηλίκους, οι οποίοι έχουν κάνει ήδη επικίνδυνη χρήση αλκοόλ (NIAAA 2013). Ακόμη άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ από τους φοιτητές είναι τα προβλήματα με παιδιά της ίδιας ηλικίας σε προσωπικό επίπεδο όπως το bullying, τα προβλήματα κοινωνικοποίησης, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η κατανάλωση αλκοόλ στην πρώιμη εφηβική ηλικία και η χρήση οινοπνεύματος από τα συγγενικά του πρόσωπα ή τους γονείς τους.

2.5 Συνέπειες και νόσοι που σχετίζονται με τον αλκοολισμό

Υπάρχουν ασθένειες που αποδίδονται 100% στην κατάχρηση αλκοόλ (π.χ. αλκοολική γαστρίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια), και άλλες όπου το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην δημιουργία τους (π.χ. αρτηριακή υπέρταση). Εκτός από τις ασθένειες που θα αναφερθούν παρακάτω, η κατάχρηση αλκοόλ είναι υπεύθυνη και για αυτοκινητικά δυστυχήματα, αυτοκτονίες και δολοφονίες που είναι από τα συχνότερα αίτια των νεανικών θανάτων. Επίσης, μπορεί να προκληθούν ατυχήματα στους εργασιακούς χώρους, ατυχήματα στο σπίτι, κοινωνική περιθωριοποίηση, κοινωνικός αποκλεισμός, βία, αύξηση της εγκληματικότητας, προβλήματα στα πλαίσια της οικογένειας και διάφορα άλλα (Τσαρούχας 2000). Τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας που μπορεί να εμφανιστούν από την μεγάλη ποσότητα αλκοόλ είναι:

- Ηπατική νόσος: Συνεχής χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε αλκοολική ηπατίτιδα, φλεγμονή του ήπατος.
- Καρδιαγγειακές διαταραχές: Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης αλλά και στην αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια.
- Γαστρεντερικές διαταραχές: Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει γαστρίτιδα και να δημιουργήσει πρόβλημα στην απορρόφηση βιταμινών του συμπλέγματος Β και

πιο συγκεκριμένα του φυλλικού οξέως και της θειαμίνης. Επίσης μπορεί να επηρεαστεί το πάγκρεας (αλκοολική παγκρεατίτιδα).

- Σεξουαλική δυσλειτουργία: Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να δημιουργήσει διαταραχές στύσης στους άντρες, καθώς και διαταραχή στον έμμηνο κύκλο στις γυναίκες.
- Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη: Μπορεί να υπάρξει πρόβλημα στην απελευθέρωση της γλυκόζης από το ήπαρ με αποτέλεσμα να προκαλέσει υπογλυκαιμία. Αυτή η κατάσταση είναι επικίνδυνη στους διαβητικούς ασθενείς που λαμβάνουν ινσουλίνη.
- Νευρολογικές διαταραχές: Από την κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκύψει διαταραχή στη μνήμη και τη σκέψη.
- Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου: Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη διάφορων μορφών καρκίνου όπως του λάρυγγα, ήπατος, εντέρου, στόματος και μαστού (Hasin et al. 1990).

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, το αλκοόλ συσχετίζεται με την πρόκληση ατυχημάτων και διαταραχές συμπεριφοράς όπως μεγαλύτερη επιδεκτικότητα σε τραυματισμούς από ατυχήματα από διάφορες αιτίες και χαμηλή απόδοση στο σχολείο ή την εργασία. Παράλληλα, συνδέεται με μεγαλύτερη επίπτωση δολοφονιών και αυτοκτονιών καθώς και οικιακή βία και διαζύγια.

2.6 Αίτια-παράγοντες κινδύνου

Ο αλκοολισμός είναι μια νόσος που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και κάποιες από τις αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν στον εθισμό είναι οι εξής:

- **Γενετικά αίτια:** Μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπολογίζεται ότι ο αλκοολισμός είναι γενετικά εξαρτώμενος κατά 50-60%, ενώ οι περιβαλλοντικές επιδράσεις περιορίζονται στο 40-50%.
- **Ψυχολογικά αίτια:** Σ' αυτή την περίπτωση, η χαμηλή αυτοπεποίθηση ή κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση.

- **Συναισθηματική κατάσταση:** Στη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει το άτομο, η αγωνία, το άγχος, ο πόνος. Ορισμένες ορμόνες που εκκρίνονται σε στρεσογόνες καταστάσεις σχετίζονται με τον αλκοολισμό.
- **Η ηλικία:** Υπάρχει κίνδυνος εξάρτησης όταν ξεκινούν το αλκοόλ σε πολύ μικρή ηλικία, γύρο στα 16 ετών και νωρίτερα.
- **Το φύλο:** Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι άντρες κινδυνεύουν περισσότερο να πάθουν εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σχέση με τις γυναίκες.
- **Κοινωνικά και πολιτιστικά αίτια:** Από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως των διαφημίσεων, οι άνθρωποι επηρεάζονται περισσότερο και θεωρούν φυσιολογικό το να πίνει κάποιος αλκοόλ.
- **Το οικογενειακό ιστορικό:** Άνθρωποι που είχαν και τους δύο γονείς τους αλκοολικούς είναι πιο επιρρεπείς να εμφανίσουν συμπτώματα αλκοολισμού (Bloomfield et al. 2003).

2.7 Πρόληψη και θεραπεία

Όσον αναφορά τον αλκοολισμό, είναι μια ασθένεια όπου υπάρχει θεραπεία και στην οποία έχουν αναπτυχθεί πολλά προγράμματα που στοχεύουν σ' αυτήν. Αυτά τα προγράμματα έχουν σκοπό την αποτοξίνωση του ατόμου από το αλκοόλ, η οποία συνήθως συνοδεύεται από συμπτώματα στέρησης στα οποία μπορεί να είναι απαραίτητο να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τους. Μετά την αποτοξίνωση, κύριος στόχος είναι να βοηθήσουμε το άτομο ώστε να μην κάνει ξανά χρήση αλκοόλ. Για να πετύχει αυτό, ίσως είναι αναγκαίο να κάνει ψυχοθεραπεία το άτομο και να ενταχθεί ο ίδιος σε συμβουλευτικές ομάδες της κοινότητας ή της πρωτοβάθμιας υγείας ώστε να του δώσουν συμβουλές και να τον βοηθήσουν να απεξαρτηθεί τελείως από την κατάχρηση αλκοόλ.

Είναι γνωστό ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν συνεδρίες και ομάδες των «Ανώνυμων Αλκοολικών» (Alcoholics Anonymous), οι οποίοι βοηθάνε ο ένας τον άλλο με αποτέλεσμα να ξεπεράσουν το πρόβλημα που τους απασχολεί σχετικά με το αλκοόλ. Επίσης, σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το να συμμετέχουν οι άνθρωποι αυτοί σε τέτοιου είδους ομάδες, τους βοηθάει καλύτερα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους, παρά να προσπαθούν μόνοι τους μια τέτοιου είδους προσπάθεια.

Από την άλλη, όσον αναφορά την πρόληψη, είναι απαραίτητο να ξεκινάει από την εφηβική ηλικία. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνεται όταν οι έφηβοι φοιτούν στο Λύκειο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σοβαρές συνέπειες όπως είναι οι πνιγμοί, οι αυτοκτονίες, το μη ασφαλές sex και πολλά άλλα. Σημαντικό ρόλο στην συμπεριφορά αυτή των εφήβων παίζει το οικογενειακό περιβάλλον, το πόσο επιδεκτικοί είναι στις διαφημίσεις, η ψυχολογική ανάγκη για αλκοόλ και γενετικοί παράγοντες που μπορεί να προδιαθέτουν σε εθισμό. Όσον αναφορά την κατάχρηση ουσιών από εφήβους, δίνονται οδηγίες και συμβουλές από ομάδες ειδικών οι οποίες περιλαμβάνουν την αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων (από την πλευρά των εφήβων) όπως κενά μνήμης και βραδύς λόγος, δυσκολίες στις σχέσεις με φίλους ή στον συγχρωτισμό σε ομάδες. Παράλληλα, υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσουν μικρό ενδιαφέρον για αθλήματα και δραστηριότητες, αμυντική συμπεριφορά, συχνές αλλαγές διάθεσης καθώς και προβλήματα απόδοσης στο σχολείο.

Από τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι είναι πολύ σημαντική η πρόληψη της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους, διότι εκτός από τις συνέπειες που μπορεί να υπάρξουν στην υγεία, μπορεί να δημιουργηθούν και κίνδυνοι για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, οι βάσεις για την οποία αρχίζουν από την εφηβεία (Arvanitidou et al. 2007).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διαθέτει από το 2006 γραπτή πολιτική αντιμετώπισης για την μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία εφαρμόζεται μερικώς (W.H.O. 2014). Θετική κρίνεται η συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας σε μελέτες που διεξάγονται στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδος, αλλά και σε ειδικούς πληθυσμούς όπως στους νέους (ΕΠΙΨΥ 2012). Με αυτό τον τρόπο παρακολουθείται η εξέλιξη του φαινομένου. Στην Ελλάδα ωστόσο, δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας “αλκοολούχο ποτό”. Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει την λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης. Στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφεί πρόοδος στους εξής τομείς:

- Δεν υπάρχουν στρατηγικές και δράσεις ώστε να καταπολεμήσουν την κατάχρηση του αλκοόλ.
- Στις μέρες μας, η Ελλάδα δεν έχει δημιουργήσει κατάλληλα προγράμματα όπως συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του.

- Δεν υπάρχουν περιορισμοί σε καταστήματα που παρέχουν και πουλάνε αλκοόλ καθώς και σε χώρους εργασίας που καταναλώνεται αλκοόλ.
- Στην κοινότητα δεν έχουν δημιουργηθεί καμπάνιες ενημέρωσης και στρατηγικές για τους κινδύνους στην οδήγηση μετά από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ακόμη δεν υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία για την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ σε παιδιά και νέους αλλά και σε εργοδότες και προσωπικό για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Δεν υπάρχει θέσπιση μέτρου για την ύπαρξη ετικετών προειδοποίησης στις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών ώστε να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα (ΕΠΙΨΥ 2012).

Μέσα από μελέτες σε φοιτητές θα ανιχνευτούν προβλήματα που αναφέρονται όχι μόνο σε επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ αλλά και στους παράγοντες που ενισχύουν ή ελαττώνουν την κατανάλωση αυτού. Είναι σκόπιμο να γίνει ενημέρωση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες γιατί μόνο έτσι θα μειωθεί η κατανάλωση αλκοόλ από το φοιτητικό και γενικό πληθυσμό. Επίσης να γίνει ενημέρωση με προγράμματα αγωγής υγείας και οργανωμένες πολιτικές-στρατηγικές, σχεδιασμένες από τα κράτη για τις επιβλαβείς χρήσεις του αλκοόλ και την προστασία των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : Σεξουαλική συμπεριφορά Νέων

3.1 Ορισμός

Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον ορισμό του WHO (2015) «Η αναπαραγωγική υγεία είναι μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε όλους του τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα σε όλα τα στάδια της ζωής».

Στη συνέχεια, είναι αξιοσημείωτο να τονίσουμε ότι η καλή και σωστή αναπαραγωγική υγεία έχει οριστεί ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής και κοινωνικής ικανότητας σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα περιλαμβανομένου του ασφαλούς σεξ, της ικανότητας για αναπαραγωγή, της προστασίας μητέρας-παιδιού και της ελευθερίας του καθένα να αποφασίζει κάθε πότε και με ποιον θα έρχεται σε επαφή. Η σεξουαλική συμπεριφορά υγείας επηρεάζεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Τούντας 2000).

Οι περισσότεροι νέοι στη σημερινή εποχή αρχίζουν τις σεξουαλικές τους επαφές στην ηλικία των 15 ετών. Ωστόσο αυτό εξαρτάται από τα πιστεύω, την ανατροφή του παιδιού, από την οικογένεια και το ευρύ κοινωνικό τους περιβάλλον. Εδώ θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τον όρο «συντηρητικές απόψεις», σύμφωνα με τον Himelien, όπου χρησιμοποιείτε σε παραδοσιακές και μάλλον απόλυτες αντιλήψεις για τα σεξουαλικά κίνητρα και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Σε αντίθεση με τις «φιλελεύθερες» σεξουαλικές αντιλήψεις, κατά τον Wallance, εκφράζονται από άτομα τα οποία συνήθως εμφανίζονται περισσότερο διαλλακτικά και δεκτικά όσον αφορά στις σεξουαλικές εμπειρίες. Οι νεαροί ενήλικες έρχονται καθημερινά σε επαφή με άτομα του άλλου φύλου συνάπτοντας ερωτικές σχέσεις ή συνευρίσκονται περιστασιακά. Αυτό που θα πρέπει να τονίσουμε είναι ότι όσο περισσότερους ερωτικούς συντρόφους έχουν τόσο πιο επικίνδυνο είναι για αυτούς. Οι εναλλαγές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα το κίνδυνο για τη μετάδοση των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ).

Συγχρονική μελέτη για τη λήψη μέτρων προφύλαξης και τη χρήση προφυλακτικού σε νεαρούς ενήλικες φοιτητές στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο με μέση ηλικία 22 έτη, υποστηρίζει ότι η μη χρήση προφυλακτικού συμβαίνει κυρίως στα άτομα που έχουν αποκλειστική σχέση (Protogerou et al. 2011). Παρόμοια μελέτη σχετική με τους

μεθόδους αντισύλληψης που ακολουθούν νεαρές ενήλικες ηλικίας 18-26 ετών που φοιτούν σε τριτοβάθμια ιδρύματα της Ελλάδας δείχνει τη χρήση προφυλακτικού διαδεδομένη τόσο στην ηλικία 18-20 ετών (57,63%) όσο και στην ηλικία 21-26 ετών (49,4%) (Donadiki et al. 2013). Η γνώση των ορθών σεξουαλικών πρακτικών είναι πολύ σημαντική για τους νεαρούς ενήλικες μια και δεν έχει παγιωθεί η σεξουαλική τους συμπεριφορά με αποτέλεσμα να είναι πιο εύκολοι στις αλλαγές. Αναγκαίο κρίνεται από τους επαγγελματίες υγείας η εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης.

3.2 Στόχοι και μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή

Τα βασικά ερωτήματα είναι:

1. πότε πρέπει να αρχίζει,
2. ποιοί είναι οι κατάλληλοι φορείς διδασκαλίας, και
3. ποιό πρέπει να είναι το περιεχόμενο και οι στόχοι.

Η ενημέρωση του παιδιού «για το πώς έφτασα στο κόσμο» είναι σκόπιμο να γίνονται στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Οι γονείς είναι αυτοί που θα βοηθήσουν το παιδί να τους κατανοήσει για τις σεξουαλικές επαφές και την πρόληψη από τα διάφορα νοσήματα που κυριαρχούν. Στη συνέχεια, τη διαδικασία της ενημέρωσης την αναλαμβάνουν οι δάσκαλοι. Γενικότερα, οι παιδαγωγοί διατηρούν τα πρωτεία στις περισσότερες χώρες που εφαρμόζεται η σεξουαλική αγωγή ενώ σε πολλές χρησιμοποιούνται επιπλέον γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί ή προσωπικό υγείας ειδικά εκπαιδευμένο γι' αυτό το σκοπό (Καυγά - Παλτόγλου & Σταθοπούλου 2008).

Η πρωτοβουλία επιμορφώσεως των φορέων γίνεται συνήθως με κρατική μέριμνα, όπως είναι π.χ. η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων επιμορφώσεως στις Παιδαγωγικές Ακαδημίες. Σ' άλλες χώρες υπάρχουν «Συμβούλια Διαπαιδαγωγώσεως» ενώ σ' άλλες σημαντικό ρόλο παίζουν οι «Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού» ή η οργάνωση ειδικών συμποσίων και ελεύθερων συζητήσεων, ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο, ανάμεσα σε γονείς, δασκάλους και ειδικούς επιστήμονες (Κρεατσάς 1992).

Η πρωτοβουλία επιμορφώσεως των φορέων γίνεται συνήθως με κρατική μέριμνα, όπως είναι π.χ. η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων επιμορφώσεως στις Παιδαγωγικές

Ακαδημίες. Σ' άλλες χώρες υπάρχουν «Συμβούλια Διαπαιδαγωγήσεως» ενώ σ' άλλες σημαντικό ρόλο παίζουν οι «Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού» ή η οργάνωση ειδικών συμποσίων και ελεύθερων συζητήσεων, ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο, ανάμεσα σε γονείς, δασκάλους και ειδικούς επιστήμονες (Κρεατσάς 1992).

Βέβαια, με τον εκσυγχρονισμό της εποχής μας οι νέοι δεν μένουν ανημέρωτα αλλά καθημερινά εξελίσσονται και μαθαίνουν νέα θέματα και πληροφορίες από το σχολείο, το διαδίκτυο και τα βιβλία για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής τόσο μειώνεται ο κίνδυνος Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων καθώς και οι συμπεριφορές διακινδύνευσης (Haydon et al. 2012). Γενικότερα η συμμετοχή του νέου στη σεξουαλική πράξη αλλά και η συμπεριφορά του σε αυτά μπορεί να είναι είτε θετική και φυσιολογική καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει και έχει την ανάγκη αυτής της πράξης είτε ως αρνητικό και επικίνδυνο εάν δεν είναι σκεπτικός, σωστά ενημερωμένος ώστε να μην κάνει λάθος πράξεις οδηγώντας τον εαυτό του σε λάθος αποτελέσματα. Το πιο σπουδαίο όμως σε όλα αυτά είναι ότι τα παιδιά δεν γνωρίζουν θέματα για την αντισύλληψη , τα μεταδιδόμενα νοσήματα ,το σεξουαλικό και οικογενειακό προγραμματισμό.

3.3 Ιστορική Αναδρομή

Η σεξουαλική αγωγή είναι ένα πολύπλευρο θέμα το οποίο προβληματίζει αρκετά τους γονείς και τους δασκάλους. Οι απόψεις δίστανται και τις περισσότερες φορές είναι αντικρουόμενες τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στην καθημερινή μας ζωή. Ωστόσο πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι στις προηγούμενες γενιές δεν υπήρχε σεξουαλική αγωγή και αυτό δεν δημιούργησε κανένα πρόβλημα στις γενιές αντιθέτως ήταν αρκετά υγιείς χωρίς την πληροφόρηση για τέτοιου είδους θέματα. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι εποχές έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό και οι κοινωνικές, περιβαλλοντικές, ιατρικές και άλλες συνήθειες μέσα στις οποίες τοποθετούνται και διαδραματίζονται οι γενετήσιες σχέσεις έχουν σημαντικά αλλάξει (Καυγά - Παλτόγλου και Σταθοπούλου 2008).

3.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Τα ΣΜΝ (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα) είναι νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Αυτό συνεπάγεται με λοιμώξεις που

πραγματοποιούνται στα γεννητικά όργανα (κολπίτιδες και χλαμυδιακές λοιμώξεις) και στη πορεία μπορεί να οδηγηθεί σε φυματίωση των γενετικών οργάνων. Άλλες λοιμώξεις από ιούς είναι θηλώματα και έρπητας των γεννητικών οργάνων, η ηπατίτιδα, το AIDS και τα αφροδίσια νοσήματα (βλεννόρροια, σύφιλη).

3.5 Κατηγορίες Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

3.5.1 HIV (Human Immunodeficiency Virus)

Είναι μια από τις κυριότερες ασθένειες Σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η εμφάνιση του έγινε το 1981 και ήταν μεγάλη και γρήγορη η εξάπλωση του. Στα τέλη του 1999 είχαν προσβληθεί από τον ιό 33,6 εκατομμύρια άτομα (14,8 εκατομμύρια γυναίκες, 17,6 εκατομμύρια άνδρες και το 1,2 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας <15 ετών). Επίσης, σύμφωνα με υπολογισμούς 30.000 άτομα μολύνονται από τον ιό κάθε χρόνο στη δυτική Ευρώπη. Η λοίμωξη αυτή προκαλεί ένα φάσμα εκδηλώσεων που εκτείνεται από την οξεία (πρωτοπαθή) HIV λοίμωξη έως παρατεταμένες περιόδους ασυμπτωματικής λοίμωξης έως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) (Guidelines for the use of antiviral agents in HIV- infected adults and adolescents 2002).

3.5.2 Ηπατίτιδα Β

Άλλη μια ασθένεια που ανήκει στη κατηγορία από τα γνωστά ΣΜΝ. Με βάση τις ορολογικές εξετάσεις το 1% του πληθυσμού στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ είναι φορείς της ηπατίτιδας Β. Με βάση ερευνών, σε όλο τον κόσμο υπάρχουν 300 εκατομμύρια φορείς της νόσου. Το 5-10% περίπου του ποσοστού των ασθενών που μολύνονται από τον ιό της ηπατίτιδας Β γίνονται χρόνιοι φορείς του ιού (Καλογερόπουλος 1996).

3.5.3 Βλενόρροια

Ένα ακόμα νόσημα που ανήκει στη κατηγορία των ΣΜΝ είναι η βλενόρροια. Χαρακτηρίζεται από επιτολής ή εν τω βάθη λοίμωξη των βλεννογόνων, ιδιαίτερα των βλεννογόνων των γεννητικών οργάνων και οφείλεται στη *Neisseria gonorrhoeae* (γονόκοκκος). Χωρίς θεραπεία συχνά οδηγεί σε σοβαρότερες επιπλοκές όπως σαλπινγίτιδα ή επιδιδυμίτιδα και ενίοτε μικροβιαμία και αρθρίτιδα, μηνιγγίτιδα ή ενδοκαρδίτιδα. Πρωταρχικό πρόβλημα αποτελεί η ανίχνευση των περιστατικών επειδή

ορισμένες λοιμώξεις παρουσιάζονται με λίγα συμπτώματα και οι πάσχοντες είναι δυνατόν να ξεφύγουν της προσοχής του ιατρού εάν δεν δοθεί ιδιαίτερη προσοχή του ιατρού στους παράγοντες κινδύνου στο ιστορικό τους ασθενούς καθώς και στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της βλεννόρροιας (Sparling 1999).

3.5.4 Σύφιλη

Επιπρόσθετα, θα αναφέρουμε ένα τελευταίο λοιμώδης νόσημα, τη Σύφιλη. Προκαλείται από το *Treponema pallidum* και συνήθως μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή αλλά μπορεί να μεταδοθεί και μέσω του πλακούντα από τη μολυσμένη μητέρα στο νεογνό. Παλαιότερα ήταν πολύ συχνή νόσος προσβάλλοντας το 10% ή περισσότερο του γενικού πληθυσμού. Ο επιπολασμός της μειώθηκε σημαντικά μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί πρόοδος στη μείωση του επιπολασμού της σύφιλης στους Αφροαμερικάνους και σήμερα βρίσκεται στο χαμηλό επίπεδο από ποτέ (Sparling 1999).

3.6 Η έννοια της σεξουαλικότητας

Η έννοια της σεξουαλικότητας υπήρξε ένα κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζεται από διαφορετικά ήθη και έθιμα- συμπεριφορές και πρακτικές. Για αυτό το λόγο η σεξουαλική συμπεριφορά διαφέρει ανάλογα με τη θρησκεία και πολιτισμό ηπείρους και χώρες (Ηλιάδου και Παλάσκα 2008).

Όσο αφορά την κοινωνιολογική προσέγγιση η ανθρώπινη σεξουαλικότητα καθορίζεται σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον και επηρεάζεται από τους κανόνες που υπάρχουν στη κοινωνία. Ο όρος «σεξουαλικότητα» εμφανίστηκε το 19 αιώνα και συνδέεται με φαινόμενα και γεγονότα (Αγραφιώτης 1997). Κατά την εφηβική ζωή οι νέοι πειραματίζονται, αναζητώντας « τη σεξουαλική ταυτότητα τους» η οποία καθορίζεται από πολιτιστικούς γνώμονες όπως το τι είναι σεξουαλικό/ερωτικό/χυδαίο, επιτρεπτό και απαγορευμένο (Αγραφιώτης 2003).

Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην αναφερθούμε στη γνώση γύρω από τη σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη οι οποίες έρχονται πολύ αργά μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας κατά πρώτο λόγο οι αρνητικές στάσεις

των νέων και η όχι σωστή έκφραση της σεξουαλικότητας οδηγούν στην ανάγκη να ξεκινήσουν προγράμματα ενημέρωσης και προστασίας των νέων από τις μη ορθές τεχνικές που χρησιμοποιούν. Κατά δεύτερο λόγο πολύ θεωρούν ότι η σεξουαλική αγωγή οδηγεί πολλούς νέους να γίνουν ενεργοί στη σεξουαλική αγωγή. Ωστόσο αυτό είναι λάθος καθώς αυτό το πρόγραμμα βοηθάει τους νέους να προστατευθούν και να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους.

Παράλληλα αξιολογημένο θα ήταν να αναφέρουμε ότι προτεραιότητα θα πρέπει να ήταν η πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) και της εγκυμοσύνης. Από την άλλη θα μειωνόταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών στην εφηβεία με την καθυστέρηση της έναρξης των σεξουαλικών επαφών αλλά είναι δύσκολο να το πετύχουμε.

Η ενημέρωση των νέων δεν είναι ικανοποιητική ώστε να βρίσκονται προετοιμασμένοι για τις σεξουαλικές επαφές καθώς λόγω της έλλειψης γνώσεων για το πώς θα προστατεύουν τον εαυτό τους από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και εγκυμοσύνες μπορεί να αποβεί μοιραία. Έτσι λόγω έλλειψης γνώσεων μεγάλο είναι το ποσοστό των αμβλώσεων με αποτέλεσμα να κυριαρχεί η υπογεννητικότητα κάτι το οποίο θα έπρεπε να το μειώσουμε (Ρομπόκου - Καραγιάννη 2000).

Η Σεξουαλικότητα του εφήβου περιλαμβάνει :

- Φυσικά χαρακτηριστικά και δυνατότητες ειδικής σεξουαλικής συμπεριφοράς
- Την έννοια της ταυτότητας του φύλου
- Διαμόρφωση θετικής εικόνας σώματος ,ανάπτυξη αυτοεκτίμησης ,ωρίμανση σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η σεξουαλική ανάπτυξη αρχίζει από το αρχικό στάδιο της εφηβείας-πρώιμη εφηβεία (11-14) ετών ενώ ολοκληρώνεται στο μέσο στάδιο-μέση εφηβεία (15-17) και στο τελικό στάδιο-ώριμη εφηβεία (18-21) ετών (Τζίμα – Τσιτσίκια 2005).

3.7 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, ο πιο συχνός κίνδυνος για τους Νέους

Τα ΣΜΝ αποτελούν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας στην εφηβεία. Οι έφηβοι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και οι πιο σημαντικοί λόγοι είναι οι παρακάτω :

- Πειραματίζεται ελέγχοντας τα όρια του και τολμά τη λήψη σεξουαλικών κινδύνων
- Δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικά μέτρα και επιδεικνύει συμπεριφορά υψηλού κινδύνου σε θέματα ασφάλειας και σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Δεν υπάρχει σωστή και επαρκή πληροφόρηση για τα ΣΜΝ αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο νέος να μην υπακούει στις συμβουλές του οικογενειακού του περιβάλλοντος .
- Δεν χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγείας και αυτό οφείλεται στην επιρροή που έχει από τους συνομήλικους του οδηγώντας τον στην απομάκρυνση από την ιατρική φροντίδα και τις υπηρεσίες υγείας (Καβαλιώτης 2004).

3.8 Αντισύλληψη και Νέοι

Τα τελευταία χρόνια γίνονται έρευνες σε νέους για τα θέματα όσο αφορά την αντισύλληψη. Κάθε χρόνο 15 εκατομμύρια κορίτσια μικρότερα των 20 ετών γίνονται μητέρες. Σε μεγαλύτερες χώρες της Ευρώπης 20-60% των κυήσεων γίνονται χωρίς να το επιθυμούν οι κοπέλες με αποτέλεσμα να καταλήγουν στην έκτρωση η οποία συνοδεύεται από περισσότερους κινδύνους όπως συναισθηματικούς και οικονομικούς (Τσαρμακλής 2007).

Όσο αφορά τη γνώση των νέων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μετά από έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν οι νέοι γνωρίζουν 3 βασικά ΣΜΝ. Το 99,7% γνωρίζει το Σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ,το 88,3% τη Σύφιλη, το 59,4% τη βλεννόρροια. Έτσι στη συνέχεια, παρατηρούμε ότι χαμηλό είναι το ποσοστό με 17,6% που γνωρίζουν την Ηπατίτιδα Α περίπου το ίδιο με τη Μεσογειακή αναιμία εδώ είναι το 17,1% και τέλος την αιμορροφιλία που την γνωρίζει το 22,5% (Χλιαουτάκης 1991).

Σε έρευνα που έγινε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών φάνηκε ότι οι νεαρές γυναίκες έχουν λίγες γνώσεις για τα θέματα της αντισύλληψης αλλά και σε έρευνα των Τούντα και συν αποδείχθηκε πως μόνο το 30,6% των γυναικών και το 14,7% των ανδρών μπόρεσαν να απαντήσουν στο 50% ή και άνω των ερωτήσεων. Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι από έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα οι έφηβοι

δεν γνωρίζουν αρκετά θέματα για αντισύλληψη και οικογενειακό προγραμματισμό σε αντίθεση με έρευνες οι οποίες έγιναν στο εξωτερικό και παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά είναι πιο ενημερωμένοι (Kallipolitis et al. 2003).

3.9 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Παρακάτω απαραίτητο θα ήταν να δούμε τα επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν την προφύλαξη των νέων, τη χρήση προφυλακτικού και η γενική συμπεριφορά σε θέματα για τη σεξουαλική συμπεριφορά.

Σε έρευνες που έγιναν στη Πορτογαλία, όσο αφορά τη Σεξουαλική ζωή των νέων σε ηλικία 13-19 ετών το 2014 έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική δραστηριότητα στα 15 έτη και σε ποσοστό 44%-69%. Τα νέα παιδιά χρησιμοποιούν κάποια αντισύλληψη κατά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή με ποσοστό 76%-98% σε αντίθεση με τις επόμενες φορές όπου από όσο φαίνεται το ποσοστό χρήσης μειώνεται από το 52%-69%. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Στην συνέχεια να αναφέρουμε ότι στη μελέτη που έγινε στη Σουηδία οι φοιτήτριες ηλικίας 25 ετών τόνισαν πως η έναρξη της σεξουαλικής επαφής μειώθηκε από τα 17,6 χρόνια στα 16,7 χρόνια όμως δεν μειώθηκε μόνο αυτό αλλά και η χρήση προφυλακτικού από το 49% σε 41%. Τα τελευταία όμως 25 χρόνια εμφανίζονται επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και η σημασία της ενημέρωσης είναι σημαντική σε αυτό το δείγμα του πληθυσμού (Stenhammar 2015).

Στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο μετά από συγχρονικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν όσο αφορά για τη χρήση μέτρων προφύλαξης και τη χρήση κάποιου προστατευτικού μέτρου όπως είναι το προφυλακτικό παρατηρήθηκε ότι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κυρίως τα άτομα που έχουν κάποια αποκλειστική σχέση.

Ακόμη μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε κορίτσια που βρίσκονται στη τριτοβάθμια εκπαίδευση ηλικίας 18-26 ετών παρατηρείτε ότι η χρήση προφυλακτικού γίνεται στην ηλικία 18-20 ετών (57,63%) όσο και στην ηλικία 21-26 ετών (49,4%) (Donadiki et al. 2013).

Επιπρόσθετα όσο αφορά τη σχέση για τη συμπεριφορά και στάση των νέων για τις μεθόδους αντισύλληψης σε έρευνα των Αντωνιάδη και συν καταγράφηκε ότι οι νέοι δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο έστω και για μια φορά και ότι δεν υπάρχει

κάποιο ενδιαφέρον από την πολιτεία ή το κράτος για μέτρα αντισύλληψης σε ποσοστό 44% .

Σε άλλη έρευνα που έγινε σε 836 σπουδαστές της Σχολής Βοηθών Ιατρικών επαγγελματιών ηλικίας 18-27 ετών διαπιστώθηκε ότι το 66,2% είχε σεξουαλικές επαφές και από αυτούς το 86,8% χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Ακόμη το 91,5% επιθυμούσε πληρέστερη ενημέρωση και το 68,5% θεωρούσε την πολύπλευρη ενημέρωση καλύτερη.

Σε έρευνα των Σωκράτη και συν όπου μελετήθηκε η αντισυλληπτική συμπεριφορά και οι στάσεις των νέων της Αθήνας φάνηκε ότι στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι νέοι θεωρούσαν ότι την ευθύνη για την αντισύλληψη την έχει το ζευγάρι ενώ στην ίδια την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αντισυλληπτική συμπεριφορά βρίσκεται σε αντιστοιχία με τις στάσεις των νέων απέναντι στην αντισύλληψη.

Σύμφωνα με δημοσκοπήσεις στην Ελλάδα, αντιπροσωπευτικά δείγματα Αθηναϊκού πληθυσμού έχουν δείξει ότι το 59,7% όσων είχαν περιστασιακές σχέσεις, εναλλάσσοντας ερωτικούς συντρόφους κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν πράξει με ασυνέπεια. Επιπλέον από το 60,7% όσων είχαν σταθερή σχέση δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό με το σύντροφο τους τον τελευταίο μήνα (Agrafiotis et al. 1990, Dubois-Arber & Spencer 1998). Ένα ανησυχητικό εύρημα με μαθητές λυκείου των Αθηναίων είναι ότι αν και το 65% των μαθητών είχαν κιόλας πραγματοποιήσει την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή μόνο το 26% είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή άλλα μέσα προφύλαξης είτε κατά των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων είτε κατά της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Agrafiotis et al. 1990).

Σε μελέτη με φοιτητές και σπουδαστές ΑΕΙ και ΤΕΙ της Βόρειας Ελλάδας, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια στη πιο πρόσφατη σεξουαλική τους επαφή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών (Kordoutis et al. 2000). Βασικό κριτήριο για να προληφθεί σεξουαλική συμπεριφορά είναι γνώση η οποία αποτελεί μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την υιοθέτηση ασφαλών προς την υγεία συμπεριφορών (Χατζημιχαηλίδου και συν. 2010).

3.10 Πρόληψη

Η πρόληψη είναι σημαντικότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία. Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να απευθύνονται κυρίως σε μικρές ηλικίες έτσι ώστε να διαμορφωθούν εγκαίρως θετικές αντιλήψεις και πρακτικές στα ζητήματα της υγείας. Είναι απαραίτητο να επικεντρωνόμαστε στη καλλιέργεια των αρνητικών στάσεων εφόσον έχει αποδειχθεί ότι όσο ισχυροποιούνται τόσο πιθανότερο είναι να βρουν την έκφραση στη στάση αυτή.

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία. Αρκετοί είναι οι έφηβοι που ξεκινούν τη πρώτη τους σεξουαλική επαφή χωρίς κάποια γνώση και εμπειρία. Εκείνο που πρέπει να γίνει απόλυτα σαφές είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων αρχίζει τη σεξουαλική επαφή συνήθως χωρίς αντισύλληψη και χωρίς τη λήψη κάποιας προφύλαξης. Ένα αρνητικό αποτέλεσμα που οδηγεί τους εφήβους σε αυτές τις λάθος συμπεριφορές είναι ότι δεν υπάρχει πια επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Αυτό ίσως είναι και η πιο αρνητική επίπτωση στη στάση των νέων αφού η οικογένεια αποτελεί το πιο σημαντικό πυρήνα.

Επίσης, άλλος ένας μεγάλος αρνητικός παράγοντας είναι και η έλλειψη σχολικής σεξουαλικής αγωγής. Τα μάθημα αυτό δεν θεωρείται απαραίτητο για το σχολείο άρα και τα παιδιά χωρίς αυτό αποκτούν λάθος γνώσεις και στάσεις πάνω στο θέμα της σεξουαλικότητας. Οι απόψεις αυτές είναι αποδεδειγμένες σύμφωνα με τις μελέτες που έγιναν στην Ουγγαρία.

Ας σημειωθεί ότι σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο σε 1500 άτομα από 16-45 ετών για θέματα όπως τη γνώση για την αντισύλληψη και διαπιστώθηκε ότι το 30,6% γυναικών και το 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων για θέματα αντισύλληψης (Tountas et al. 2004). Το γεγονός αυτό καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι νέοι πρέπει να μαθαίνουν και να διαπαιδαγωγούνται για τα θέματα της αντισύλληψης και της σεξουαλικότητας κυρίως από τους γονείς και την οικογένεια τους παρά από τα ΜΜΕ και τις παρέες τους.

Ουσιαστικός και πρωταρχικός παράγοντας για τους εφήβους είναι το θέμα της σεξουαλικής αγωγής όπου αποτελεί ένα απαραίτητο και βασικό μέτρο για τους εφήβους. Είναι σκόπιμο να υπάρχουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Με την έναρξη

αυτού του προγραμματισμού οι άνθρωποι που θα εργάζονται εκεί θα πρέπει να είναι άτομα με γνώσεις όπως γιατροί, επιστήμονες και επισκέπτριες αδελφές με βασική εκπαίδευση στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση νοσημάτων και καταστάσεων απειλητικών για την υγεία του κοινωνικού συνόλου που ασχολούνται με τη παροχή υπηρεσιών και εφαρμογών σύλληψης-αντισύλληψης. Είναι επιτακτική ανάγκη αυτών που δουλεύουν σε τέτοια προγράμματα να ασχολούνται κίολας την προμήθεια αντισυλληπτικών μέσων και την γενετήσια διαπαιδαγώγηση.

3.10.1 Προγράμματα Αντισύλληψης

Η ενημέρωση των φοιτητών αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αντισύλληψη και είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται. Κυριότερες μέθοδοι αντισύλληψης είναι τα προφυλακτικά και τα ενδομήτρια σπειράματα.

3.10.2 Ανδρικά Προφυλακτικά

Η εξάπλωση του AIDS είναι ένας μεγάλος αρνητικός παράγοντας. Λόγω αυτού είναι απαραίτητο να γίνεται η χρήση ανδρικού προφυλακτικού ώστε να προστατεύονται τα ζευγάρια από τα ΣΜΝ. Στα πλεονεκτήματα της χρήσης του προφυλακτικού συμπεριλαμβάνονται η παρουσία υψηλής αποτελεσματικότητας με την προϋπόθεση ότι χρησιμοποιούνται με το σωστό τρόπο, το χαμηλό κόστος και το γεγονός ότι η προμήθεια τους γίνεται εύκολα. Αναμφισβήτητα, παρέχουν προστασία από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), το AIDS, από τις φλεγμονές και πιθανώς από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υποχρεώνουν τους άνδρες να επωμιστούν την ευθύνη της αντισύλληψης (Oechssii 1986).

3.10.3 Γυναικεία Προφυλακτικά

Αποτελούν μηχανικά μέσα που τοποθετούνται στο κόλπο και η αντισυλληπτική τους δράση στηρίζεται στην παρεμπόδιση της εισόδου του σπέρματος στη μήτρα. Στα διάφορα είδη των γυναικείων προφυλακτικών συγκαταλέγονται το κολπικό διάφραγμα, η καλύπτρα Dumas, η τραχηλική καλύπτρα, η Vimule και άλλα.

Ως πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το γεγονός ότι είναι αβλαβή, δεν επιδρούν στην έμμηνο ρύση ή σε κάποιο άλλο σύστημα του οργανισμού και δεν καλύπτουν καμία ευαίσθητη περιοχή. Παράλληλα, μπορεί να

τοποθετηθούν σε χρόνο άσχετο με τη συνουσία και η παρουσία τους δεν γίνεται αντιληπτή κατά τη σεξουαλική επαφή. Όμως, σημαντικό μειονέκτημα της μεθόδου συγκαταλέγεται το υψηλό επίπεδο υπευθυνότητας και η ανάγκη ύπαρξης εκπαιδευόμενου προσωπικού για την εκπαίδευση των γυναικών εκείνων που επιθυμούν να εφαρμόσουν τη συγκεκριμένη αντισυλληπτική μέθοδο (Oechssii 1986).

3.10.4 Ενδομήτρια σπειράματα

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι κατασκευασμένα από διάφορα είδη συνθετικών ουσιών. Φέρουν επίσης νήμα εξαγωγής και η διάρκεια χρήσης αποδίδεται κυρίως στη πρόκληση άσηπτης φλεγμονής στο ενδομήτριο. Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγεται η υψηλή αποτελεσματικότητα και άμεση ανάκτηση της γονιμότητας μετά την αφαίρεση του. Επιπλέον, έχει χαμηλό κόστος και τοποθέτηση- αφαίρεση χωρίς επιπλοκές καθώς και δεν σχετίζεται με τη σεξουαλική επαφή και είναι ανεξάρτητη από την παρέμβαση της γυναίκας. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου της χρήσης των ενδομήτριων σπειραμάτων ανήκει η απαραίτητη ιατρική παρέμβαση, η παρουσία αρκετών αντενδείξεων και η πιθανότητα εκδήλωσης σημαντικών παρενεργειών και επιπλοκών. Δεν συνίσταται η εφαρμογή της μεθόδου σε νεαρές και άτοκες γυναίκες (Oechssii 1986).

3.10.5 Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Η διαπαιδαγώγηση θα ασκήσει θετική επιρροή στους εφήβους καθώς η γνώση της ανατομίας, της φυσιολογίας και των σεξουαλικών σχέσεων ώστε οι νέοι να αντλούν από τη γενετήσια σχέση τη μεγαλύτερη δυνατή χαρά και ευχαρίστηση αντί να συσσωρεύουν τραυματικές εμπειρίες από τις ανεπιθύμητες κυήσεις και από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Το πιο σπουδαίο ζήτημα είναι η καθιέρωση της μεθοδολογίας, της πληροφόρησης και της θεσμοθέτησης της σεξουαλικής αγωγής ως απαραίτητο μάθημα στα σχολεία. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρχει ενημέρωση των γονέων και των παιδιών για αυτά τα θέματα και δεν θα κυριαρχεί η αδιαφορία και η άρνηση όπως παλαιότερα.

Ωστόσο μεγάλες είναι οι μεταβολές που παρατηρούνται στα θέματα διαπαιδαγώγησης τα τελευταία χρόνια. Τα θέματα αυτά βοήθησαν αρκετά ώστε οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι νέοι να κατανοήσουν ότι είναι απαραίτητη. Απεναντίας

μεγάλο είναι και το μέρος του πληθυσμού που δεν επιθυμεί αυτού του είδους τα προγράμματα και αντιτίθεται με μεγάλο σθένος. Ακόμη, δεν είναι λίγοι οι γονείς που κρύβουν μια συντηρητική στάση σε αυτού του είδους τα θέματα καθώς εμφανίζουν μια μικρή δειλία και εσωστρέφεια. Αυτό που θεωρούν απαραίτητο είναι τα παιδιά τους να μορφώνονται με τα βασικά μαθήματα διαπαιδαγώγησης καθώς με αυτά θα προχωρήσουν μπροστά στη ζωή τους.

Όμως αυτό που πρέπει να καταλάβουν είναι ότι η ζωή τους δεν περιέχει μόνο θέματα για μαθηματικά, ιστορία, αρχαία και πολιτισμούς αλλά και θέματα σχέσεων που πολλές φορές είναι πιο σημαντικά. Άρα εκεί που θα πρέπει να οδηγηθούμε είναι ότι η διαπαιδαγώγηση σεξουαλικών θεμάτων των νέων είναι σκόπιμη καθώς είναι γεγονός ότι ανεξάρτητα από την εχθρική, την ειλικρίνεια ή υποκριτική στάση των ενηλίκων το παιδί και ο έφηβος αντλούν πληροφορίες από ποικίλες πηγές και ερεθίσματα (W.H.O. 2007).

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Εισαγωγή

Πολλές από τις συμπεριφορές υψηλού υγειονομικού κινδύνου διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής, συνεπώς είναι σημαντικό να καταγραφούν και να μελετηθούν, ώστε να μπορέσουν να εφαρμοστούν στη συνέχεια παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.

Η παρούσα εργασία συντελείται στο πλαίσιο της προοπτικής μελέτης ΛΑΤΩ (LATO, Lifestyles and Attitudes in a Student Population), μιας μελέτη κοόρτης, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των πρωτοετών σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος την περίοδο Οκτώβριος – Δεκέμβριος, από το 2012. Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση και η καταγραφή των συμπεριφορών υγείας, του τρόπου ζωής των φοιτητών και των προσδιοριστών των αλλαγών τους 3 διαδοχικά έτη, με ευρύτερο στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων που δρουν προστατευτικά στην υιοθέτηση υγειονομικά ορθών συμπεριφορών υγείας σε μια κρίσιμη μεταβατική περίοδο.

Η μελέτη υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση", Πράξη «Αρχιμήδης ΙΙΙ – Ενίσχυση ερευνητικών ομάδων στο ΤΕΙ Κρήτης» και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013) με Επιστημονικό Υπεύθυνο το Δρ. Γιώργο Κριτσωτάκη, Επίκουρο Καθηγητή στο Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης.

4.2 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταδείξει τη συσχέτιση της διαμονής των φοιτητών με επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες από τους νέους ενήλικες και ειδικότερα στους φοιτητές του ΤΕΙ της Κρήτης. Πιο συγκεκριμένα, θα διερευνηθεί η σχέση των προπτυχιακών φοιτητών με τη συνήθεια του καπνίσματος, τα οιογενεματώδη ποτά και τις σεξουαλικές πρακτικές ανάλογα με το αν διαμένουν μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον ή ζουν σε δικό τους ανεξάρτητο χώρο.

Με αυτόν τον τρόπο, θα μελετήσουμε κατά πόσο οι φοιτητές και οι φοιτήτριες επηρεάζονται στις αποφάσεις που αφορούν συμπεριφορές υγείας από τους συμφοιτητές αλλά και από τους γονείς τους, κατά πόσο υπεύθυνοι είναι για την προαγωγή της υγείας τους, κατά πόσο έχουν το σκεπτικό να βάλουν όρια απέναντι στο τι είναι “σωστό” και “λάθος” σχετικά με τις επιθυμίες τους. Αναμφισβήτητα, έχει ιδιαίτερη σημασία με κατάλληλες παρεμβάσεις να τροποποιηθούν κάποιες επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, ώστε να μην υιοθετηθούν στην ενήλικη ζωή.

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι συμπεριφορές διακινδύνευσης για την υγεία των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης;
2. Σε ποιο βαθμό σχετίζονται οι συμπεριφορές αυτές με τον τόπο διαμονής (Φοιτητικές Εστίες, διαμονή με τους γονείς, ανεξάρτητη διαμονή σε διαμέρισμα) των φοιτητών/φοιτητριών;

4.4 Πληθυσμός της μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης ορίζεται ως όλοι οι νεοεισαχθέντες φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης (Σχολές Ηρακλείου, 11 από τα 17 τμήματα του ΤΕΙ Κρήτης) που εγγράφηκαν και παρακολούθησαν το Α' εξάμηνο σπουδών κατά το χειμερινό εξάμηνο του 2012. Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει το σύνολο των 727 φοιτητών-τριών στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος την περίοδο Οκτώβριο-Δεκέμβριο, από το 2012. Τα κριτήρια επιλογής που τηρήθηκαν για να συμμετέχουν στη μελέτη οι φοιτητές ήταν:

- Ηλικία 18–19 ετών (να είναι η 1^η εισαγωγή σε ΑΕΙ των συμμετεχόντων)
- Γνώση της ελληνικής γλώσσας στο βαθμό που να επιτρέπει τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Συμπλήρωση του εντύπου συγκατάθεσης (Παράρτημα).

4.5 Περιγραφή ερωτηματολογίου μελέτης

Το τελικό ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή, έπειτα από εκτενή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, έχει χρησιμοποιήσει μέρη των ερωτηματολογίων των Μελετών HBSC (Currie et al. 2011, Koller et al. 2009) και ESPAD (Hibell 2014), καθώς και κλίμακες οι

οποίες χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά στην Ελλάδα, και περιλαμβάνει τις παρακάτω κύριες θεματικές ενότητες: Γενικές πληροφορίες–Δημογραφικά στοιχεία (ατομικά–γονέων), Διαμονή, Άσκηση και φυσική δραστηριότητα, Διατροφή (εκτός FFQ), Food Frequency Questionnaire, Έκθεση στον ήλιο, Οδηγική συμπεριφορά, Κοινωνικό κεφάλαιο, Κάπνισμα, Αλκοολούχα ποτά, Χρήση ουσιών Parent-Adolescent Communication Scale, Σχέσεις μεταξύ των φύλων και ερωτική ζωή, Life satisfaction scale, Κοινωνικές σχέσεις και ελεύθερος χρόνος (εκτός κοιν. κεφαλαίου), Family Affluence Scale II, Πολιτικές πεποιθήσεις, Δημογραφικά–εργασία γονέων, Ικανοποίηση από οικογένεια, Φιλίες–Facebook, Ακαδημαϊκή πίεση–χαρακτηριστικά, General health, Στοματική Υγεία, Εικόνα σώματος, Ιστορικό αυτοκτονιών, Σωματομετρικά χαρακτηριστικά, Εργασία–χρήματα, Ειλικρίνεια απαντήσεων–αποδοχή ερωτηματολογίου.

Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα Μελέτη

Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ήταν όσες αφορούσαν τις γενικές πληροφορίες και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (και των γονέων) που ελέγχθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση συμπεριφορών υγείας των φοιτητών και φοιτητριών του ΤΕΙ Κρήτης που αφορούσε το Κάπνισμα, την κατανάλωση Οινοπνευματωδών ποτών και της μη σωστές σεξουαλικές επαφές.

Κάπνισμα

Ένας από τους παράγοντες διακινδυνεύσεις που ασχοληθήκαμε είναι το κάπνισμα .Η σχετική ερώτηση στο ερωτηματολόγιο διατυπώθηκε ως εξής: «Πότε συνέβη (αν συνέβη) για πρώτη φορά να καπνίσεις το πρώτο σου τσιγάρο και να καπνίζεις σε καθημερινή βάση;» Η επόμενη σχετική ερώτηση ήταν ως εξής: «Αυτή την περίοδο καπνίζεις; Αν ναι πόσο καπνίζεις τις τελευταίες 30 ημέρες;»

Αλκοόλ

Η ερώτηση που αναφερόταν για το αλκοόλ είναι η υπέρμετρη ευκαιριακή χρήση οινοπνεύματος τις τελευταίες 30 μέρες τουλάχιστον μια φορά « Πόσες φορές ήπιες στη σειρά (δηλαδή στην καθισιά σου) 5 ή περισσότερα ποτά από το ίδιο ή διαφορετικό αλκοολούχο ποτό ; ».

Χρήση Προφυλακτικού

Όσο αφορά την ερώτηση για την χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές): « Πόσες φορές δεν χρησιμοποιήσατε προφυλακτικό το τελευταίο έτος; » (καμία ή κάποιες φορές)

Πολλαπλοί Ερωτικοί σύντροφοι

Είχατε περισσότερο από δυο ερωτικούς συντρόφους το τελευταίο έτος; (πάνω από δύο)

Διαμονή κατά τη φοιτητική ζωή

Επιπρόσθετα, έγιναν ερωτήσεις σχετικά με το αν οι φοιτητές συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους, αν μένουν στην εστία και τέλος όταν μένουν μόνοι/ ή με συγκάτοικο στο σπίτι.

4.6 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Οι φοιτητές/τριες κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη κατά τη διάρκεια των υποχρεωτικών μαθημάτων του 1ου έτους. Όλοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια του μαθήματος, έπειτα από σχετική συνεννόηση με τους διδάσκοντες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά σε μια ειδικά διαμορφωμένη σελίδα στο διαδίκτυο, στην οποία είχαν πρόσβαση μόνο οι σπουδαστές του ΤΕΙ Κρήτης με δικούς τους κωδικούς. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με το ελεύθερο λογισμικό LimeSurvey με την υποστήριξη του Γενικού Τμήματος του ΤΕΙ Κρήτης. Η διαδικτυακή διεύθυνση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου είναι:

- <http://modip.teicrete.gr/limesurvey/index.php?sid=22196&lang=el>

Η πρόσβαση για αλλαγές ή τροποποιήσεις γίνεται μέσω της ιστοσελίδας (απαιτείται κωδικός):

- <http://modip.teicrete.gr/limesurvey/admin/admin.php?sid=65978>

Στις ελάχιστες περιπτώσεις που υπήρχε πρόβλημα με το διαδίκτυο ή δεν επαρκούσαν οι υπολογιστές, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χειρόγραφα

μέσα στην αίθουσα όπου είχαν μάθημα. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απευθύνουν ερωτήσεις σε περίπτωση που κάτι δεν καταλάβαιναν.

4.7 Δεοντολογία και διασφάλιση ανωνυμίας

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Για να μπορέσουμε να διασφαλίσουμε τα δικαιώματα των ερωτηθέντων, τηρήθηκε η ανωνυμία των φοιτητών και εξασφαλίστηκε με έντυπο συγκατάθεσης η συναίνεση τους, όπου και ενημερώθηκαν για την έρευνα και τον σκοπό αυτής. Το ερωτηματολόγιο δεν αποτελούσε κάποιου είδους εξέταση και τις απαντήσεις μπορούσε να δει μόνο η ερευνητική ομάδα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ήταν υποχρεωτική και ο ερωτώμενος μπορούσε να μην απαντήσει κάποια ερώτηση αν δεν ήθελε. Τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας για αποτροπή εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα. Τηρήθηκε εμπιστευτικότητα καθώς επίσης το περιεχόμενο δεν προσβάλλει τη προσωπικότητα των εμπλεκόμενων. Επιπλέον, σύμφωνα με την Wilson τηρήθηκαν η αντικειμενικότητα, η συνεργασία, η δικαιοσύνη, η σχολαστικότητα & ακεραιότητα, η ειλικρίνεια και η διακριτικότητα ως χαρακτηριστικά μίας ηθικής έρευνας (Μερκούρης 2010).

Επισημαίνεται ότι τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας και προς περαιτέρω έρευνα και θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η συλλογή των δεδομένων διεξήχθη με βάση τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για έρευνα σε ανθρώπους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι πρόσβαση στα δεδομένα θα έχουν μόνο όσα μέλη της ερευνητικής ομάδας είναι απολύτως απαραίτητο. Τα στοιχεία (π.χ. συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) φυλάσσονται σε ερμάρια που κλειδώνουν στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Λεπτομερής καταγραφή των κανόνων ηθικής και

δεοντολογίας που δεσμεύουν τους ερευνητές στην παρούσα μελέτη έχουν κατατεθεί και εγκριθεί κατά τη φάση αξιολόγησης της πρότασης και επίσης από την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας του ΤΕΙ Κρήτης.

4.8 Στατιστική Μεθοδολογία

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τους τιμή \pm τυπική απόκλιση (mean \pm sd), ενώ για τις ποιοτικές έχουμε τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιήθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών και γραφικών ελέγχων, τότε γίνεται χρήση της διαμέσου και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (median, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα. Συγκεκριμένα, έγινε χρήση των στατιστικών ελέγχων Shapiro-Wilk και Shapiro-Francia (στο Stata MP ver. 13) για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης. Η ύπαρξη κανονικότητας επιβεβαιώθηκε ή απορρίφθηκε και από την οπτική επισκόπηση των αντίστοιχων ιστογραμμάτων, normal Q-Q plots και box-plots των μεταβλητών. Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε κυρίως το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0.

Αρκετές μεταβλητές εξ αυτών ελέγχθηκαν για συγχυτικές επιδράσεις με τις διάφορες συμπεριφορές υγείας. Πραγματοποιήθηκαν αρχικά έλεγχοι chi-square για τη διερεύνηση τυχόν διαφορών στα ποσοστά ορισμένων ποιοτικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων σε άνδρες και γυναίκες, ορίζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05. Σε όσες περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίο, έγινε χρήση exact tests ή Monte Carlo simulations (10000 samples). Για την ποσοτική μεταβλητή της ηλικίας έγινε χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney, όπου λόγω της παρόμοιας μορφής της κατανομής της στους άνδρες και στις γυναίκες, μπορεί να γίνει χρήση της διάμεσης τιμής αυτής για λόγους σύγκρισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών της μελέτης. Από το τμήμα Νοσηλευτικής συμμετείχαν 22,4% των φοιτητών από του οποίους το 9,9% ήταν φοιτητές και το 29,5% φοιτήτριες. Από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας συμμετείχε το 21,9% των φοιτητών όπου το 5,3% ήταν φοιτητές και το 31,2% ήταν φοιτήτριες. Στην έρευνα συμμετείχαν και φοιτητές από άλλα τμήματα που αποτελούσαν το 55,7% στο σύνολο με το 84,7% να είναι οι φοιτητές και το 39,4% οι φοιτήτριες. Ως προς τον τύπο της οικογένειας το 11% ανήκει σε μονογονεϊκή οικογένεια, το 82,2% ανήκει σε πιο κλειστή οικογένεια και το 6,2% είναι χωρίς οικογένεια ή ζουν μόνοι ή σε άλλο σπίτι. Για τον τόπο γέννησης παρατηρούμε ότι 93,4% γεννήθηκαν την Ελλάδα και το 6,6% κάπου αλλού. Από το σύνολο των φοιτητών που απάντησαν για την εκπαίδευση του πατέρα τους ανέφεραν πως το 21,6% είχαν φοιτήσει στο δημοτικό το 59,5% πήγαν Γυμνάσιο, Λύκειο ή κάποια τεχνική Σχολή. Τέλος το 18,9% σπούδασαν σε ΤΕΙ, ΑΕΙ, MSc, PhD. Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι μητέρες 65,4% πήγαν σε Γυμνάσιο, Λύκειο ή κάποια Τεχνική Σχολή.

Τέλος το 20,4% από τις μητέρες σπούδασαν σε κάποιο ΑΕΙ ή έκαναν MSc και PhD. Από το σύνολο του δείγματος το 16,5% είχαν εισόδημα ως και 50 ευρώ το μήνα. Από 51-250 ευρώ έπαιρναν το 42% και 251- 500 ευρώ το 31,3%. Τέλος μηνιαίο εισόδημα πάνω από 501 ευρώ είχε το 10,1% που αποτελεί και τα λιγότερα παιδιά. Το 60,1% έμενε σε αστική περιοχή ενώ το 39,9% των φοιτητών σε αγροτική περιοχή. Τέλος όσο αφορά την διαμονή των φοιτητών το 19,8% συνέχιζε να μένει με την οικογένεια του, το 5,8% έμεναν στην εστία και το 74,3%, οι περισσότεροι δηλαδή έμεναν μόνοι ή με συγγάτους στο σπίτι.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 727 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

Χαρακτηριστικά		Σύνολο	Φοιτητές ν (%)	Φοιτήτριες
Ηλικία, χρόνια	<i>έως 18</i>	293 (40.3)	100 (38.2)	193 (41.5)
	<i>19</i>	192 (26.4)	65 (24.8)	127 (27.3)
	<i>20</i>	93 (12.8)	34 (13.0)	59 (12.7)
	<i>21+</i>	149 (20.5)	63 (24.0)	86 (18.5)
	<i>Διάμεση ηλικία [ενδοτεταρτ. Εύρος]</i>	19.00 [2.00]	19.00 [2.00]	19.00 [2.00]
Τμήμα Σπουδών	<i>Νοσηλευτικής</i>	163 (22.4)	26 (9.9)	137 (29.5)
	<i>Κοινωνικής εργασίας</i>	159 (21.9)	14 (5.3)	145 (31.2)
	<i>άλλο</i>	405 (55.7)	222 (84.7)	183 (39.4)
Εξάμηνο σπουδών	<i>2^ο, 3^ο, 4^ο</i>	513 (70.6)	182 (69.5)	33.1 (71.2)
	<i>5^ο +</i>	214 (29.4)	80 (30.5)	134 (28.8)
Τύπος οικογένειας	<i>Μονογονεϊκή</i>	80 (11.0)	31 (11.8)	49 (10.6)
	<i>Πυρηνική/εκτεταμένη</i>	600 (82.8)	214 (81.7)	386 (83.4)
	<i>Ορφανά/χωρίς γονείς/ζουν μόνοι ή σε άλλο σπίτι</i>	45 (6.2)	17 (6.5)	28 (6.0)
Τόπος γέννησης	<i>Ελλάδα</i>	566 (93.4)	198 (95.2)	368 (92.5)
	<i>Αλλού</i>	40 (6.6)	10 (4.8)	30 (7.5)
Εκπαίδευση πατέρα	<i>Δημοτικό</i>	153 (21.6)	44 (17.0)	109 (24.2)
	<i>Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνική Σχολή</i>	422 (59.5)	152 (58.7)	270 (60.0)
	<i>ΤΕΙ, ΑΕΙ, ΜSc, PhD</i>	134 (18.9)	63 (24.3)	71 (15.8)
Εκπαίδευση μητέρας	<i>Δημοτικό</i>	101 (14.1)	25 (9.8)	76 (16.6)

	<i>Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνική Σχολή</i>	467 (65.4)	163 (63.7)	304 (66.4)
	<i>ΤΕΙ, ΑΕΙ, ΜSc, PhD</i>	146 (20.4)	68 (26.6)	78 (17.0)
Εισόδημα (μηνιαίο, ευρώ)	<i>Έως 50</i>	114 (16.5)	45 (18.3)	69 (15.5)
	<i>51-250</i>	290 (42.0)	88 (35.8)	202 (45.5)
	<i>251-500</i>	216 (31.3)	84 (34.1)	132 (29.7)
	<i>501+</i>	70 (10.1)	29 (11.8)	41 (9.2)
Περιοχή διαμονής	<i>Αστική</i>	432 (60.1)	167 (64.2)	265 (57.7)
	<i>Αγροτική</i>	287 (39.9)	93 (35.8)	194 (42.3)
Διαμονή φοιτητών	<i>Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου</i>	143 (19.8)	61 (23.4)	82 (17.8)
	<i>Μένω στην εστία</i>	42 (5.8)	8 (3.1)	34 (7.4)
	<i>Μένω μόνος/η ή με συγγάτοικους σε σπίτι</i>	536 (74.3)	192 (73.6)	344 (74.8)

Ακολουθούν στον πίνακα 2, τα αποτελέσματα αναφορικά με τον επιπολασμό των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία, συνολικά αλλά και πιθανές διαφορές μεταξύ των φοιτητών και των φοιτητριών της μελέτης. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι βάσει των αποτελεσμάτων του ελέγχου chi-square. Σε παρένθεση αναφέρεται σε κάθε συμπεριφορά υγείας, η κατηγορία στην οποία αντιστοιχούν τα σχετικά ποσοστά. Στον πίνακα, φαίνεται ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για την υγεία μεταξύ 727 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης. Όσον αναφορά το κάπνισμα, δεν παρατηρούμε κάποια διαφορά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών. Στους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους (πάνω από 2), παρατηρούμε μια στατιστική διαφορά (P-value = 0,001), καθώς τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα, δηλαδή 54,2% από τα κορίτσια που έχουν 39,6%. Στον επόμενο παράγοντα, ο οποίος είναι η μη χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές) δεν παρατηρούμε κάποια διαφορά διότι είναι το ίδιο περίπου σε φοιτητές και φοιτήτριες.

Πίνακας 2. Επιπολασμός συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία μεταξύ των 727 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

	Σύνολο	Φοιτητές %	Φοιτήτριες	p-value
<i>Κάπνισμα (ναι)</i>	62.4	61.8	62.8	0.811
<i>Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι (2+)</i>	44.8	54.2	39.6	<0.001
<i>Μη χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές)</i>	82.4	83.6	81.7	0.545
<i>Μέθη το τελευταίο έτος (1+)</i>	56.6	62.0	53.3	0.038
<i>Μέθη γενικά στο παρελθόν (1+)</i>	57.4	65.4	52.6	0.002

Έλεγχοι χ^2 .

Παράλληλα, όσον αναφορά τη μέθη το τελευταίο έτος, βλέπουμε ότι υπάρχει μια στατιστική διαφορά (P-value = 0,038%). Συγκεκριμένα, τα αγόρια έχουν 62,0% επιπολασμό για μέθη το τελευταίο έτος σε σχέση με τα κορίτσια που έχουν λιγότερο, δηλαδή 53,3%. Τέλος, όσον αναφορά τη μέθη γενικά στο παρελθόν, έχουμε σημαντική στατιστική διαφορά (P-value = 0,002), όπου παρατηρούμε ότι το 65,4% των φοιτητών, μεθούσαν γενικά στο παρελθόν σε σχέση με το 52.6% των φοιτητριών οι οποίες ανέφεραν μέθη στο παρελθόν.

Στον πίνακα 3, παρατίθενται τα αποτελέσματα αναφορικά με τον επιπολασμό των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία ανά τρόπο διαμονής, καθώς επίσης διερευνάται η σχέση των μεταβλητών αυτών, τόσο συνολικά στο δείγμα όσο και ξεχωριστά ανά φύλο, βάσει του ελέγχου chi-square. Στον πίνακα διερευνάται ο επιπολασμός συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία ανά τρόπο διαμονής βάσει του φύλου. Αρχικά, όσον αφορά το κάπνισμα, παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το σύνολο των φοιτητών που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένειά τους (53,8%), των φοιτητών που μένουν στην εστία (54,8%) και των φοιτητών που μένουν μόνοι ή με συγκάτοικο σε σπίτι (65,1%).

Πίνακας 3. Επιπολασμός συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία ανά τρόπο διαμονής και διερεύνηση της σχέσης τους: Συνολικά αποτελέσματα και στρωματοποίηση βάσει φύλου.

	<i>Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου</i>	<i>Μένω στην εστία</i>	<i>Μένω μόνος/η ή με συγγάτοικους σε σπίτι</i>	P-value
<i>Κάπνισμα (ναι)</i>				
Σύνολο	53.8	54.8	65.1	0.028
Φοιτητές	55.7	50.0	64.1	0.428
Φοιτήτριες	52.4	55.9	65.7	0.055
<i>Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι (2+)</i>				
Σύνολο	39.9	40.5	46.6	0.295
Φοιτητές	39.3	62.5	58.9	0.023
Φοιτήτριες	40.2	35.3	39.8	0.888
<i>Μη χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές)</i>				
Σύνολο	84.6	71.4	82.8	0.124
Φοιτητές	83.6	50.0	84.9	0.039
Φοιτήτριες	85.4	76.5	81.7	0.508
<i>Μέθη το τελευταίο έτος (1+)</i>				
Σύνολο	43.3	59.5	59.8	0.005
Φοιτητές	46.3	71.4	66.3	0.022
Φοιτήτριες	40.9	56.7	55.9	0.086

Έλεγχοι χ^2 .

Όμως, δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστική διαφορά ως προς το φύλλο στις κατηγορίες αυτές. Όσον αφορά τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους (2+), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους φοιτητές που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους (39,3%), στους φοιτητές που μένουν στην εστία (62,5%) και στους φοιτητές που μένουν μόνι ή με συγγάτοικο σε σπίτι (58,9%). Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά των φοιτητριών ως προς αυτόν τον παράγοντα. Παράλληλα, όσον αφορά τη χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (P-value = 0,039) στους φοιτητές που συνεχίζουν να μένουν με την

οικογένεια τους (83,6%), στους φοιτητές που μένουν στην εστία (50%) και στους φοιτητές που μένουν μόνοι ή με συγκάτοικο σε σπίτι (84,9%). Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητριών ως προς τον παράγοντα του προφυλακτικού. Ακόμη, όσον αφορά την μέθη το τελευταίο έτος (1+), παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο σύνολο των φοιτητών (P-value= 0,005) και στους άνδρες φοιτητές (P-value= 0,022). Συγκεκριμένα, από το σύνολο των φοιτητών που δήλωσαν μέθη το τελευταίο έτος, το 43,3% συνεχίζει να μένει με την οικογένειά του, το 59,5% μένει στην εστία και το 59,8% μένει μόνος/η ή με συγκάτοικο στο σπίτι. Ακόμη, από τους άνδρες φοιτητές που απάντησαν, το 46,3% συνεχίζει να μένει με την οικογένεια τους, το 71,4% μένει στην εστία και το 66,3% μένει μόνος του ή με συγκάτοικο σε σπίτι. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις φοιτήτριες ως προς τον παράγοντα της μέθης το τελευταίο έτος.

Τα αποτελέσματα του μοντέλου πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, όπου έχουν υπολογιστεί τα adjusted odds ratios, εισάγοντας και τις παρακάτω μεταβλητές, για αδρανοποίηση της συγχυτικής επίδρασης αυτών: Εισόδημα, εκπαίδευση μητέρας και πατέρα, περιοχή διαμονής, εξάμηνο φοίτησης και ηλικία φοιτητών. Συνεπώς, τα όποια συμπεράσματα προκύπτουν βάσει των p-values και των σχετικών effect sizes βάσει των odds ratios για τη διαμονή των φοιτητών, ισχύουν δεδομένου ότι θεωρούμε τους προαναφερθέντες παράγοντες σταθερούς. Όλα τα αποτελέσματα παρατίθενται ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες (sex-stratified).

Ο πίνακας 4 αναφέρεται στους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου ανάλογα με την διαμονή των φοιτητών. Οι φοιτητές που μένουν μόνοι ή με συγκάτοικο στο σπίτι, έχουν πάνω από τριπλάσιες πιθανότητες για κάπνισμα τις τελευταίες 30 ημέρες, σε σχέση με αυτούς που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους. Από την άλλη, οι φοιτήτριες που έμεναν μόνες τους, ανέφεραν τις μισές πιθανότητες να έχουν καπνίσει τις τελευταίες 30 ημέρες, σε αντίθεση με αυτές που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους. Επιπρόσθετα, όσα παιδιά μένουν μόνα τους έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τα παιδιά που μένουν με την οικογένεια τους να έχουν παραπάνω από δύο ερωτικούς συντρόφους το τελευταίο έτος.

Πίνακας 4. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση ανά φύλο Διαμονή φοιτητών με διάφορους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου

Συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία	Φοιτητές			Φοιτήτριες		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Κάπνισμα τις τελευταίες 30 ημέρες (1+)						
Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου	1.00			1.00		
Μένω στην εστία	0.423	0.039-4.611	0.480	0.802	0.246-2.621	0.716
Μένω μόνος/η ή με συγκατοίκους σε σπίτι	3.403	1.431-8.089	0.006	0.459	0.217-0.970	0.041
Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι (2+)						
Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου	1.00			1.00		
Μένω στην εστία	1.268	0.226-7.101	0.787	0.743	0.293-1.883	0.531
Μένω μόνος/η ή με συγκατοίκους σε σπίτι	2.141	1.085-4.227	0.028	1.058	0.614-1.824	0.838
Μη χρήση προφυλακτικού το τελευταίο έτος (καμία ή κάποιες φορές)						
Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου	1.00			1.00		
Μένω στην εστία	0.149	0.024-0.938	0.043	0.852	0.252-2.879	0.796
Μένω μόνος/η ή με συγκατοίκους σε σπίτι	1.332	0.524-3.381	0.547	0.722	0.345-1.512	0.388
Μέθη το τελευταίο έτος (1+)						
Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου	1.00			1.00		
Μένω στην εστία	1.023	0.149-7.033	0.982	1.418	0.527-3.815	0.489

<i>Μένω μόνος/η ή με συγγάτοικους σε σπίτι</i>	2.295	1.105-4.769	0.026	1.351	0.739-2.471	0.328
Μέθη γενικά στο παρελθόν (1+)						
<i>Συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου</i>	1.00			1.00		
<i>Μένω στην εστία</i>	1.976	0.278-14.035	0.496	1.079	0.386-3.017	0.884
<i>Μένω μόνος/η ή με συγγάτοικους σε σπίτι</i>	2.774	1.328-5.794	0.007	1.617	0.872-3.001	0.127

Επίσης, οι φοιτητές που μένουν στις εστίες, έχουν 85% λιγότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό σε σχέση με αυτούς που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους. Σε σχέση με την κατάχρηση αλκοόλ, παρατηρούμε ότι οι φοιτητές που μένουν μόνοι ή με συγγάτοικο, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μεθύσει το τελευταίο έτος σε αντίθεση με αυτούς που συνεχίζουν να μένουν με την οικογένεια τους. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι φοιτητές που μένουν μόνοι έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μεθύσει γενικά στο παρελθόν σε σχέση με αυτούς που συνεχίζουν να μένουν με τους γονείς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η ύπαρξη τριών συμπεριφορών κινδύνου σε δείγμα 727 φοιτητών στο ΤΕΙ Κρήτης. Οι συμπεριφορές υγείας ήταν το κάπνισμα, το αλκοόλ και οι σεξουαλικές συμπεριφορές. Παρακάτω θα αξιολογήσουμε τις συμπεριφορές της μελέτης μας και θα κάνουμε μια μικρή σύγκριση με αποτελέσματα άλλων μελετών.

Οι φοιτητές όπου μένουν στην εστία αντιστοιχούν στο 31% σε αντίθεση με τις φοιτήτριες οι οποίες ήταν 7,4%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι οικογένειες των φοιτητών-τριών ήταν κυρίως πυρηνικές/εκτεταμένες και αποτελούσαν το 82,8% του συνόλου και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν Έλληνες. Τέλος όσον αναφορά την εκπαίδευση των γονέων των φοιτητών-τριών έχουν τελειώσει το γυμνάσιο, λύκειο ή κάποια τεχνική σχολή. Είναι σημαντικό να έχει μορφωθεί κάποιος άνθρωπος διότι σύμφωνα με τις Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά (2011) τον χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων αποτελεί εμπόδιο στην ενημέρωση και στην καθοδήγηση των νέων. Αντίθετα, οι Patseadou et al. (2010) αναφέρουν ότι οι μητέρες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρείχαν καλύτερη ποιοτικά ενημέρωση σε σχέση με τις πιο μορφωμένες.

Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, τις τελευταίες δεκαετίες η κατάχρηση καπνού και αλκοόλης αποτελεί το πιο συνηθισμένο συνδυασμό ουσιών, στον οποίο εθίζονται οι νεαροί ενήλικες, ανεξαρτήτως φύλου (Πολυκανδριώτη και συν. 2009). Σύμφωνα με την συγκεκριμένη εργασία, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αναφορά το κάπνισμα ανάμεσα στους φοιτητές-τριες. Με βάση άλλες ελληνικές μελέτες, ούτε εκεί παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Το θετικό όμως όλης αυτής της κατάστασης ήταν ότι το κάπνισμα αναγνωρίστηκε από τους καπνιστές ως μία από τις πιο αρνητικές συμπεριφορές υγείας και πολλοί ανέφεραν προσπάθειες διακοπής του για λόγους υγείας και οικονομίας, συχνά όμως ήταν ανεπιτυχείς. Στη μελέτη των Vitzthum et al., όπου το ένα τρίτο των φοιτητών/καπνιστών είχε προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα 2-5 φορές, ως συχνές αιτίες για τις προσπάθειες διακοπής του ανέφεραν το φόβο για τις συνέπειες, το οικονομικό κόστος και την ανησυχία για πιθανή εξάρτηση,

ενώ οι παραινήσεις από άλλους και τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας θεωρούνταν λιγότερο σημαντικά.

Παράλληλα, όσο αφορά το κάπνισμα και στα δικά μας αποτελέσματα παρατηρούμε ότι φοιτητές και φοιτήτριες καπνίζουν σχεδόν στα ίδια ποσοστά. Αναμφισβήτητα και σε άλλη έρευνα «*Κάπνισμα και κατανάλωση οιοπνευμάτων σε προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής*» παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά καπνιστών τόσο σε φοιτητές όσο και σε φοιτήτριες δηλώνοντας ότι το 47% ήταν ήδη ενεργοί καπνιστές ενώ το 30% των καπνιστών είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα από τα 16 τους (Alexoroulos et al. 2010). Συγκεκριμένα πρέπει να αναφέρουμε ότι στη μελέτη των (Mammas et al. 2003) σε πληθυσμό που αφορούσε φοιτητές παρατηρήθηκε περίπου τα ίδια ποσοστά καπνιστών σε άνδρες και σε γυναίκες. Ωστόσο σημαντική είναι έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές νοσηλευτικής και βρέθηκε ότι το 36,8% καπνίζει συστηματικά και οι περισσότεροι από αυτούς δεν επιθυμούν να το σταματήσουν, τονίζοντας ότι δεν είναι λίγοι από αυτούς που ξεκίνησαν να καπνίζουν όταν άρχισαν και τα φοιτητικά τους χρόνια (Διομήδους και συν. 2007).

Άλλη μια σημαντική κατηγορία στην έρευνά μας είναι το αλκοόλ και αυτό που μας αφορά περισσότερο είναι η μέθη για το τελευταίο έτος γιατί υπάρχει μια σημαντική διαφορά με τους φοιτητές (62%) να ξεπερνούν τις φοιτήτριες (53,3%) σε αντίθεση με τη μέθη γενικά στο παρελθόν όπου η διαφορά δεν είναι και τόσο μεγάλη. Σε έρευνες που έγιναν των Mammas et al. (2003) το 77,2% του πληθυσμού κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με το 58% που ήταν γυναίκες.

Με την έναρξη της μελέτης παρατηρήθηκε ότι υπήρχε μεγάλη στατιστική διαφορά όσο αφορά τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους καθώς οι φοιτητές είχαν περισσότερους ερωτικούς συντρόφους από τις φοιτήτριες. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές αντιστοιχούσαν στο 54,2% σε αντίθεση με τις φοιτήτριες οι οποίες αντιστοιχούσαν στο 39,6%. Η μη χρήση του προφυλακτικού για το τελευταίο έτος φαίνεται ότι τα ποσοστά σε φοιτητές και φοιτήτριες είναι περίπου το ίδιο και αυτό μπορούμε να το συγκρίνουμε και με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την ερευνητική εργασία «*Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα οι φοιτητές υγειονομικών σχολών γνωρίζουν περισσότερα;*» διαπιστώνουμε ότι στο ΑΕΙ της Αθήνας το 51% των αρρένων φοιτητών δεν

χρησιμοποίησε προφυλακτικό ή ακόμα αν χρησιμοποίησε ήταν με ασυνέπεια με περιστασιακούς συντρόφους (Sarafidou et al. 1994).

Σε άλλη έρευνα σε ΑΕΙ και ΤΕΙ της βόρειας Ελλάδας παρατηρήθηκαν επίσης υψηλά ποσοστά των νέων στη μη χρήση προφυλακτικού, συγκεκριμένα 51% για τους άνδρες και 73% για τις γυναίκες, ωστόσο βασικό κριτήριο για να προληφθεί η σεξουαλική συμπεριφορά είναι η γνώση γιατί με αυτή υιοθετούμε ασφαλείς τρόπους για την υγιεινή συμπεριφορά (Χατζημιχαηλίδου και συν. 2010). Σύμφωνα με έρευνα που αφορούσε στη σχέση των φοιτητών (έναντι των φοιτητριών) με τρεις ή περισσότερες ερωτικές συντρόφους εκτός από το φύλο, παράγοντες που σχετίζονταν με αυξημένο αριθμό ερωτικών συντρόφων ήταν η μικρή ηλικία πρόωρης σεξουαλικής επαφής και η μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων (Κωνσταντινίδης και συν. 2012).

Αντίστοιχα, στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι παράγοντες όπως η διαφορά ηλικίας με τους ερωτικούς συντρόφους, η ηλικία πρόωρης σεξουαλικής επαφής, τα κοινωνικό-δημογραφικά όπως το φύλο και η εθνικότητα, οι σεξουαλικές τους προτιμήσεις όπως η ομοφυλοφιλία, η χρήση ουσιών και το επίπεδο γνώσης επηρεάζουν τον αριθμό των συντρόφων. Ωστόσο ενδέχεται η σεξουαλική πράξη να οφείλεται σε αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και άλλων ουσιών (Κωνσταντινίδης και συν. 2012). Επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος της αγωγής υγείας με την ευαισθητοποίηση των νεαρών ενηλίκων που έχουν αναπτύξει συμπεριφορές διακινδύνευσης, την παροχή γνώσεων που θα τους επιτρέψει να δράσουν σωστά, την αλλαγή των πεποιθήσεων και των στάσεων ώστε να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους (Τούντας 2000).

Παράλληλα, είναι αξιοσημείωτο να παραθέσουμε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Γεωπονικό Πανεπιστήμιο της Αθήνας και διερευνάει τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών ανάλογα με τον τόπο διαμονής του, αν δηλαδή διαμένουν μόνοι ή συνεχίζουν να διαμένουν με τους γονείς τους. Συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε ότι οι φοιτητές που διέμεναν μόνοι τους ανέπτυξαν περισσότερες ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, από τους φοιτητές που διέμεναν με τους γονείς τους, καθώς οι πρώτοι απέκτησαν την ευθύνη της προετοιμασίας και της αγοράς των γευμάτων τους (Papadaki et al. 2007).

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του επιπολασμού μιας συμπεριφοράς θα πρέπει να στοχεύουν και στην μείωση επιπολασμού και άλλων

συμπεριφορών που μπορεί να εμφανιστούν αργότερα ή να έχουν προηγηθεί ή και να συνυπάρχουν όπως συχνά συμβαίνει σύμφωνα με μελέτες (Ψαρού 2015). Τα προγράμματα πρόληψης είναι απαραίτητο να εστιαστούν σε ηλικίες μικρότερες από την εφηβική με αρωγούς την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς, αλλά σίγουρα, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματά μας, η προσπάθεια χρειάζεται να συνεχιστεί και σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Ψαρού 2015).

Περιορισμοί μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να προσφέρει πολύτιμα στοιχεία στο αντικείμενο που μελετάει αλλά έχει ορισμένους περιορισμούς που οφείλουν να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και έτσι σε ορισμένες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών υγείας, να υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης συστηματικού σφάλματος ανάκλησης (recall bias). Παράλληλα, υπάρχει το ενδεχόμενο οι φοιτητές να απαντούν σκοπίμως σωστά, χωρίς όμως αυτές οι απαντήσεις να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές τους συμπεριφορές (social desirability bias). Ο περιορισμός αυτός είναι αναπόσπαστος με τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και συναντάται στο σύνολο των σχετικών μελετών.

Στην έρευνα το δείγμα δε θεωρείται αντιπροσωπευτικό του φοιτητικού πληθυσμού με αποτέλεσμα να τίθενται θέματα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Στην συγκεκριμένη έρευνα το σημαντικό είναι πως οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης έχουν εισαχθεί μέσω Πανελλήνιων εξετάσεων και τα μόριά τους καθόρισαν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων την εισαγωγή τους. Αυτό φαίνεται στο ότι προέρχονται από όλη την Ελλάδα αλλά και όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα, στο ότι έμεναν τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές και στο ότι η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι αντιπροσωπευτική του συνόλου της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έχει παρατηρηθεί ότι οι παράγοντες που βλάπτουν την υγεία των νεαρών ενηλίκων και η γνώση που διαθέτουν γύρω από αυτούς είναι απογοητευτική και μας δείχνει τη σημασία του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό παρεμβάσεων αποτελεσματικής φύσεως (Steptoe et al. 2002, Dodd et al. 2010). Μια μελέτη στην Ευρώπη για την υγεία των εφήβων είναι η Health Behavior in School-aged Children (HBSC) που διεξάγεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κάθε τέσσερα χρόνια από το 1993. Συγκεκριμένα, διερευνάει και αποσκοπεί να κατανοήσει βασικές πτυχές του τρόπου ζωής, της διατροφής, άσκησης, επικοινωνίας, συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε ηλικίες από 11-15 ετών (Currie et al. 2008). Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, στην Αυστραλία, και στις ΗΠΑ έχει αναγνωριστεί η αναγκαιότητα της πρόληψης σε αυτή την ομάδα πληθυσμού και υπάρχει σχεδιασμός και συγκεκριμένη στρατηγική. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν έρευνες Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) που πραγματοποιούνται ανά 2ετία σε νεαρούς πληθυσμούς (13-18 ετών), με στόχο την καταγραφή του επιπολασμού συμπεριφορών που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία τους. Οι έρευνες αυτές διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στον σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας (Brener et al. 2004).

Όσον αφορά την Ελλάδα, δεν υπάρχει η δυνατότητα της αποτύπωσης των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου των εφήβων και των νέων λόγω ελλιπών στατιστικών στοιχείων. Σημαντική πηγή πληροφόρησης δίνεται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), με την έρευνα που πραγματοποιεί. Από το 1990 συμμετέχει σε δυο μεγάλες διεθνείς επιδημιολογικές έρευνες, τη μελέτη HBSC, στην οποία συμμετέχει η Ελλάδα από το 1997 και την «Ευρωπαϊκή Έρευνα σε Σχολικό Πληθυσμό σχετική με Ναρκωτικά και Αλκοόλ» (ESPAD) με συντονιστές το σουηδικό συμβούλιο και την ομάδα Rompidou του συμβουλίου της Ευρώπης (Hibell et al. 2011).

Βασικό κλειδί για την προσέγγιση στα θέματα υγείας και στην ανάπτυξη των ανάλογων παρεμβάσεων αποτελούν οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες. Είναι σημαντικό να προωθείται η καλή υγεία του πληθυσμού και να

λαμβάνεται υπόψιν από τις υπηρεσίες υγείας, διότι αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία του πληθυσμού. Η κατάλληλη στρατηγική πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης, αλλαγή νομοθεσίας αλλά και άλλους παράγοντες προκειμένου να εξασφαλίσει το μέγιστο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008), γίνεται προσπάθεια του περιορισμού των παραγόντων κινδύνου με τις εξής δράσεις:

- Πρόληψη για την παχυσαρκία, το κάπνισμα, την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας σε παιδιά και νέους.
- Ενημέρωση των νέων για την αξία της φυσικής δραστηριότητας.
- Εκστρατεία πληροφόρησης και αγωγής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη, όχι μόνο σε μικρότερες ηλικίες αλλά και κατά τη διάρκεια προπτυχιακών σπουδών, πριν οι αναφερόμενες συμπεριφορές υιοθετηθούν ως μόνιμες στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Μελλοντικές μελέτες οφείλουν να εστιάσουν στην κατανόηση των μηχανισμών υιοθέτησης ανθυγιεινών προτύπων συμπεριφοράς. Έτσι, είναι υψηλής προτεραιότητας η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας σε τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα. Στην Ελλάδα δεν καταγράφονται συστηματικά ανάλογες δράσεις, ενώ η εστιασμένη παρέμβαση σε φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας θα προσφέρει πολλαπλά οφέλη, όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και στον ευρύτερο περίγυρο όταν θα γίνει η ένταξη τους στο σύστημα υγείας (Κωνσταντινίδης και συν. 2014).

7.1 Κάπνισμα-διατροφή-φυσική δραστηριότητα

Η πρόληψη είναι σημαντικότερη και πιο αποτελεσματική από την θεραπεία. Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να απευθύνονται κυρίως στις μικρές ηλικίες, ώστε να διαμορφώνουν εγκαίρως θετικές και ορθές αντιλήψεις στα ζητήματα της υγείας. Όσον αφορά το κάπνισμα, η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με αυτή τη συνήθεια εμφανίζει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατών μέτρων για την ελάττωση του καπνίσματος όπως ο έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων, ο περιορισμός επικίνδυνων ουσιών στον καπνό, οι προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη, η

απαγόρευση των πωλήσεων σε νεαρά άτομα, οι απαγορεύσεις για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους και τόπους εργασίας και η υποχρεωτική αγωγή υγείας για το κάπνισμα (Τριχόπουλος και Τριχοπούλου 1986)

Τα προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στοχεύουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων γνωστικών και κοινωνικών, στη διαχείριση του στρες, στην αντιμετώπιση της κοινωνικής πίεσης και στην αποτελεσματική πληροφόρηση. Η συνήθεια του καπνίσματος μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια ειδικών με ένα ευρύ φάσμα τεχνικών, όπως: ο αυτοέλεγχος, η συστηματική απευαισθητοποίηση, αποστροφικές τεχνικές, ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Σίγουρα η διακοπή της συνήθειας είναι δύσκολη και γενικά το 50% έως 80% όσων διακόπτουν το κάπνισμα, ξαναρχίζουν μέσα σε διάστημα ενός έτους. Μεγαλύτερη επιτυχία φαίνεται να παρουσιάζουν όσοι είναι περισσότερο αποφασισμένοι, όσοι είχαν λιγότερα συμπτώματα «απόσυρσης» της νικοτίνης (π.χ. ανησυχία, ένταση), όσοι είχαν ισχυρό κίνητρο για διακοπή (π.χ. νόμος, κανονισμός εταιρείας, παιδί στο σπίτι) και όσοι είναι πρόθυμοι να προσπαθήσουν ξανά, εάν δεν τα καταφέρουν με την πρώτη φορά. Είναι σημαντικό επιπλέον, να υπάρχει κοινωνική υποστήριξη για συνέχιση της προσπάθειας και να παρακολουθείται η πιθανή αύξηση βάρους (Ευγενίου και συν. 2008).

Ο εντοπισμός των νεαρών ενηλίκων για συμπεριφορές διακινδύνευσης είναι σημαντικός και χρειάζεται λεπτούς χειρισμούς. Επειδή συνήθως οι προσπάθειες παρέμβασης με στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι οικονομικά δαπανηρές, απαιτείται συντονισμένη και αποτελεσματική πολιτική πρόληψης. Τα προγράμματα πρόληψης είναι απαραίτητο να εστιάσουν σε ηλικίες μικρότερες από την εφηβική με αρωγούς την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς αλλά όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματά μας, η προσπάθεια πρέπει να συνεχιστεί και σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, αν ξεκινήσουμε από τον ρόλο των γονέων, είναι βασικό να τονίσουμε ότι καλό θα ήταν να αποτελούν οι ίδιοι προσωπικό παράδειγμα των υγιεινών συμπεριφορών υγείας, μιας και πολλά παιδιά θεωρούν τους γονείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, πρότυπα μύησης συμπεριφορών. Από την άλλη, είναι σπουδαίο να ενισχύουν από μικρή ηλικία την αυτοεκτίμηση των εφήβων και να στρέφουν την προσοχή τους σε εποικοδομητικές δραστηριότητες όπως τα χόμπι και ο αθλητισμός.

Στη συνέχεια, καλό θα ήταν να πραγματοποιηθεί ένταξη από το Δημοτικό έως και τα ΑΕΙ, μαθημάτων αγωγής υγείας σχετικών με τα θέματα της σωστής διατροφής, με την αναγκαιότητα της φυσικής δραστηριότητας και με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, ενώ να επισημαίνονται οι παράγοντες κινδύνου για πρόκληση χρόνιων ασθενειών. Ακόμη, σημαντικός είναι ο έγκαιρος εντοπισμός των νεαρών ενηλίκων που έχουν υιοθετήσει την συνήθεια του καπνίσματος και παροχή ειδικής βοήθειας και συμβουλευτικής μέσα στον χώρο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ κ.ά.) με τη δημιουργία συμβουλευτικού σταθμού επανδρωμένο με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους) προς το θέμα της ψυχολογικής υποστήριξης για απεξάρτηση και ψυχολογική ενθάρρυνση των φοιτητών. Επίσης, θα μπορούσε να δημιουργηθεί από τους ίδιους τους φοιτητές των σχολών υγείας και πρόνοιας μια εθελοντική ομάδα, όπου μέσα σε αυτή θα αλληλοεπιδρούσαν οι ίδιοι οι φοιτητές και με την κατάλληλη καθοδήγηση από τους εκπαιδευτικούς να μπορούσαν να βοηθήσουν τους συμφοιτητές τους. Πέρα από τη σπουδαία τους βοήθεια, θα προετοιμάζονταν και θα εκπαιδευόνταν για να γίνουν σωστοί επαγγελματίες υγείας στη μετέπειτα τους πορεία και εξέλιξη.

Αξιοσημείωτο είναι και το θέμα της ύπαρξης δωρεάν γυμναστηρίων στα τριτοβάθμια ιδρύματα με κατάλληλα προγράμματα άθλησης καθώς και τη δημιουργία ομαδικών αθλημάτων για τις ελεύθερες ώρες των φοιτητών. Έτσι, θα επιτυγχάνεται η ενασχόληση των φοιτητών με συνήθειες παραγωγικές και ωφέλιμες για την υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική. Παράλληλα, σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για σωστές συμπεριφορές υγείας.

7.2 Αλκοόλ

Παρόλο που ο επιπολασμός για την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα εκτιμάται σε υψηλό ποσοστό όσον αναφορά τον φοιτητικό πληθυσμό δεν έχει καταγραφεί καμία συντονισμένη προσπάθεια προσέγγισης και επίλυσης του προβλήματος σε σχέση με άλλες χώρες (Παντσίδης και συν. 2012). Άλλωστε όπως φαίνεται και από τις προσπάθειες σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ, δεν μπορεί να υπάρξει κανένα θετικό αποτέλεσμα σε αυτόν τον τομέα, παρά μόνο αν γίνει προσπάθεια σε ατομικό πρώτα επίπεδο, κοινωνικό, καθώς και επίπεδο στην φοιτητική κοινότητα (NIAAA 2007, NIAAA 2013).

Όσον αναφορά τα παραπάνω επίπεδα θα μπορούσαν να γίνουν οι εξής προσπάθειες. Καταρχήν, βασικό είναι ο εντοπισμός των φοιτητών που έχουν αναπτύξει εξάρτηση από το αλκοόλ και η αντιμετώπιση της. Είναι σημαντικό οι κοινωνικές υπηρεσίες του πανεπιστημίου να εντοπίσουν τους φοιτητές που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για συμπεριφορές χρήσης αλκοόλ. Αυτό θα επιτευχθεί με την χρήση κατάλληλων διαγνωστικών μεθόδων και βάσει παραγόντων κινδύνου. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι η συμμετοχή των γονέων των φοιτητών οι οποίοι εμφανίζουν προβλήματα καταχρηστικής συμπεριφοράς ώστε με την συμμετοχή τους να συμβάλλουν στη θεραπεία τους (NIAAA 2002, NIAAA 2007). Ένα νεαρό άτομο ή φοιτητής το οποίο θέλει να απεξαρτηθεί ή από την αρχή να μην εξαρτηθεί από αυτό, μπορεί να βάλει καινούρια ενδιαφέροντα στη ζωή του ώστε να του αποσπάσουν την προσοχή από το αλκοόλ, όπως η ενασχόληση του με τον αθλητισμό, να πηγαίνει εκδρομές με φίλους ή συλλόγους, η ενασχόληση με κάποιο χόμπι που θα αποσπούν το μυαλό του από αυτό. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι παρέες και τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεται ο φοιτητής. Αν αυτοί οι φοιτητές-άτομα συχνάζουν σε μπαρ και ταβέρνες είναι πολύ πιθανή η επαφή του φοιτητή με το αλκοόλ και πολύ δύσκολα θα μπορέσει να αντισταθεί σε αυτό. Η μη κατάχρηση του, βασίζεται στο δυναμισμό του φοιτητή να απορρίψει τα άτομα και τις παρέες αυτές.

Έχει παρατηρηθεί, ότι σ' αυτά τα άτομα πολλές φορές επιδράει πάνω τους στερητικό σύνδρομο από το αλκοόλ. Για την αντιμετώπιση αυτού του συνδρόμου, είναι απαραίτητο ο φοιτητής-άτομο να έχει ισχυρή θέληση να απεξαρτηθεί από το αλκοόλ και να απασχολήσει το μυαλό του, όσο επιδράει σε αυτόν το εν λόγω σύνδρομο, διαβάζοντας βιβλία ή βλέποντας ταινίες, ώστε να ξεχνιέται. Επιπρόσθετα, σε αυτά τα άτομα, λόγω του ότι το μυαλό τους βρίσκεται συνέχεια στην κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών, είναι απαραίτητο να ασχολούνται με άλλα θέματα όπως η πολιτική ή το ποδόσφαιρο ή με άλλες ασχολίες που τον ευχαριστούν και αποσπούν την προσοχή του. Επίσης, όσον αναφορά τις στρατηγικές που στοχεύουν στην φοιτητική κοινότητα, είναι απαραίτητο η παροχή πληροφοριών και κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το αλκοόλ κατά την διάρκεια του ακαδημαϊκών μαθημάτων. Το πανεπιστήμιο καλό θα ήταν να προωθεί την διασκέδαση χωρίς αλκοόλ καθώς είναι καλό μέσω ειδικών προγραμμάτων να ενημερώνει τους πρωτοετείς φοιτητές κατά την διάρκεια των εγγραφών τους σχετικά με την χρήση αλκοόλ (NIAAA 2002, NIAAA 2007).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι η αποδοχή της εξάρτησης του αλκοόλ από το φοιτητή-άτομο παίζει σημαντικό ρόλο. Το άτομο πρέπει να αποδεχτεί την αρρώστια του και να απευθυνθεί σε ειδικά κέντρα απεξάρτησης και κλινικές με εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα τους παράσχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση και την σταδιακή επίλυση του προβλήματος. Ο φόβος του κοινωνικού περίγυρου και η μη αποδοχή του προβλήματος από το φοιτητή-άτομο αποτρέπουν τα άτομα να επισκεφθούν τέτοιου είδους κλινικές. Επιπρόσθετα, καλό θα ήταν να πραγματοποιηθούν συντονισμένα και ευθυγραμμισμένα προγράμματα, αλλάζοντας τη συλλογική, παρά την ατομική συμπεριφορά σε τοπικό επίπεδο, στην εκπαίδευση, στο χώρο εργασίας και στην κοινότητα (W.H.O. 2011). Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο. Η σωστή ανατροφή του ατόμου από την παιδική ηλικία θα το αποτρέψει από την κατάχρηση αλκοόλ. Ωστόσο, ακόμα και αν ο φοιτητής δεν καταφέρει να κρατηθεί μακριά από το αλκοόλ, η οικογένεια με την στήριξη, συμβουλές και ενέργειες της, θα μπορέσει να βοηθήσει το άτομο.

Τέλος, η θέσπιση αυστηρότερης νομοθεσίας, η διενέργεια τακτικών ελέγχων για το αν τα καταστήματα τηρούν την νομοθεσία για τη μη χορήγηση αλκοόλ σε φοιτητές-άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών, οι συχνότεροι έλεγχοι της ποιότητας του προσφερόμενου αλκοόλ και η επιβολή μεγαλύτερης φορολογίας σε αυτό, ώστε να αυξηθεί η τιμή του, θα έχει ως αποτέλεσμα να καταστεί ασύμφορη η αγορά του με τα λίγα χρήματα που διαθέτουν οι φοιτητές, είναι κάποια από τα μέτρα που θα αποτρέψουν την κατανάλωση του αλκοόλ από τους φοιτητές καθώς και την εξάρτησή τους από αυτό.

7.3 Σεξουαλικές Συμπεριφορές

Η Φοιτητική Ζωή για τους νέους αποτελεί μια διαδικασία μετάβασης στην ενηλικίωση. Με αυτό τον τρόπο οι φοιτητές οδηγούνται σε ένα νέο τρόπο ζωής με την εκτέλεση νέων δραστηριοτήτων. Ωστόσο πολλοί από αυτούς επιδίδονται σε λάθος και επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία τους και τη ζωή τους. Όπως όλοι γνωρίζουν στη ζωή κυριαρχούν πολλοί κίνδυνοι και οι περισσότεροι στην ενηλικίωση - εφηβεία. Οι νέοι κατά την φοιτητική ζωή αλλάζουν αρκετά τη συμπεριφορά τους καθώς αποκτούν νέες υποχρεώσεις και καθήκοντα για τη σχολή τους αλλά και για την ίδια τη ζωή τους. Βέβαια

άλλες από αυτές είναι «υγιείς» και άλλες επικίνδυνες (Ψαρρού 2015). Το σπουδαιότερο όμως είναι η προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς των νέων με σωστό τρόπο. Για αυτό το λόγο από μικρή ηλικία ως και την εισαγωγή τους στη τριτοβάθμια εκπαίδευση θα ήταν καλό να μαθαίνουν σωστές συμπεριφορές υγείας.

Αρχικά σημαντικό θα ήταν να γίνει μια εισαγωγή του μαθήματος «Αγωγής Υγείας» σε μικρές αλλά και σε πιο μεγάλες τάξεις του σχολείου ως ΑΕΙ και ΤΕΙ με αυτό τον τρόπο να μάθουν οι νέοι για τη σεξουαλική επαφή και τους σωστούς τρόπους προφύλαξης ώστε να πάρουν τις βάσεις από μικρή ηλικία. Κατά δεύτερον απαραίτητη είναι η δημιουργία ειδικών περιπτέρων (stand) με προφυλακτικά κοντά στις εστίες που διαμένουν οι φοιτητές ώστε να μπορούν να πάρουν όποια στιγμή θέλουν χωρίς να ντρέπονται μήπως τους κακολογήσουν. Παράλληλα θα μπορούσαν να γίνονται Δράσεις μέσω του ΤΕΙ και κυρίως από το τμήμα της Νοσηλευτικής ώστε να υπάρχει συχνή ενημέρωση για τη σεξουαλική επαφή, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τα προβλήματα που δημιουργούν εάν οι νέοι δεν είναι προσεκτικοί. Είναι απαραίτητο να μεταδώσουν στους νέους τη σωστή χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Όσο αφορά τους γονείς θα πρέπει να γίνετε ενημέρωση για τα σεξουαλικά θέματα ώστε να έχουν σωστές γνώσεις και πληροφορίες σε τυχόν ερωτήσεις που θα τεθούν από παιδιά τους. Με τον τρόπο θα αποκτήσουν σωστή διαπαιδαγώγηση. Προφορικές οδηγίες για τα σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ), την επικινδυνότητα, τους τον τρόπο με τον οποίο μεταδίδονται και τα μέτρα που θα πρέπει να προφυλάσσονται οι νέοι μετά από τις γνωριμίες που κάνουν με καινούργια άτομα. Τέλος και πάλι σημαντικό θα ήταν να τονιστεί και ο συχνός εργαστηριακός έλεγχος όπως απλές εξετάσεις αίματος για προληπτικούς λόγους.

Βιβλιογραφία

- Agrafiotis D., Ioannidi E., Pantzou P., Gardellis C., Stylianou I., Konstandinidis R. (1990) "Knowledge, attitudes, beliefs and practices in relation to HIV infection and AIDS, the case of the city of Athens", WHO Report. Athens, Greece.
- Agrafiotis D., Pantzou P., Ioannidis E., Doumas A. (1990) "Knowledge, attitudes, beliefs and practices of young people", WHO GPA report +
- Ahlstrom S., Bloomfield K., Knibbe R. (2001) "Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings", Substance Abuse. 22: 69-85.
- Ahlstrom S.K., Osterberg E.L. (2005) "International Perspectives on Adolescent and Young Adult Drinking", Alcohol Research & Health. 2005, 28: 258-268.
- Alexopoulos C.E., Jelastopulu E., Aronis K., Doungeris D. (2010) "Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students". Environmental Health and Preventive Medicine. 15:115-120.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington D.C.: the Association.
- Andersson B., Hibell B., Beck F. (2007) "Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students", Data from the ESPAD Project. Stockholm.
- Arvanitidou M., Tirodimos I., Kyriakidis I. et al. (2007) "Decreasing Prevalence of Alcohol Consumption Among Greek Adolescents". The American Journal of Drugs and alcohol Abuse, 33: 411-417.
- Black M. (2000) Breaking the Silence, growing up alone: HIV/AIDS a global emergency. UNICEF
- Bloomfield K., Stockwell T., Gmel G. et al. (2003) "International Comparisons of Alcohol Consumption", Alcohol Research & Health, 27: 95-109.
- Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. (2005) "Adolescents and Risk Behavior, Functions and Protective Factors", Italy: Springer
- Brener ND., Kann L., Kinchen SA., Grunbaum JA., Whalen L., Eaton D., Hawkins J, Ross Jg. (2004) Methodology of the Youth risk Behavior Surveillance System", MMWR Recomm Rep: 53:1-13.
- Breuner CC. (2005). Natural contraception. Adolescent Medicine Clinics 16, 3 :603- 616.

- Britton A., E. Nolte, I.R White et al. (2003) "A comparison of the alcohol- attributable mortality in four European countries", *European Journal of Epidemiology*. 18: 643-651.
- Brook JS., Adams RE., Balka EB., Johnson E. (2002). "Early adolescent marijuana use: Risks for the transition to young adulthood", *Psychol Med*, 32:79–91.
- Creatsas G., Hassan E., (1998) "Education and abolescent sexual behavior". *Contraceptive choises and Realites*
- Crofton WJ., Freour PP., Tessier JF. (1994) "Medical education in tobacco: implication of a worldwide survey Tobacco and Health Committee of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease", *UATLD Medical Education* 28(3): 187-96.
- Currie C., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T., Richter M., (2008) "Researching health inequalities in adolescents: the developments of the HBSC Family Affluence Scale", *Social Science and Medicine* 66 (6): 1429-1436.
- Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O.R.F. and Barnekow V. (2012) "Social Dteretminants of health and well – being among young people. Health Behavior in School- aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey", WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Danaei G., Vander Horn S., Lopez AD., Murray CJ., Ezzati M. (2005) "Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors", *Lancet* 19:366.
- Diamond I. (1992) *Alcoholism and Alcohol Abuse*", Chapter 14 in *Cecil Textbook of Medicine*, 19th edition, W.B Saunders Company.
- Dodd L.J., Al-Nakeeb Y., Nevill A., Forshaw M.J. (2010) "Lifestyle risk factors of students: A cluster amalytical approach", *Preventive Medicine*, 51: 73-77.
- Donadiki EM., Jimenez-Garcia R., Velonakis EG., Hernandez-Barrera V., Sourtzi P., Lopez de Andres A., Jimenez-Trujillo I., Pino CG., Carrasco-Garrido P. (2013) "Factors related to contraceptive methods among female higher education students in Greece", *Journal Pediatric Adolescence Gynecology*, 26(6):334-9.
- Dubois-Arber F, Spencer B. (1998) "Condom use, sexual behavior and HIV/AIDS in Europe, London, UK. Education students in Greece", *Journal Pediatric Adolescence Gynecology*, 26 (6) : 334-9

- Fowler T., Lifford K, Shelton K., Rice F, Thapar A., Neal M et al. (2007) "Exploring the relationship between and genetic influences on initiation and progression of substance use", 102:413–422.
- Gardner A.W. (2007) "Charter Consulting", Inc, Point of view
- Grunbaum JA., Kann L., Kinchen S., Ross J., Hawkins I., Lowry R., Harris WA., McManus T., Chyen D., Collins J. (2003) "Youth risk behavior surveillance-United States", Surveillance summaries, 53:1-96.
- Guidelines for the use of antiviral agents in HIV- infected adults and adolescents (2002)
The Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection.
- Guilleband J. (1994) The pill. Oxford : Oxford: Oxford University Press.
- Gupta PC., Ray C. Tobacco (2007) Education and health", Indian J Med Res 126:289–299.
- Hasin D.S., Grant B., Endicott J. (1990). "The natural history of alcohol abuse: Implications for definitions of alcohol use disorders", American Journal of Psychiatry. 147: 1537-1541.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et al. (2012)
The 2011 ESPAD Report. "Substance Use Among Students in 36 European Countries", Stockholm: The Swedish Council for information on Alcohol and other Drugs, The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Pompidou Group.
- Hu FB., Manson JE., Liu S., T., Stamfer MJ., Colditz G., Solomon CG., Willett WC (2001)
"Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women, N Engl", Journal of Medicine. 345(11):790-797.
- Jarvis M.J., Wardle J. (2006) "Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking", In Marmot M and Wilkinson RD (eds), Social Determinants of Health, Oxford University Press, Oxford.
- Kalliopolitis G., Stefanidis K., Loutradis D., Miligos S., Mixalas S., (2003) "Knowledge, attitude and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece", Psychosom obstet Gynaecol. 24: 145-151.
- Keller M. & Doria J. (1991) "On defining alcoholism", Alcohol Health & Research World. 15: 253-259.
- Keller S., Maddock JE., Hannover W., Thyrian JR., Basler HD. (2008) "Multiple health risk behaviors in Germany first year university students", Preventive Medicine 46(3): 180-195.

- Kokkevi A., Loukadakis M., Plagianakou S., Politikou K., & Stefanis C. (2000) "Sharp increase in illicit drug use in Greece: Trends from a general population survey on licit drug use", *European Addiction Research*, 6, pp.429.
- Kordoutis Ps., Loumakou M., Sarafidou Jo. (2000) "Heterosexual relationship characteristics, condom use and safe sex", *AIDS Care*. 12:767-782
- Kritsotakis G, Gamarnikow E. (2004) "What is social capital and how does it relate to health?", *International Journal of Nursing Studies*, 41(1):43-50.
- Kritsotakis G., Psarrou M., Vassilaki M., Androulaki Z. & Philalithis A.E. (2016) Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults", *Journal of Advanced Nursing* 72(9), 2098–2113. doi: 10.1111/jan.12981
- Kummar P. & Clark M. (2004) "Alcohol measure and dependence", Chapter 21 in Kummar & Clark *Clinical Medicine*, 5th edition. Saunders, Elsevier Limited.
- Kurpas D., Jasinska A., Wojatal M., Sochlcka L., Sen M. (2007) "Tobacco smoking amongst students in the Medical faculty of Wroclaw Medical University", *Przegl Lek journal*, 64(10): 795-6.
- Kyrlesi A., Soteriades E.S., Warren CW., Kremastinou J., Papastergiou P., Jones N,R., Hadjichistodoulou Ch. (2007) "Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project", *BMC Public Health*, 7:3.
- Lorant V., Nicaise P., Soto V. & D'Hoore W. (2013) "Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles", *BMC Public Health* 28;13:615.
- Lund KE., Tefre EM., Amundsen A., Nordlund S. (2008) "Cigarette smoking, use of snuff and other risk behavior among students", *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(16):1808-11.
- Mammas I.N., G.K. Bertias, M. Linardakis et al. (2003) "Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece", *European Journal of Public Health*, 2003, 13: 278-282.
- Molina AJ., Fernandez T., Fernandez D., Delgado M., de Abajo S., Martin V. (2012) "Knowledge, attitudes and beliefs about tobacco use after an educative intervention in health sciences' students", *Nurse Educ Today*, 32:862-867.
- National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA (2002). "A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges", Available at: <http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/TaskForceReport.pdf> [accessed: 12/12/2014].

- National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism-NIAAA. (2007) "What Colleges Need to Know Now-An Update on College Drinking Research", http://www.collegedrinkingprevention.gov/1college_bulletin-508_361C4E.pdf [accessed: 15/12/2014].
- National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism-NIAAA. (2013) "Fact Sheet-College Drinking", Available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/CollegeFactSheet.pdf> [accessed: 12/12/2014]
- Nichter M., Nichter M.,Carkoglu A., Lloyd-Richardson E. (2010) Tobacco Etiology Research Network (TERN). Smoking and drinking among college students: "It's a package deal", *Drug Alcohol Depend*, 106:16-20.
- Oechsli FW (1986) "Studies of the consequences of contraceptive failure", Berkeley: University of California.
- Papadaki A, Hondros G, Scott Jane A., Kapsokefalou Maria (2007). Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. *Appetite* 49: 169-176
- Patseadou M, Galli-Tsinopoulou A, Goulis DG, Arvanitidou M (2010) "Factors associated with the onset of sexual activity among Greek high school students", *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 15:357-366
- Phengsavanh A. et al. (2008) "Smoking Behavior Tobacco Control among Medical Doctors in Lao PDR", Postgraduate Studies & Research Department: University of Health Sciences, Vientiane, Lao People's Democratic Republic,. Advisors: Kingsada S.O. and Menorath, S. [www.dfid.gov.uk]
- Protogerou A., Turner Cobb J. (2011) "Predictors of non-condom use intentions by university students, time perspective, relationship status, and habit", *Journal of Child and Adolescent Health*, 23(2):91-99
- Sarafidou Jo., Chliaoutakis J. (1994) "Consistency and subjective utility of condom use among male students in Greece", *AIDS in Europe the Behavioural Aspect* ,1 : 49 – 61
- Sarafino, E.P (1999) "Health psychology. Biopsychosocial interactions (3rd ed) New York: Wiley
- Segen JC. (2002) "Concise Dictionary of Modern Medicine", New York: The McGraw-Hill Companies
- Shohaimi S., Luben R., Wareham N., Day N., Bingham S., Welch A., Oakes S., Khaw K. (2003) "Residential area deprivation predicts smoking habit independently of

- individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into cancer”, *J Epidemiol Community Health*, 57 (4): 270-276.
- Simantov E., Schoen C., Klein J. (2000) “Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink?: identifying underlying risk and protective factors”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 1025-1033.
- Sparling PF. (1999) Biology gonorrhoeae. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh, Mardh P-A, et al, eds . *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 433-450.
- Stephoe a., Phil D., Wardle J., Cui W., Bellisle., Zotti A.M., Baranyai M.D., Sanderman r., (2002). “Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990-2000”, *Preventive Medicine*, 35:97-104.
- Chung S., Hwa Joung K. (2014) “Risk factors for current smoking among American and south Korean adolescents, 2005-2011”, *J Nurs Scholarship*, 46 (6): 408-415.
- Tountas Y., Creatsas G., Dimitrakaki C., Antoniou A., Boulamatsis D. (2004) “Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey”. *Eur J Contracept Reprod Health Care*; 9(1):1-10.
- US Department of Health and Human Services (1989) “Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General”, Washington, Department of Health and Human Services, *J Adolesc Health*; 12:597-605
- Vardavas Cl., Kafatos AG. “Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *Eur J Public Health* 2007, 17:211-213.
- Vaughan VC, Behrman IF, Litt, Nelson. (1992) *Text book of Pediatrics* . WB Saunders: 28-32
- Vitzthum K, Koch F, Groneberg DA, Kusma B, Mache S, Marx P, et al. (2012). Smoking behavior and attitudes among German nursing students. *Nurse Educ Pract*, 13(5):407-12.
- W.H.O. / RHR (2007) *John’s Hopkins Bloomberg School of Public Health, CCP ,INFO Project. Family planning. A global handbook for providers*. Baltimore and Geneva: CCP and WHO.

- W.H.O. (2011) WHO report on the global tobacco epidemic, warning about the dangers of tobacco. Available at: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/ [accessed 23/10/2014].
- W.H.O. (1997) Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. WHO Technical Report Series 753. Geneva.
- W.H.O. (2014) Global Alcohol Report Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf [accessed:10/11/2014].
- W.H.O./UNAIDS. (1998) Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2014), Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, Λουξεμβούργο.
- World Health Organization (2009), Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, World Health Organization, Γενεύη.
- World Health Organization, (2012), Global Report. Mortality attributable to tobacco, World Health Organization, Γενεύη.
- World Health Organization (2015), W.H.O. Global report on trends in prevalence of tobacco smoking, World Health Organization, Γενεύη.
- World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Tenth Revision. Geneva: World Health Organization.
- Αγραφιώτης Δ. (2003) Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης. Τυπωθήτω, Δαρδάνος, Αθήνα.
- Αγραφιώτης Δ. και συν. (1997) AIDS Εγκάρσια σκιά: 148
- Αντωνιάδης Σ., Καγκάρα Ι., Κοντά Α., Ευσταθίου Ε., Διονυσόπουλου Ε. (1996) «Εγκυμοσύνη και αντισύλληψη στην εφηβική και πρώτη νεανική ηλικία», 34^ο Πανελλήνιο παιδιατρικό Συνέδριο, 1996: 18 Βα
- Αυλωνίτου Α., Σαμαρτζής Α., Ρηγοπούλου Α., Φραντζεσκάκη Φ., Μπεχράκης Γ., (2003) «Κάπνισμα και φοιτητές Ιατρικής Αθηνών», ΠΝΕΥΜΩΝ, 16(3), 306-313.
- Βασιλάκου Τ. (1995) «Διαχρονική εξέλιξη της διαθεσιμότητας των λιπιδίων στον ελληνικό πληθυσμό σε σχέση με το ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο», Διδακτορική διατριβή, Ιατρική σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, σ.σ. 7,8,181.

- Βλαχοπούλου Θ., Διακογιάννης Ι., Καλομοίρου Μ., Φωκά κ., Κιουμουρτζόγλου Ε., Καπρίκης Γ. (2006) «Ανίχνευση αλκοολισμού σε δείγμα πρωτοετών φοιτητών ΤΕΕΦΑ του ΑΠΘ», *Ψυχιατρική* 17(2), 122-136.
- Γκατζιώρα, Π. και Τζώρακας, Π. (2008). «Τρόποι ενημέρωσης εφήβων της πόλης του Ηρακλείου για θέματα υγείας: ο ρόλος του σχολικού – κοινοτικού νοσηλευτή», Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Διομήδους Μ., Γαλάνης Π., Μπάκουλα Χ., Πιστόλης Ι., Ζήκος Δ., Φρίγγας Α. & Λιάσκος Ι. (2007) «Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ», *Νοσηλευτική* 46(4): 523-528.
- Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica (2006). Τόμος Τριακοστός Δεύτερος σ. 43
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο (2008): 2008-2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα. [www.ygeianet.gov.gr]
- ΕΠΙΨΥ (2012). Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές - Έρευνα ESPAD 2011. Αθήνα. διαθέσιμο σε: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadr.php [ημερομηνία πρόσβασης: 3/12/2014].
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (2012) «Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές- Έρευνα Espad 2011 αποτελέσματα για το Ν. Ηρακλείου».
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (2014). «Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα», Επιμέλεια Στεφανής Κ. ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα.
- Ευγενίου Σ., Παρδάλου Τ., Φανάρη Μ. (2008) «Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο», Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης. Ηράκλειο.
- Ηλιάδου Μ. και Παλάσκα Ε. (2008) «Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι», *Ανασκόπηση. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 47(4): 498.
- Καβαλίωτης ΙΘ. (2004) «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα και έφηβοι», *Θέματα παιδιατρικών λοιμώξεων*: 156-163
- Καλογερόπουλος Α. (1996) *Γυναικολογία*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Καραδήμας Ε. (2005) «Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη», Αθήνα: Τυποθητώ-Γιώργος Δαρδάνος

- Κάυγα - Παλτογλου Α. και Σταθοπούλου Χ. (2008) «Προαγωγή σεξουαλικής υγείας των Νέων», Νοσηλευτική διάσταση.
- Κλωτσοτήρα Β.Γ. (2003) «Η πολιτική κατά της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος, στα πλαίσια της Ε.Ε.», Καταναλωτικά Βήματα, τεύχος Οκτωβρίου – Νοεμβρίου. [<http://kerka.org/index>]
- Κουρκούτας Η. (2001) *Η ψυχολογία του εφήβου*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Κουτελέκος Ι. (2009) «Για μια Ζωή Χωρίς Τσιγάρο», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2, 25-27. [www.sydnox.gr]
- Κρεατσά Γ (1992) Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση , Αθηνά Εκδόσεις Εντόπια 'Γ , Έκδοση
- Κρεατσας Γ. (2003) Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φίλων. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν., Τζαγκαράκη Ε., Κλεισιάρης Χ., Κριτσωτάκης Γ. (2014) «Κάπνισμα και κατανάλωση Οινόπνεύματος σε Προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής», Νοσηλευτική, 53(1) σ.σ 65-74.
- Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν., Τζαγκαράκη Ε., Λιναρδάκης Μ. (2012) «Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών», Νοσηλευτικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6): 710-719.
- Μαρβάκη Χρ., Δημουλά Υ., Καμπισιούλη Ευ., Χριστοπούλου Ι., Βασταρδής Λ., Γουρνή Ι. και Καλογιάννη Α. (2007) «Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού», Νοσηλευτική 46(3), 406-413.
- Μπαρμπαγιάννη Ε, Ζυγά Σ. (2011) Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:239–259
- Μπομπολάκη Δ., Σταματελοπούλου Α. (2004). «Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής, μια ολέθρια σχέση», Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης. Ηράκλειο.
- Πανσιδης Γ., Παπαγεωργίου Δ. και Μπούρος Δ. (2012) «Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης», Πνεύμων (25)2: 198-207.
- Παπαευαγγέλου Γ., Ρουμελιώτου Α. (1979) «Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού», Αθήνα.

- Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βασιλείου Δ., Αραγιάννης Δ., Καρυώτη Π., Γυμνοπούλου Ε., και συν. (2009) «Κατάχρηση ουσιών από φοιτητικό πληθυσμό», Νοσηλευτική, 48: 403-411.
- Ρομπόκου – Καραγιάννη Α. (2000) «Το δημογραφικό ως θεμελιώδες πρόβλημα της Ελλάδας», Εριφύλη
- Σταθόπουλος Θ. και Σούρτζη Π. (2007) «Η χρήση της πληροφορικής στην πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος», Νοσηλευτική 46(4), 484-492.
- Σωκρατάκη Φ , Τζόκας Χλιαουτάκης Ι. (1994) «Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων της Αθήνας», Ιατρική 65 : 483-488
- Το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου. Πηγή: Απογευματινή, 28 Μαΐου 2010. [<http://nosmoker.blogspot.gr>]
- Τζίμα-Τσιτσικά Ε. (2005) «Σεξουαλικότητα στην εφηβεία», Επίκαιρα παιδιατρικά θέματα. Δ΄ παιδιατρική κλινική ΑΠΘ: 63-68.
- Τζουρμανά Α. (2005) Μη Κυβερνητικές οργανώσεις και απεξάρτηση από το αλκοόλ. Η περίπτωση του συλλόγου «Επιστροφή», Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Τούντας Γ. (2000) Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- Τριχόπουλος Δ. και Τριχοπούλου Α. (1986). Προληπτική Ιατρική, Αγωγή υγείας – κοινωνική ιατρική – δημόσια υγιεινή. Αθήνα.
- Τσαρμακλής Γ. (2007) «Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων», Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών:54
- Τσαρμακλής Γ., Νεστωρίδου Α., Στάμου Π., Νικολάου Α., Θωμαΐδης Θ. (1992) «Επίπεδο ενημέρωσης σπουδαστών Σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελματιών για τον οικογενειακό προγραμματισμό», 30ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο:103Α
- Τσαρούχας Κ. (2000) Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό. Αθήνα: Άγκυρα.
- Τσαρούχας Κ. (2002) Αλκοόλ κάτω από τα θρανία, Εφημερίδα “Το Βήμα”.
- Τυροδήμος Η. (2016) Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών. σ: 301.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008) «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008-2012», Αθήνα.

- Χατζημιχαηλίδου Σ., Παναγοπούλου Ε., Νιάκας Δ. (2010) «Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι φοιτητές υγειονομικών σχολών γνωρίζουν περισσότερα;», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(4): 670.
- Χλιαουτάκης Γ. (1991) «Πληροφόρηση των εφήβων του Δήμου Αθηναίων ως προς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα», Ελληνική επιθεώρηση Δερματολογίας – Αφροδοσιολογίας, 2 :218-222
- Ψαρού Μ. (2015) «Διερεύνηση και ομαδοποίηση συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου σε νέους ενήλικες», Διπλωματική εργασία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



Μελέτη ΛΑΤΩ - Έρευνα για τον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών



Επιτελεστικός Υπεύθυνος: Δρ Γεώργιος Κρητικός

2^η έκδοση
2013

Η έρευνα υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος
«ΕΡΕΥΝΑ 2013» - Ευρωπαϊκό προγραμμα έρευνας στο ΤΕΙ

Οι πρώτες ερωτήσεις έχουν γενικές πληροφορίες για εμένα, τη σταυρωτή μου και την κατάσταση μου

1. Πόσο συχνά έχετε κινήσει: Άρνη Καμία

2. Σε ποια Τμήμα σπουδάζετε; (Εάν έχετε αλλάξει άνωθεν τμήμα που είχατε κινήσει)

3511 - Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών Κοινωνική Εργασία Διοίκησης & Διαχείρισης

3502 - Τμήμα Τεχνολογικών Επιστημών Λογιστικής Διοίκησης Επιχειρήσεων

3510 - Τμήμα Φάρμακων, Πληροφορικής & Πολυμέσων Ηλεκτρονικής Μηχανολογίας Πολυτεχνικών Σπουδών

3514 - Τμήμα Οδοντολογίας Βιοχημείας Βιοτεχνολογίας

3. Πόσο είναι το ετήσιο εισόδημά σας (ετήσιο οικογενειακό ή τμήμα) (Συνολόγηση από το ετήσιο των παρελθόντων)

2 ^η - 6	7 ^η - 8	9 ^η - 1	10 ^η - 2	11 ^η - 3	12 ^η - 4	13 ^η - 5	14 ^η - 6	15 ^η - 7	16 ^η - 8	17 ^η - 9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Πόσο μέσο γενεθλίου

Ιαν.	Φεβρ.	Μαρτ.	Απρ.	Μάιος	Ιούνιος	Ιούλιος	Αυγ.	Σεπτ.	Οκτ.	Νοεμ.	Δεκεμ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Πόσο είναι γενεθλίου

<1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Πόσο εργαζομένη (ή άνετα) γενεθλίου

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Γενεθλίου στην Ελλάδα

Ναι Όχι

18. Πόσο την καταργεί από την Τηλεόραση ή καταργεί από εμένα

Πολύ	Σηχ	Σε μέση μεγάλη μέση	Σε μικρή μέση	Σε μικρή (Λιγ. 1987)	Σε πολύ (Πολύ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Πόσο από τα παρακάτω συμπεριφέροντα καλύτερα τα διακρίνει από άλλα που είναι διαφορετικά

1. Διατηρώ το μένος με την οικογενειακή μου
2. Μένω στην πόλη
3. Μένω μεμονωμένα σε σπίτι που κινείται
4. Μένω με οικογενειακά (ή φίλοι) σε σπίτι που κινείται
5. Μένω με οικογενειακά (ή φίλοι) σε σπίτι που κινείται
6. Μένω σε διαμέρισμα (ή φίλοι) σε σπίτι που κινείται
7. Μένω σε διαμέρισμα
8. Δεν έχω σπίτι να μένω
9. Μένω κάπου αλλού (σε παρακείμενο σπίτι ή κλπ)



20. Πόσο συχνά τον Τελεμαρτυρικό Κόσμο της Βαλκανικής του σπασίσει από μένα

Πολύ, να είναι Όχι, δεν γενεθλίου Δεν σπασίσει

21. Σε ποια από βιβλιοθήκη το σπίτι ή σε κάποια που μένω

Βιβλιοθήκη στην πόλη Δεν σπασίσει

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν την άσκηση και τη φυσική δραστηριότητα

22. Τις βόλτες που πραγματοποιώ 7 φορές, πόσο φορές άσκηση φυσικής δραστηριότητας (βόλτες ή περπάτημα) κάνω ανά εβδομάδα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Πόσο συχνά την κίνηση κάνω

24. Πόσο συχνά την κίνηση κάνω

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τώρα θα θέλαμε να σε ρωτήσουμε γενικά για την άρτησή σου

25. Θα έπρεπε να είχα κάνει...

...είχα κάνει

...κάτι

...μην

...κάτι

26. Πόσο συχνά θα έπρεπε να είχα κάνει...

Συχνότερα από που φορά την άρτη

Μην φορά την άρτη

Να είχα κάνει πιο συχνά την άρτη, αλλά όχι να είχα κάνει

Να είχα κάνει από που φορά την άρτη

Δεν

Οι επόμενες ερωτήσεις είναι για τη διατροφή σου

27. Πόσο συχνά τρώω...

Όχι, να βρω που είναι κανονικό

Όχι, αλλά θα έπρεπε να βρω που είναι κανονικό

Όχι, αλλά τρώω σε άλλο μέρος από

Ναι

Τώρα εκτύπωσε τον πίνακα από το ΤΕΕ που να τα θεωρείς καλύτερη ή καλύτερη σου. Αν δεν υπάρχει πίνακας, εκτύπωσε έναν που θεωρείς περισσότερο φίλο ή φίλη σου από τους άλλους...

186. Σίγουρα φίλος ή φίλη σου: Άρνηση Υπόμνηση Δεν υπάρχει κάποιος φίλος από το ΤΕΕ που να το θεωρείς φίλο/ή σου

187. Σε ποιο Τμήμα διασκεύαζες: _____

188. Πόσο σίγουρα ή παρατηρούσες κάποιον/ή (αγόρι / αγόρι) / κάποιον/ή (Ν/ΝΑ/Ν/ΝΑ) _____

189. Τους συνόριζες κατά οποιοδήποτε τρόπο με κάποιον/ή φίλο/ή σου:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πολύ	Μεσαία	Λίγο	Καθόλου

190. Πραγματικά είχαμε κάποια συζήτηση με κάποιον/ή φίλο/ή σου, σχετικά με:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι, καθόλου	Σίγουρα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα

191. Τους μιλούσες ή γράφες ή έλεγες κάποιον/ή φίλο/ή σου (π.χ. κατεύθυνση, χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά, άλλων φίλων...):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι, καθόλου	Μεσαία	Λίγο	Πολύ

192. Πόσο ενδιαφέρον είχα για τους φίλους σου που παρατηρούσες:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καθόλου	1-2 φορές	3-4 φορές	Πολύ, πάνω από 5

Στις ερωτήσεις 193 και 194, σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου. Σημείωσε με ποιο τρόπο για το καλύτερο και ποιο για το χειρότερο. Δώσε μία απάντηση για το καλύτερο και μία απάντηση για το χειρότερο.



193. Κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (παρατηρούσες) έναν φίλο/ή σου, κάποιον/ή φίλο/ή σου (από τους φίλους σου) - (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις)

	Καλύτερο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας	Χειρότερο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας	Καλύτερο 1 φορά	Καλύτερο 2 φορές	Καλύτερο 3 φορές	Καλύτερο 4 φορές	Καλύτερο 5 φορές	Καλύτερο πάνω από 5
...κατανοούσατε την κατάσταση... (Ν/ΝΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...απόλαύσατε την κατάσταση... (Ν/ΝΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...απόλαύσατε την κατάσταση... (Ν/ΝΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...απόλαύσατε την κατάσταση... (Ν/ΝΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

194. Σημείωσε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσο ενδιαφέρον ή κατανοήσιμος είχα κάποιον/ή φίλο/ή σου (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου)

Τώρα σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

195. Κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (παρατηρούσες) κάποιον/ή φίλο/ή σου, κάποιον/ή φίλο/ή σου (από τους φίλους σου) - (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις)

Καλύτερο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας	Χειρότερο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

196. Πόσο συχνά είχα συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καθόλου	1 φορά	2 φορές	3 φορές	4 φορές	5 φορές	6 φορές	7 φορές

197. Κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (παρατηρούσες) κάποιον/ή φίλο/ή σου, κάποιον/ή φίλο/ή σου (από τους φίλους σου) - (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου)

Τώρα σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	

Από την επόμενη σελίδα τα αποτελέσματά σου, μπορείς να τα βλέπεις για την εργασία σου.

198. Πόσο συχνά είχα συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου)

Το όνομα σου είναι: 1 ΜΕΤΡΟ και _____ ΕΚΑΤΟΜΕΤΡΑ

Ηλεκτρονική σου διεύθυνση είναι _____

199. Πόσο συχνά είχα συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου (σημείωσε με ποιο τρόπο είχαμε συζητήσεις με κάποιον/ή φίλο/ή σου)

Το όνομα σου είναι: _____ ΚΤΑ

Ηλεκτρονική σου διεύθυνση είναι _____

200. Τους συνόριζες κατά οποιοδήποτε τρόπο με κάποιον/ή φίλο/ή σου:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πολύ	1 φορά	2 φορές	3 φορές