



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η επίδραση της χρήσης ουσιών στη σεξουαλική ζωή των νέων.



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: Αικατερίνη Περβολαράκη

Ουρανία Τζουτζομήτρου

Εισηγητής: Κος Κριτσωτάκης Γεώργιος

ΚΡΗΤΗ 2010

Ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κριτσωτάκη για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγηση του σε όλες τις φάσεις της παρούσας εργασίας, καθώς και για τη στήριξη και βοήθειά του σε διάφορα ερευνητικά προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της υλοποίησής της.

Περιεχόμενα

A. Γενικό Μέρος	6
1. Εισαγωγή	6
2. Ανάλυση θέματος	7
2.1. Ανδρικά και γυναικεία γεννητικά όργανα- Ανατομία	7
2.2. Ορισμός της σεξουαλικότητας των νέων	11
2.3. Φυσική εξέλιξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων	12
2.3.1. Σεξουαλικές συνήθειες και δυσκολίες των νέων	15
2.3.1.1. Σεξουαλικός προσανατολισμός και παρεκκλίσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου	19
2.3.2. Εκτίμηση της συμπεριφοράς αυτής	22
2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων	22
2.4.1. Αλκοόλ- Ναρκωτικά και νέοι	27
2.4.2. Αιτίες της συμπεριφοράς αυτής	36
2.5. Αντιμετώπιση και θεραπεία	37
2.6. Πρόληψη	38
2.6.1. Στη σεξουαλική συμπεριφορά	38
2.6.2. Στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά	44
2.7. Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών	46
2.8. Επιδημιολογία	47
2.9. Επιπτώσεις	50

2.9.1. Σωματικές επιπτώσεις	50
Α. Σωματικές επιπτώσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου	51
Β. Σωματικές επιπτώσεις από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά	64
2.9.2. Κοινωνικές επιπτώσεις	65
2.9.3. Οικονομικές επιπτώσεις	68
2.9.4. Ψυχολογικές επιπτώσεις	69
2.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή	69
2.10.1. Στην οικογένεια	70
2.10.2. Στη κοινότητα του ΤΕΙ	71
2.10.3. Στη κοινότητα (γενικά)	72
2.11. Πρόσφατα Ερευνητικά Δεδομένα	74
Β. Ειδικό Μέρος	81
1. Περίληψη	82
2. Σκοπός έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα ή υποθέσεις	83
3. Σημαντικότητα μελέτης	83
4. Υλικό και μέθοδος μελέτης	84
Α. Σχεδιασμός (χρονοδιάγραμμα μελέτης)	84
Β. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης	84
C. Δείγμα	85
5. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης	86
6. Αποτελέσματα	86

7. Συζήτηση- Συμπεράσματα Προτάσεις	106
8. Προτάσεις	111
Επίλογος	116
1. Βιβλιογραφία	118
Ελληνική βιβλιογραφία	118
Βιβλιογραφία από ξενόγλωσσους συγγραφείς	119
Διαδίκτυο	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. - Ερωτηματολόγιο	124

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εισαγωγή

Η κοινωνιολογική προσέγγιση θεωρεί τη σεξουαλικότητα ως ένα κοινωνικό- πολιτισμικό φαινόμενο, υποστηρίζει δηλαδή ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα σμιλεύεται σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον και επηρεάζεται άμεσα από τους κοινωνικούς κανόνες που διέπουν τη κοινωνία. Οι στάσεις και τα πιστεύω διαμορφώνονται μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο σε διάρκεια χρόνου.

Πολλοί μελετητές όπως οι Ford & Beach (1952) πιστεύουν ότι η κατανόηση οποιασδήποτε διάστασης της σεξουαλικότητας απαιτεί μια πολύπλευρη γνώση των τρόπων με τους οποίους αυτή εκφράζεται στους διάφορους λαούς με διαφορετικά οικογενειακά συστήματα και κάτω από διάφορα οικονομικά και πολιτισμικά πρότυπα.

Ο όρος σεξουαλικότητα εμφανίζεται στις αρχές του 19^{ου} αιώνα και η εμφάνιση του συνδέεται με ένα πλήθος από φαινόμενα και γεγονότα, τα οποία σχετίζονται με τη σειρά τους με τη στάση της επιστημονικής γνώσης, ιατρικής και μη. Η σεξουαλικότητα ανιχνεύεται σχεδόν σε κάθε ατομικό ενέργημα και σε κάθε έκφραση της συλλογικής ζωής (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

Ακόμα η σεξουαλικότητα του ατόμου και ο τρόπος που την εκφράζει μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες και κυρίως, στα νεαρά άτομα συμβάλλουν σημαντικά οι καταχρήσεις, όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, που μπορούν να μεταβάλουν τη σεξουαλική του συμπεριφορά.

Το ανθρώπινο γένος, ως γνωστόν, από της απαρχές της ιστορίας έκανε χρήση ουσιών για ιατρικούς, κοινωνικούς και θρησκευτικούς λόγους, οι οποίες μετέβαλαν τη διανοητική και την ψυχική κατάσταση. Η χρήση αυτών των ουσιών διαφοροποιείται μεταξύ των ιστορικών περιόδων κάθε κοινωνίας και εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς και ανάγκες. Στη σημερινή εποχή, η χρήση και η κατάχρηση ουσιών από νεαρούς ενήλικες αποτελεί φαινόμενο που έχει

λάβει ανησυχητικές διαστάσεις, ακόμα πολλοί νέοι κάνουν χρήση διαφόρων ουσιών για λόγους ψυχαγωγίας και σεξουαλικής ευχαρίστησης, παρατείνοντας έτσι τη σεξουαλική τους διάθεση. Η βαθύτερη εξήγηση του προβλήματος παραμένει άγνωστη, πολύπλοκη, και φαίνεται ότι συνεπικουρούν πολλοί αλληλοεπιδρώμενοι κοινωνικοί, ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Επίσης η εύκολη πρόσβαση σε ουσίες αποτελεί ακόμη έναν ενοχοποιητικό παράγοντα κατάχρησης ουσιών (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

2.Ανάλυση θέματος

2.1. Ανδρικά και γυναικεία γεννητικά όργανα- ανατομία

Τα όργανα με τα οποία γίνεται η σεξουαλική πράξη είναι τα αντρικά και τα γυναικεία γεννητικά όργανα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι οργανισμοί που προκαλούν τα ΣΜΝ εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα από τα γεννητικά όργανα. Οι οργανισμοί που προκαλούν μη ειδικές γεννητικές μολύνσεις, μπορούν να εξαπλωθούν από το σημείο εισόδου της γυναίκας και του άνδρα, σε άλλα όργανα της γεννητικής περιοχής και στα εσωτερικά (Llewellyn & Jones 1985).

Τα γεννητικά όργανα και των δυο φύλων χωρίζονται στα εξωτερικά και τα έσω γεννητικά όργανα. Η ανατομία του ανδρικού και γυναικείου γεννητικού συστήματος αναπτύσσεται πιο αναλυτικά παρακάτω:

- **Το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα**

Το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα αρχίζει να αναπτύσσεται ακόμη και πριν από τη γέννηση του αρσενικού βρέφους. Τα μόνα ορατά σημεία του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος είναι το πέος και το όσχεο, ωστόσο στο εσωτερικό του σώματος υπάρχει ένα ολόκληρο περίπλοκο δίκτυο αγωγών, αδένων και άλλων ιστών που συνεργάζονται προκειμένου να γίνει δυνατή η παραγωγή και η μεταφορά των σπερματοζωαρίων (Goldmann 1999).

Στα εξωτερικά όργανα του ανδρός ανήκουν:

Το **πέος** είναι το ανδρικό όργανο της συνουσίας. Αποτελείται από στυτικά μέρη γνωστά ως συραγγώδη σώματα και την ουρήθρα, μέσα από την οποία απελευθερώνεται το σπέρμα. Τα συραγγώδη σώματα περιέχουν διαστήματα τα οποία συνήθως είναι κενά, επιτρέποντας έτσι στο πέος να είναι χαλαρό (να χωλαίνει). Όταν αυτά τα διαστήματα πληρωθούν με αίμα, το πέος μεγεθύνεται, διογκώνεται και ορθώνεται. Η ροή του αίματος ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και διαφέρει ανάλογα με τη ψυχική και σωματική διέγερση. Η ελαφρά διογκωμένη περιοχή στην άκρη του πέους ονομάζεται **βάλανος του πέους**. Καλύπτεται από μια πτυχή δέρματος την **ακροποσθία**. (Shapiro 1999)

Το **όσχεον** είναι ένας σάκος από χαλαρό δέρμα και υποδερμάτιο περιτόνια, ο οποίος χωρίζεται σε δύο πλάγια μέρη. Ίνες λείων μυών οι οποίες ονομάζονται **δαρτός χιτώνας του όρχεως** βρίσκονται μέσα στην **υποδερμάτιο περιτόνια**. Ο δαρτός χιτώνας και η υποδερμάτιος περιτονία χωρίζουν εσωτερικά το όσχεο σε δεξιό και αριστερό τμήμα και κάθε τμήμα περιλαμβάνει όρχι, επιδιδυμίδα και συσχετιζόμενα τμήματα. Ο δαρτός χιτώνας επηρεάζεται από τη θερμοκρασία.

Στα έσω γεννητικά όργανα του ανδρός ανήκουν:

- 1) οι όρχεις, που περιέχουν τα σπερματικά σωληνάρια,
- 2) οι σπερματικοί ή ορχικοί πόροι για τη μεταφορά του σπέρματος από τους όρχεις,
- 3) οι αδένες της σπερματοδόχου κύστεως,
- 4) ο προστάτης,
- 5) οι βολβουρηθραίοι (Κωπήρειοι) αδένες.

Το σπέρμα είναι ένα μίγμα εκκρίσεων από τους όρχεις, τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστες και τους βολβουρηθραίους (Κωπήρειους) αδένες.

Οι **όρχεις** είναι τα πρωταρχικά ανδρικά γεννητικά όργανα, παράγουν σπερματοζωάρια (σπέρμα) και την ορμόνη του ανδρικού φύλου, τεστοστερόνη

Η **επιδιδυμής** είναι ένας απλούς, ελικοειδής σωλήνας, τοποθετημένος επάνω και δίπλα στην οπίσθια επιφάνεια κάθε όρχεως. Είναι ο κύριος αποθηκευτικός χώρος των σπερματοζωαρίων.

Ο **ορχικός πόρος** είναι ένας λεπτός μυώδης σωλήνας, ο οποίος μεταφέρει το σπέρμα στην ουρήθρα. Η ουρήθρα εξυπηρετεί δύο σκοπούς στο αρσενικό – σαν δίοδος για το σπέρμα αλλά και σαν δίοδος για τα ούρα.

Ο **προστάτης** βρίσκεται γύρω από την ουρήθρα στη βάση της ουροδόχου κύστεως, ο οποίος προσθέτει μια γαλακτώδη έκκριση στο σπέρμα. Αυτό το γαλακτώδες υγρό είναι πολύ αλκαλικό και εξουδετερώνει το όξινο υγρό των όρχεων με τέτοιο τρόπο ώστε να διεγείρει τα σπερματοζωάρια. Τα σπερματοζωάρια είναι ακίνητα σε όξινο περιβάλλον αλλά πολύ ενεργά σε αλκαλικό (Shapiro 1999).

- **Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα**

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα, που αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε δυο ομάδες, στα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που χωρίζονται από το παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες του πρόδρομου (βαρθολίνειοι αδένες). Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται έξω από την πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που βρίσκονται μέσα στη πύελο, ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες, και οι ωοθήκες.

Τα **μεγάλα χείλη** είναι δύο μεγάλες δερματικές πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφηβαίο και πίσω τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μεγάλα χείλη αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή, που οδηγεί στο πρόδρομο του

αιδοίου. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Τα **μικρά χείλη** βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. Η έξω επιφάνεια τους χωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με τη μεσοχείλιο αύλακα, η δε έσω επιφάνεια αφορίζει από τα πλάγια, τον πρόδρομο του αιδοίου. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν μια δερματική πτυχή, **την πόσθη της κλειτορίδας**, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό.

Κάτω από τη κλειτορίδα βρίσκεται το **έξω στόμιο της ουρήθρας** και κάτω από αυτό υπάρχει το **στόμιο του κόλπου**. Το στόμιο του κόλπου είναι μικρότερο στα νεαρά κορίτσια και καλύπτεται από το **παρθενικό υμένα**.

Εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου εκβάλλουν οι **βαρθολίνειοι αδένες**. Οι αδένες αυτοί έχουν μικροσκοπικό σχήμα και μέγεθος, και βρίσκονται στο βάθος των μικρών χειλιών. Το έκκριμα τους χρησιμεύει για να λιπαίνει και να καθιστά ολισθηρό τον πρόδρομο του κόλπου και να διευκολύνει την είσοδο του πέους στο κόλπο (Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου 1983).

Πιο αναλυτικά η **κλειτορίδα** αποτελείται από σπυραγγώδη ιστό, ο οποίος γεμίζει με αίμα κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής και είναι εξαιρετικά ευαίσθητη.

Κάτω από το εξωτερικό ουρηθρικό άνοιγμα είναι ο **υμένας**, ο οποίος περιβάλλει το άνοιγμα του κόλπου. Ο υμένας είναι μια λεπτή και ατελής πτυχή μεμβράνης, και έχει ένα ή περισσότερα ανοίγματα. Ο υμένας διαφέρει πάρα πολύ σε σχήμα και ελαστικότητα, συνήθως όμως τεντώνεται ή σχίζεται κατά τη διάρκεια της πρώτης σεξουαλικής επαφής. Η ρήξη του συνοδεύεται από μικρή ποσότητα αίματος.

Ο **κόλπος** είναι ένας μυώδης σωλήνας ο οποίος εκτείνεται προς τα πάνω και προς τα πίσω από τον πρόδρομο, καταλήγοντας στη μήτρα. Όντας μυώδης, περιέχει ένα καλά ανεπτυγμένο δίκτυο φλεβών, οι οποίες διαστέλλονται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης (Llewellyn & Jones 1985).

2.2. Ορισμός της σεξουαλικότητας των νέων

Το σεξ, είναι η έκφραση της ανθρώπινης επιθυμίας και ικανοποίησης στην προσδοκία της επιλογής ενός συντρόφου. Η ικανοποίηση και η απόλαυση είναι το κίνητρο και η ανάγκη της ανθρώπινης ζωής και της σχέσης των συντρόφων. Η σεξουαλικότητα, έρχεται με τη γέννηση του ενστίκτου, οργανώνεται με την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και διεκδικείται με την αναζήτηση ενός άλλου ανθρώπου (Ανώνυμος 1). Σεξ ονομάζεται ο ανθρώπινος σεξουαλικός κύκλος που χαρακτηρίζει την πλήρη ωρίμανση της μοναδικότητας και συντροφικότητας του ανθρώπινου είδους. Η γνώση, η μάθηση, η σκέψη και το συναίσθημα οριοθετούν τη σεξουαλικότητα του ανθρώπου και καθορίζουν τη στάση ζωής του μέσα στην κοινωνία.

Η σεξουαλικότητα αναφέρεται στην έκφραση της ψυχικής και βιολογικής λειτουργίας που στοχεύει στη σωματική ικανοποίηση και συναισθηματική πληρότητα δια μέσου της ηδονής. Είναι μια έννοια πολυδιάστατη, που αφορά στη βιολογική, γνωστική, ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική πλευρά του ατόμου. Ξεκινάει από την γέννηση, οργανώνεται με την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και διεκδικείται με την αναζήτηση συντρόφου (Ασκητής 1995).

Με τον όρο «σεξουαλικότητα» εννοούμε κάθε εκδήλωση της ζωής και της συμπεριφοράς ενός οργανισμού, που συνδέεται με την ύπαρξη δυο διαφορετικών φύλων. Η «σεξουαλικότητα» περιλαμβάνει τις βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές πλευρές της σεξουαλικής ζωής. Δεδομένου, ότι η σεξουαλικότητα εκδηλώνεται τόσο στο επίπεδο της συμπεριφοράς όσο και στο επίπεδο της φυσιολογίας, η μελέτη της αποτελεί σημείο επαφής της βιολογίας, της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας και της ψυχολογίας. Από τη στενή βιολογική άποψη, τελικός σκοπός της σεξουαλικότητας είναι η αναπαραγωγή. Οι σεξουαλικές σχέσεις στην ανθρώπινη κοινωνία χρησιμεύουν τόσο για την αναπαραγωγή όσο και για την ανάπτυξη δεσμών μεταξύ ατόμων διαφορετικού (κατά κανόνα) φύλου. Οι δυο αυτές λειτουργίες ήταν μέχρι πρόσφατα αναπόσπαστα συνδεδεμένες. Με την εισαγωγή όμως μεθόδων ελέγχου της γονιμότητας, οι δυο αυτές λειτουργίες της σεξουαλικής σχέσης μπορεί να ξεχωρίζονται και ίσως στο μέλλον η σεξουαλικότητα να αποκτήσει

ακόμη μεγαλύτερη σημασία ως μέσο προσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική λειτουργία της (Σταυρόπουλος 1979).

Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής μας και επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται σε προχωρημένη ηλικία. Οι διαθέσεις και οι αξίες των νέων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα είναι εξαρτημένες από τις πολιτισμικές ρίζες και καθορίζονται από την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους, την οικογένεια, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα οικονομικά και το σχολείο (Γκούβρα και συν. 2005).

Η σεξουαλικότητα υπήρξε ένα κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κατά την εξέλιξη του ανθρώπου, η έκφραση της σεξουαλικότητας έχει επηρεαστεί από διαφορετικά ήθη και έθιμα –συμπεριφορές και πρακτικές. Γι'αυτό η σεξουαλική συμπεριφορά είναι διαφορετική σε διάφορες θρησκείες και πολιτισμούς, ηπείρους και χώρες (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

Η σεξουαλικότητα είναι ένα από τα βασικά δεδομένα της ζωής, μια φυσιολογική κατάσταση ισορροπίας, που δημιουργεί την ανθρώπινη ύπαρξη και διασφαλίζει το ότι αυτή θα συνεχίζεται (Levine 1987).

Η ψυχική, σωματική και πνευματική ωρίμανση του ανθρώπου μέσα από το σεξ, το σεξουαλικό ρόλο και τη σεξουαλική συμπεριφορά που υιοθετεί εκφράζει ουσιαστικά τη προσδοκία της συναισθηματικής πληρότητας του εαυτού του και του συντρόφου του.

Η συμμόρφωση και η εμπέδωση της σωστής συμπεριφοράς απελευθερώνει τη σεξουαλικότητα του ατόμου και ωριμάζει την αυτοπεποίθησή του (Ασκητής 1995).

2.3. Φυσική εξέλιξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων

Ο σεξουαλικός ρόλος ενός ανθρώπου χαρακτηρίζεται από τη σεξουαλική ταυτότητα (δηλαδή την ταυτότητα φύλου, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και

την προσδοκία), τη σεξουαλική λειτουργία, δηλαδή την επιθυμία, τη διέγερση και τον οργασμό, αλλά και τη σεξουαλική ικανοποίηση, δηλαδή τη συναισθηματική πληρότητα και την ευχαρίστηση που αντλεί το άτομο από τη έκφραση της σεξουαλικότητάς του.(Σχήμα 1)



Σχήμα 1 Ο ανθρώπινος σεξουαλικός κύκλος (Ασκητής 2003-2009)

Οι **φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας** είναι τέσσερις. Η φάση της επιθυμίας, της διέγερσης, του οργασμού και της αποκατάστασης (ηρεμίας). Η ολοκληρωμένη σεξουαλική δραστηριότητα προϋποθέτει την αλληλοδιαδοχή όλων των φάσεων. Πιο αναλυτικά:

- 1) **Επιθυμία** : είναι το ψυχικό ερέθισμα που λειτουργεί στον εγκέφαλο και των δύο φύλων, καταγράφοντας την επιλογή ενός ανθρώπου για σεξουαλική επαφή και ολοκλήρωση. Προϋπόθεση της επιθυμίας είναι η ψυχική και βιολογική υγεία. Είναι η αρχική εικόνα της προετοιμασίας των ερεθισμάτων που το μυαλό αφυπνίζεται, ενεργοποιώντας με τις εγκεφαλικές ορμόνες το στάδιο της διέγερσης.
- 2) **Διέγερση** : η ψυχική επιθυμία ενεργοποιεί τη σωματική αντίδραση, που στον άνδρα εκφράζεται με τη στυτική διέγερση και σκληρότητα του πέους και στη γυναίκα με την κολπική εφύγρανση, την κλειτοριδική

αύξηση, καθώς και την διόγκωση των μαστών, έτσι ώστε να ξεκινήσει η προετοιμασία της σεξουαλικής πράξης και ολοκλήρωσης.

- 3) Οργασμός : είναι η τελική φάση της ψυχικής και σωματικής διέγερσης και των δύο φύλων που από τον εγκέφαλο μέχρι και τα γεννητικά όργανα, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, επιτελούνται λειτουργικές και φυσιολογικές αντιδράσεις της νεύρωσης και αιμάτωσης του ανθρωπίνου σώματος, που η ηδονή ως κυρίαρχο όπλο της σεξουαλικής συμπεριφοράς εκφράζει. Ο οργασμός σηματοδοτεί την ψυχοσυναισθηματική ικανοποίηση του ατόμου και την ψυχική πληρότητα που έρχεται από αυτόν, μαζί με τη βιολογική συμμετοχή των γεννητικών οργάνων και της αντίστοιχης σύσπασης των μυών της περιοχής. Στον άνδρα ο οργασμός ταυτίζεται με την εκσπερμάτιση, ενώ στην γυναίκα με την αυξημένη κολπική εφύγραση, τις συσπάσεις του κόλπου και της μήτρας, την αύξηση των σφίξεων, των αναπνοών και της αρτηριακής πίεσης. Ο οργασμός είναι μια φυσιολογική λειτουργία που δηλώνει για τον άνδρα περισσότερο τη βιολογική και ψυχική ολοκλήρωση και για τη γυναίκα την πιο έντονη συναισθηματική λειτουργία της ψυχικής αποδοχής της ερωτικής πράξης.
- 4) Αποκατάσταση (ηρεμία) : με το πέρας της σεξουαλικής λειτουργίας, επέρχεται η αποφόρτιση των σωματικών κριτηρίων της διέγερσης, αλλά και η ψυχική επαναφορά της ηρεμίας του ατόμου στην ψυχολογική κατάσταση που βρισκόταν προ της έναρξης της σεξουαλικής διαδικασίας. Η φάση αυτή θεωρείται ως το κλείσιμο της ψυχικής και σωματικής έντασης, προσφέροντας στο άτομο τη συναισθηματική ικανοποίηση μετά τη σεξουαλική επαφή. (Ασκητής 2003-2009) (Σχήμα 2)



Σχήμα 2 Οι φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας (Ασκητής 2003-2009)

Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου ήταν και εξακολουθεί να είναι ένα από τα δυσκολότερα θέματα για μια βαθύτερη μελέτη του ανθρώπου. Η οποία έχει σαν αντικείμενο της τις ατομικές σχέσεις ανάμεσα στους ανθρώπους, με την δυναμική τους και τις διαφορές τους, όσο και τη πραγματική αναπαραγωγική συμπεριφορά (Σταυρόπουλος 1979).

2.3.1. Σεξουαλικές συνήθειες και δυσκολίες των νέων

Οι νέοι αντιμετωπίζουν μέσα σε μια σχέση ή εκτός σχέσης διάφορα προβλήματα ψυχολογικής και οργανικής φύσεως, που μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική τους ζωή.

- Τα **προβλήματα διέγερσης** παρουσιάζονται σε πολλά άτομα νεαρής ηλικίας, αναφέροντας ότι αν και νιώθουν επιθυμία και προσμένουν τη σεξουαλική απόλαυση, όταν η δραστηριότητα αρχίζει, δε νιώθουν να αυξάνεται η διέγερση τους. Συχνά νιώθουν ευχαρίστηση, αλλά η διέγερση τους δεν εκδηλώνεται φυσιολογικά με στύση ή με έκκριση κολπικών υγρών(που προκαλούνται από την αυξημένη παρουσία του αίματος στη περιοχή της λεκάνης). Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τα άτομα αυτά γίνονται συχνά, ανυπόμονα, δειλά, ή νιώθουν αμηχανία για τις δυσκολίες

της επίδοσής τους (ή του συντρόφου τους), αντί να απολαύσουν τα οποιαδήποτε αισθητηριακά ερεθίσματα, που τους προσφέρει η στιγμή. Τα αρνητικά αισθήματα ενισχύουν ακόμα περισσότερο την αναστολή της διέγερσης. Τέτοια κυκλοθυμικά προβλήματα μπορούν να συμβούν είτε στην αρχή της σεξουαλικής ανταπόκρισης, είτε αργότερα και έτσι ένα άτομο μπορεί να μη νιώσει καμία αύξηση της διέγερσης του ή μόνο μια πολύ μέτρια διέγερση (Tiefer 1982).

- Τα **προβλήματα οργασμού** κατέχουν σημαντική θέση στις σεξουαλικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι σημερινοί άνθρωποι στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Αν και η αντρική εκσπερμάτωση είναι φυσιολογικά διαφορετική από τον οργασμό, είναι καλύτερο να τονιστεί το τελευταίο φαινόμενο, για να παραλληλιστεί με το γυναικείο οργασμό. Οι άνθρωποι αναφέρουν δυο είδη προβλημάτων σχετικά με τον οργασμό. Είτε απουσιάζει, και η σεξουαλική διέγερση συνεχίζεται, αλλά δεν αποκορυφώνεται σ'εκείνο το είδος της εκρηκτικής στιγμής, που τα άτομα προσμένουν, είτε συμβαίνει πολύ σύντομα, προτού νιώσει το άτομο ότι είναι έτοιμο, για να νιώσει τον οργασμό. Και τα δυο αυτά προβλήματα παρουσιάζονται και στα δυο φύλα, αν και το πρώτο αναφέρεται πιο συχνά από τις γυναίκες και το δεύτερο από τους άνδρες.

Αναζητώντας να ανακαλύψουν αν ο οργασμός είναι μια κανονική βιολογική λειτουργία, οι άνθρωποι έχουν μελετήσει τη σεξουαλικότητα των ζώων (Tiefer 1982).

Άλλα προβλήματα, που αρχικά εμφανίστηκαν σαν προβλήματα επίδοσης και διαφορετικά απ'όσα περιγράφηκαν πιο πάνω, μπορεί, συχνά, να ανήκουν στην ίδια κατηγορία. Ο άνδρας που διατηρεί τη στύση του, αλλά τη χάνει με την είσοδο του πέους, υποφέρει από δυσκολίες διατήρησης της διέγερσης. Η γυναίκα που δε μπορεί να φτάσει σε οργασμό με το σύντροφο της, αλλά μόνη της, υποφέρει επίσης, από μια ανικανότητα να φτάσει σε αρκετά υψηλό επίπεδο διέγερσης.

Υπάρχει, όμως και μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων, που έχουν να κάνουν λιγότερο με την επίδοση και περισσότερο με την εκλογή ενός μη συμβατικού συντρόφου, όπως το άτομο που διεγείρεται από παιδιά, ή που χρειάζεται ορισμένες τεχνικές προϋποθέσεις, ή έχει κάποιες άλλες ασυνήθιστες προτιμήσεις.

Τα κυριότερα οργανικά προβλήματα που ασκούν σημαντική επιρροή και στη σεξουαλική ζωή των νέων κυρίως ανθρώπων είναι, η παρατεταμένη χρήση οιοπνευματωδών, και οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ηρεμιστικών ή ναρκωτικών) (Tiefer 1982).

Οι νέοι ως επί το πλείστον, αν και έχουν επίγνωση του κινδύνου και των τρόπων προφύλαξης και παρότι έχουν τις «ορθές», κατά την αγωγή υγείας, στάσεις και αντιλήψεις, δε φαίνεται να χρησιμοποιούν, σε απόλυτους αριθμούς, συχνά προφυλάξεις – ή αν τις χρησιμοποιούν, τις χρησιμοποιούν με ασυνέπεια. Οι περισσότεροι νέοι αν και γνωρίζουν ότι απαιτείται η χρήση προφύλαξης για την υγεία τους, θεωρούν ότι:

- 1) δεν μπορούν να την εφαρμόσουν προσωπικά
- 2) δεν ταιριάζει καθόλου με τη σεξουαλική συμπεριφορά
- 3) ορίζεται και περιορίζεται από την αντίληψή τους για τη σχέση που έχουν. Πολλοί είπαν ότι θα μπορούσαν να υιοθετήσουν, αν ήθελαν, λογική συμπεριφορά, αλλά – προς το παρόν – δε θέλουν («μια φορά είσαι νέος»).

Επίσης η ερωτική πράξη κυριαρχείται και από εγγενείς ορμές που είναι φυσικό να ελκύουν μη συνειδητά ελεγχόμενες και λογικά ακατανόητες συμπεριφορές.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων έχει αλλάξει σημαντικά στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ερωτικού συντρόφου σε πολύ νεαρή ηλικία, η απάλειψη της προκατάληψης ότι η προγαμιαία σεξουαλική επαφή είναι ανεπίτρεπτη, η αναθεώρηση του ιδανικού της αγνότητας και η γεφύρωση του χάσματος της διπλής ηθικής για τα δύο

φύλα έχει συντελέσει σε μια αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων (Georgas 1989). Ο αριθμός των προγαμιαίων ερωτικών συντρόφων, π.χ., έχει αυξηθεί, σύμφωνα με τα σχετικά στατιστικά στοιχεία, και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η απειλή του AIDS δε φαίνεται να έχει, ακόμα, μειώσει τη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων (Λουμάκου και συν. 2001). Παράλληλα είναι σημαντική για τη μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής. Σε πολλές έρευνες (Laumann et al. 1994, Bozon, 1996) έχει βρεθεί ότι η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής είναι ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της ενήλικης σεξουαλικής ζωής. Αυτοί που αρχίζουν νωρίς έχουν περισσότερους ερωτικούς συντρόφους, έχουν περισσότερες ερωτικές επαφές και επιδίδονται συχνότερα σε άλλους είδους επαφές, εκτός από την καθιερωμένη, σε σύγκριση με αυτούς που αρχίζουν αργότερα. Οι Wellings και Bradshaw (1994), στην έρευνά τους στη Μεγάλη Βρετανία, βρήκαν ότι αυτοί που έχουν νωρίς την πρώτη σεξουαλική επαφή χρησιμοποιούν προφυλακτικό λιγότερο συχνά και συνεπώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τόσο για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, όσο και για μόλυνση από τον HIV και τα άλλα ΣΜΝ (Λουμάκου και συν. 2001).

Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως ορόσημο της σεξουαλικής τους εξέλιξης, είτε ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Ακόμη είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν σήμερα το πιο συχνό πρόβλημα υγείας στη νεολαία, διότι οι νέοι δε παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις ώστε να αποφευχθούν οι βλαβερές συνέπειες.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Τολμούν τη λήψη σεξουαλικών κινδύνων. Πολλές φορές πειραματίζονται «ελέγχοντας τα όρια τους».
- Δε χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα. Επιδεικνύουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου σε θέματα ασφάλειας και σεξουαλικής δραστηριότητας.

- Δεν έχουν σωστή και επαρκή πληροφόρηση για τα νοσήματα αυτά.
- Τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των μακροχρόνιων σπουδών και η καθυστερημένη είσοδος στη παραγωγική διαδικασία, έχουν ως αποτέλεσμα τη λεγόμενη «παρατεταμένη εφηβεία». Το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο διάστημα σχέσεων, συχνότεροι σεξουαλικοί σύντροφοι και αυξημένος κίνδυνος για ΣΜΝ (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

2.3.1.1. Σεξουαλικός προσανατολισμός και παρεκκλίσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου

Οι επιλογές των ενήλικων ανθρώπων για το εάν θα κάνουν σεξ με άτομα του ίδιου ή του άλλου φύλου, φαίνεται από μελέτες που έχουν γίνει ότι επηρεάζονται σε μικρό ποσοστό από τη νοοτροπία και τη στάση της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας. Αντίθετα οι κληρονομικοί, γενετικοί παράγοντες και τα μοναδικά βιώματα ή οι εμπειρίες του κάθε ατόμου έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και του φύλου που θα έχει.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με τη προέλευση του σεξουαλικού προσανατολισμού ενός ανθρώπου.

Οι περισσότεροι επιστήμονες σήμερα συμφωνούν ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός (ομοφυλοφιλία, ετεροφυλοφιλία) είναι το αποτέλεσμα σύνθετων αλληλεπιδράσεων περιβαλλοντικών, γνωσιακών και βιολογικών παραγόντων. (Ανώνυμος (3))

Στους περισσότερους ανθρώπους, ο σεξουαλικός προσανατολισμός τους διαμορφώνεται πολύ νωρίς στη ζωή τους σε πρώιμη ηλικία. Υπάρχουν επίσης πολλά πρόσφατα στοιχεία που τεκμηριώνουν ότι η βιολογία του ατόμου περιλαμβάνει γενετικούς ή εγγενείς ορμονικούς παράγοντες, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και προσανατολισμού του ατόμου.

Είναι σημαντικό να συγκρατήσουμε ότι υπάρχουν πιθανότατα πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το σεξουαλικό προσανατολισμό και τις επιλογές ενός ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες ποικίλλουν ανάλογα με το άτομο. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός δεν είναι κάτι που μπορεί να το επιλέξει ο άνθρωπος. Έχει διαφορετική έννοια από τη σεξουαλική συμπεριφορά. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός αναφέρεται σε αισθήματα και στην εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Οι άνθρωποι έχουν την ίδια δυνατότητα να εκφράσουν αν θέλουν το σεξουαλικό τους προσανατολισμό στη σεξουαλική τους ταυτότητα. Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι μπορούν να επιλέγουν να επιδρούν στα συναισθήματα τους, εντούτοις οι ψυχολόγοι δε θεωρούν ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός είναι μια ενσυνείδητη επιλογή η οποία μπορεί εκουσίως να μεταβληθεί (Ανώνυμος(3)).

Δηλαδή η σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου καθορίζεται από την ταυτότητα του φύλου, τη σεξουαλική προσδοκία και τον προσανατολισμό της σεξουαλικής ζωής του ατόμου. Ο τρόπος που εκφράζει το άτομο τη σεξουαλικότητα του καθορίζεται από το πώς αισθάνεται με την «αρσενικότητα» ή τη «θηλυκότητα» του, από το τι είδους άτομα το ελκύουν, αλλά και από τα πρότυπα που έχει εσωτερικεύσει για το τύπο του άνδρα ή της γυναίκας που το ελκύει.

Το φύλο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου από τη γέννηση του ως το τέλος της ζωής του. Η ταυτότητα του φύλου είναι η εσωτερική αίσθηση «αρρενωπότητας» ή «θηλυκότητας», η αίσθηση δηλαδή ότι είναι αγόρι ή κορίτσι, άνδρας ή γυναίκα. Η ταυτότητα του φύλου έχει δυο διαστάσεις, τη βιολογική και την ψυχοκοινωνική. (σχήμα 3)



Σχήμα 3 Διαχωρισμός της ταυτότητας του φύλου (Ασκητής 2009)

Ο σεξουαλικός προσανατολισμός αποτελεί μια βίο-συναισθηματική έκφραση και για τον καθορισμό του εμπλέκονται βιολογικοί, αλλά και ψυχολογικοί μηχανισμοί. Αρχίζει να οργανώνεται από τη παιδική ηλικία και διαμορφώνεται στα χρόνια της ήβης, για να ολοκληρωθεί στο κλείσιμο της εφηβικής ηλικίας, που ουσιαστικά ανοίγει η σεξουαλική δραστηριότητα από το πέρασμα της πρώτης φοράς στη σεξουαλική ζωή του ατόμου.

Ακόμα, καθορίζεται από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων του φύλου, που διαφέρουν από άτομο σε άτομο, εναρμονίζοντας το ψυχικό με το σωματικό εγώ. Η ολοκληρωμένη του εικόνα σηματοδοτεί τη συμπεριφορά του ατόμου κατά την ενήλικη περίοδο ως αποτέλεσμα της ωρίμανσης, βιολογικής και ψυχολογικής, και της ένταξης του ατόμου στη συνειδητή στάση απέναντι σε ένα άλλο άτομο. (Ασκητής 2009)

Δηλαδή, ο προσανατολισμός της σεξουαλικής ζωής είναι η κατάσταση επίγνωσης της ταυτότητας του εαυτού του και του περιβάλλοντός του, όσον αφορά τη σεξουαλική τοποθέτηση του ατόμου. Αναφέρεται, δηλαδή, στο αν το άτομο είναι ετεροφυλόφιλο, ομοφυλόφιλο ή αμφισεξουαλικό. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός του ατόμου προσδιορίζει την έλξη (Ασκητής 2009).

Πιο αναλυτικά, **ετεροφυλόφιλα** είναι τα άτομα που έλκονται σεξουαλικά από άτομα του αντίθετου φύλου.

Ομοφυλόφιλα είναι τα άτομα εκείνα που έλκονται από τα άτομα του ίδιου φύλου.

Αμφιφυλόφιλα καλούνται τα άτομα που νιώθουν σεξουαλική έλξη τόσο για άτομα του ίδιου φύλου όσο και για άτομα του αντίθετου φύλου.

2.3.2. Εκτίμηση της συμπεριφοράς αυτής

Η γνώση γύρω από τη σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη έρχεται συχνά πολύ αργά, μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι αρνητικές επιπτώσεις της έκφρασης της σεξουαλικότητας των νέων έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή.

Αντίθετα η σεξουαλική αγωγή καθυστερεί αποτελεσματικά την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και μειώνει την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων

Το πέρασμα μέσα από τη παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι μια προετοιμασία για την αντιμετώπιση μιας σειράς προκλήσεων κατά την ενηλικίωση. Η ζωή του νεαρού ενήλικου δεν είναι κάτι ακέραιο και έτσι ο τρόπος που λειτουργεί σεξουαλικά ένα άτομο, συνδέεται με τις σχέσεις του, με την ανάγκη του για οικειότητα, την αντίληψη του για το σώμα του και τις προτεραιότητες για τη ζωή του.

Μερικές από τις στερεότυπες «κρίσεις» της ενήλικης ζωής, που ενδέχεται να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα του ατόμου είναι: η δημιουργία μιας στενής και μόνιμης σχέσης μ' ένα συγκεκριμένο σύντροφο, η προσαρμογή των σεξουαλικών αναγκών του ενός στις ανάγκες του άλλου σε μια σταθερή και συνεχή βάση, οι αντιδράσεις στα αισθήματα πλήξης και μονοτονίας, που προκαλεί η μακρόχρονη σχέση μ' ένα σύντροφο (Tiefer 1982).

Πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες που ασκούν επιρροή στη σεξουαλικότητα των ανθρώπων και ιδιαίτερα των νέων. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται από πολλούς επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με το θέμα, τονίζοντας τις διαφορές που παρουσιάζουν τα δυο φύλα, ξεκινώντας την ανάλυση τους από παλιά.

Μελετώντας την ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι εξαιρετικά δύσκολο να διακρίνουμε ποιες εκδηλώσεις της είναι αποτέλεσμα βιολογικών διαφορών μεταξύ των δυο φύλων και ποιες είναι αποτέλεσμα επιδράσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η διαμάχη μεταξύ αυτών που αποδίδουν τις διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ των δυο φύλων σε γενετικές καταβολές, και αυτών που πιστεύουν, πως οι διαφορές αυτές έχουν κυρίως κοινωνική και πολιτιστική προέλευση, συνεχίζεται επί αιώνες. Ανθρωπολογικές και βιολογικές μελέτες των τελευταίων χρόνων δείχνουν, πως η ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά παρουσιάζει τεράστια ποικιλία και ελαστικότητα και ότι ως επί το πλείστον, η συμπεριφορά αυτή μαθαίνεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί. Οι διαφορές στη σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ των διαφόρων κοινωνιών είναι τόσο μεγάλες, ώστε είναι σχεδόν αδύνατο να μιλήσει κανείς για «τυπική φυσιολογική» συμπεριφορά, που να περιλαμβάνει όλο το ανθρώπινο είδος. Όλες σχεδόν οι μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι ή ήταν κάποτε παραδεκτές, στη μια ή στην άλλη ανθρώπινη κοινωνία. Οι ίδιες αυτές μορφές μπορεί, συγχρόνως, να καταδικάζονται έντονα από άλλες κοινωνίες. Ακόμη και στην ίδια κοινωνική ομάδα είναι δυνατό διάφορες υποομάδες να έχουν σημαντικές διαφορές στα έθιμα τα σχετικά με τη σεξουαλική ζωή. Η ύπαρξη τέτοιων διαφορών δεν αποδεικνύει βέβαια ότι οι διαφορές αυτές οφείλονται αποκλειστικά σε πολιτιστικούς παράγοντες. Εντούτοις αν η σεξουαλική συμπεριφορά προσδιοριζόταν κυρίως από βιολογικούς παράγοντες, θα περίμενε να βρει κανείς κάποια κοινά χαρακτηριστικά δια μέσου των διαφόρων κοινωνιών. Ακόμη και στις σπάνιες περιπτώσεις, που φαίνεται να υπάρχουν τέτοια κοινά χαρακτηριστικά (Σταυρόπουλος 1979).

Τα στοιχεία που διαθέτουμε σήμερα, δείχνουν πως οι περισσότερες διαφορές συμπεριφοράς μεταξύ των δυο φύλων είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Οι διαφορές αυτές μεταξύ των δυο φύλων μπορεί να περιλάμβαναν όχι μόνο σωματικά, αλλά και συναισθηματικά και διανοητικά χαρακτηριστικά.

Κοινωνικοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς, που υπαγορεύτηκαν από την αναπαραγωγική λειτουργία των σεξουαλικών σχέσεων, ίσως ατονήσουν, μια και η λειτουργία αυτή θα μπορεί να ελέγχεται κατά βούληση.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη ζωή των νέων ενεργά είναι η στάση της πολιτείας στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των πολιτών της, όταν ακόμα είναι σε νεαρή ηλικία. Σε χώρες της Ευρώπης επιβάλλεται συστηματική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και γίνεται πρακτικά σε όλα τα σχολεία, από το δημοτικό και ακόμα και στο νηπιαγωγείο ως τη τελευταία τάξη του μέσης εκπαίδευσης.

Το περιεχόμενο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης περιλαμβάνει τη συστηματική σεξουαλική διαφώτιση για την ανατομία και τη φυσιολογία των γεννητικών οργάνων, την ανάπτυξη του εμβρύου, τη διαδικασία του τοκετού και τη προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα. Σπανιότερα γίνεται ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και ακόμα σπανιότερα εξετάζονται θέματα όπως η πορνογραφία και οι παρεκκλίσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Σε χώρες όπου λείπουν από τα σχολικά προγράμματα αυτά τα θέματα, καμιά φορά καλύπτονται από ειδικούς που προσκαλούνται γι' αυτό το σκοπό (Σταυρόπουλος 1979).

Την ευθύνη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών και των νέων στην Ευρώπη τη μοιράζονται παιδαγωγοί, γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και μαίες.

Εκτός από τα σχολεία, σε πολλές χώρες συμβάλλουν στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ειδικά συμβούλια υγιεινής διαφώτισης, ή οι εταιρείες οικογενειακού προγραμματισμού. Για την όσο γίνεται ευρύτερη εξάπλωση

γνώσεων και για τη μεταβίβαση ηθικών κανόνων για τη σεξουαλική ζωή, σε αρκετές χώρες χρησιμοποιούνται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εκδίδονται βιβλία, δημοσιεύονται άρθρα και οργανώνονται ελεύθερες συζητήσεις πάνω στο θέμα.

Η στάση των γονέων ποικίλλει από την πλήρη αποδοχή της αξίας της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και τη θερμή υποστήριξη ως την επιφυλακτικότητα και την άρνηση.

Η συμβολή των γονέων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ιδιαίτερα στην ενημέρωσή τους στα δύσκολα χρόνια της εφηβείας και της μετεφηβικής περιόδου είναι πολύ ελλιπείς (Σταυρόπουλος 1979).

Αντίθετα στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Αν και δεν απαγορεύεται, δεν γίνεται ούτε καν υπεύθυνη σεξουαλική διαφώτιση, και οι περισσότεροι Έλληνες, ακόμα και σήμερα, ενημερώνονται και διαμορφώνουν τη στάση τους, τις απόψεις τους για τη σεξουαλική ζωή, ανεπίσημα περίπου όπως και όποτε τύχει και με λίγες εξαιρέσεις από πρόσωπα που δεν είναι υπεύθυνα ούτε αρμόδια. Έτσι οι νέοι αντλούν τις όποιες γνώσεις τους και διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλική ζωή:

- Από συνομήλικους ή μεγαλύτερους που και αυτοί απέκτησαν τις όποιες γνώσεις έχουν με παρόμοιο τρόπο.
- Από τους γονείς, που συχνά οι προσπάθειές τους είναι ανεπιτυχείς, γιατί πολλές φορές όχι μόνο δε ξέρουν οι ίδιοι αρκετά αλλά ούτε πως ή πότε πρέπει να πουν όσα ξέρουν.
- Από βιβλία ή άλλα έντυπα που δεν είναι σίγουρο ότι περιέχουν πάντα έγκυρες πληροφορίες

Για τη στάση των γονέων και γενικά του κοινού δε ξέρουμε να υπάρχουν στοιχεία βασισμένα στη διερεύνηση του θέματος στη χώρα μας. Είναι όμως φανερό πως η έλλειψη συστηματικής διαπαιδαγώγησης αφήνει το μέσο Έλληνα στην άγνοια ή στην ημιμάθεια, διαιωνίζει τους φόβους και τις προκαταλήψεις

του, και τον δυσκολεύει να πάρει ξεκάθαρη θέση για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Σοβαροί παράγοντες της σεξουαλικής ζωής των νέων είναι η σωστή ενημέρωση και ο σεβασμός της γνώμης του άλλου σε μια σχέση. Δηλαδή με τον όρο «σωστή ενημέρωση» εννοούμε τη συνεχή επιμόρφωση πάνω σε θέματα της σεξουαλικής τους ζωής, καθώς και σε θέματα που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό. Η ενημέρωση πρέπει να καλύπτει και ένα βασικό θέμα, που είναι οι τρόποι αποφυγής σύλληψης. Η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών βοηθά στη λύση αυτού του προβλήματος.

Ένας άλλος παράγοντας που διαμορφώνει και αυτός τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων ανθρώπων είναι, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των γονιών, η οποία επηρεάζει με τη σειρά της, και αντιμετωπίζει ανάλογα, σωστά ή όχι τα σεξουαλικά προβλήματα των παιδιών τους (Σταυρόπουλος 1979).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολυάριθμες έρευνες δείχνουν ότι οι κύριοι ενοχοποιητικοί παράγοντες που ευθύνονται για την έναρξη χρήσης οιοπνεύματος, καπνού και μαριχουάνας είναι οι εξής:

- η ευκολία πρόσβασης
- το χαμηλό κόστος
- η παρότρυνση από συνομήλικους
- η απώλεια γονικού ελέγχου
- η έλλειψη επικοινωνίας και συναισθηματικών δεσμών

(Πολυκανδριώτη και συν., 2009)

2.4.1. Αλκοόλ- Ναρκωτικά και νέοι

A. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:

Γενικές έννοιες- Ορισμοί

Με τον όρο «ναρκωτικά» εννοούμε γενικά, ουσίες με διαφορετική χημική δομή και δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, από διεγερτική μέχρι και κατασταλτική αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν τη θυμική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και φυσικής (με σωματικές εκδηλώσεις) ποικίλου βαθμού. Δηλαδή ως ναρκωτικά θεωρούμε κάθε χημική ουσία που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο δουλεύει το μυαλό ή το σώμα κάποιου. Όλες αυτές οι χημικές ουσίες όταν εισέλθουν στον οργανισμό του ανθρώπου μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται, σκέφτεται ή αισθάνεται, επηρεάζουν δηλαδή τη σωματική και ψυχική του κατάσταση.

Η νικοτίνη, η κάνναβη, η μορφίνη, η ηρωίνη, το αλκοόλ, αλλά και οι άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες δημιουργούν εθισμό, επειδή διαταράσσουν την ομοιόσταση του οργανισμού.

Τα ναρκωτικά τροποποιούν τη δραστηριότητα μιας ποικιλίας ουσιών του εγκεφάλου, αλλοιώνοντας τη πορεία πολλών εγκεφαλικών διαδικασιών (Γκούβρα και συν. 2005).

Στα ναρκωτικά περιλαμβάνονται παράνομες ουσίες όπως, η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η μαριχουάνα και το χασίς.

Οι νέοι παίρνουν ναρκωτικά για να διασκεδάσουν, να ενσωματωθούν σε κάποια ομάδα, να ηρεμήσουν, να καταπολεμήσουν το άγχος, την ανία. Εκτός όμως από αυτά οι νέοι θέλουν επίσης να ζήσουν καινούργιες εμπειρίες και να πειραματιστούν στο τομέα του σεξ. Αυτό είναι μέρος της διαδικασίας ανακάλυψης του εαυτού τους.

Γίνεται έτσι αμέσως φανερό ότι ο μέσος όρος «ναρκωτικά» δεν είναι δόκιμος για όλες τις ουσίες, αφού σε αυτόν περιλαμβάνονται και ενώσεις με διεγερτική δράση, εκφράζει σωστά μόνο μια κατηγορία που έχει πράγματι ναρκωτική ενέργεια.

Ο ορισμός που προτάθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και υιοθετήθηκε διεθνώς για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, είναι «φάρμακα που προκαλούν εξάρτηση». Σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται ως Dependence producing drugs (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

Όμως εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας, πολλοί νέοι παρεκτρέπονται και ξεφεύγουν από τα όρια της δοκιμής, κάνοντας κατάχρηση των παραπάνω ουσιών.

Με το τέλος του 19^{ου} αιώνα, κατάχρηση ναρκωτικών και εθισμός αναφέρονται σε πολλές χώρες, φαινόμενο που άρχισε να επισύρει τη προσοχή των εθνικών κυβερνήσεων στα πλαίσια του κινήματος ανάπτυξης κοινωνικής υπευθυνότητας (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

Οι ουσίες που προκαλούν κάποιο είδους εθισμό, χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες: στα κατασταλτικά, στα διεγερτικά, στα παραισθησιογόνα και στα συνθετικά.

ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ:

Τα κατασταλτικά εξασθενούν την ενέργεια του σώματος, μειώνουν την ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα και σε μεγάλες ποσότητες, επηρεάζουν τον ύπνο. Μικρές ποσότητες κατασταλτικών μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα διέγερσης το οποίο οφείλεται στην αρχική καταστολή των ανασταλτικών κέντρων του εγκεφάλου. Γενικότερα, τα κατασταλτικά μειώνουν το καρδιακό ρυθμό, το ρυθμό αναπνοής, το συντονισμό των μυών και την ενέργεια, ενώ αμβλύνουν τις αισθήσεις. Μεγαλύτερες ποσότητες οδηγούν σε κώμα και αν οι ζωτικές λειτουργίες σταματήσουν σε θάνατο. Οι κυριότερες

κατηγορίες περιλαμβάνουν τα βαρβιτουρικά, τα απιοειδή, το αλκοόλ και την ηρωίνη. (Matbre 2005)

- **Αλκοόλ:**

Τα οينوπνευματώδη ή αλκοολούχα ποτά ονομάζονται έτσι γιατί περιέχουν οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη). Παρασκευάζονται είτε με ζύμωση σταφυλιών (κρασί), κριθαριού (μπύρα), μήλων (μηλίτης) είτε με απόσταξη σακχαρούχων πρώτων υλών, που έχουν υποστεί ζύμωση (κονιάκ, ουίσκι, ρακί). (Πίνακας 1)

Πίνακας 1. Περιεκτικότητα οينوπνευματωδών ποτών σε αλκοόλη

Οينوπνευματώδες ποτό	Αλκοολικοί βαθμοί
Μπίρα	5
Κρασί	11
Ουίσκι- βότκα	40
Ρούμι	60

Πίνακας 1. Η Περιεκτικότητα των οينوπνευματωδών ποτών σε αλκοόλη (Γκούβρα και συν. 2005).

Το αλκοόλ είναι το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο στη χρήση ψυχοδιεγερτικό φάρμακο στο κόσμο. Το οινόπνευμα από τη στιγμή της εισόδου του στον οργανισμό του ανθρώπου ερεθίζει τη στοματική κοιλότητα και τον οισοφάγο και από εκεί περνά στο στομάχι, όπου προκαλεί αυξημένη έκκριση γαστρικών υγρών. Στη συνέχεια περνά στο λεπτό έντερο (Γκούβρα και συν. 2005).

Η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα (BAC), καθώς και η απορρόφηση της, επομένως και ο χρόνος εμφάνισης των επιπτώσεων της, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, από τη συγκέντρωση αλκοόλης στο ποτό, το ρυθμό της κατανάλωσης ποτού, το ρυθμό απορρόφησης (βραδύτερος με τη παρουσία φαγητού), το ρυθμό του μεταβολισμού, το βάρος και το φύλο ενός ατόμου, τη ψυχική διάθεση του χρήστη (κούραση, άγχος).(Matbre 2005)

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο ήπαρ και για το λόγο αυτό αρκετοί από τους ανθρώπους που καταναλώνουν 60-80g αλκοόλης την ημέρα θα παρουσιάσουν ηπατικό πρόβλημα, μετά από 5 χρόνια χρήσης (Γκούβρα και συν. 2005).

Μετά την απορρόφηση της, η αλκοόλη διαχέεται, μέσω του αίματος, στους ιστούς και στα βιολογικά υγρά του σώματος. Έτσι, μπορεί να εντοπιστεί στον εκπνεόμενο αέρα και στα ούρα και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στην κυκλοφορία του εμβρύου. Η ποσότητα αλκοόλης που μπορεί να μεταβολίσει το ήπαρ ανά ώρα είναι ισοδύναμη με περίπου 21ml ούσκι, 113ml κρασιού ή 340ml μπίρας. Η ανοχή θα αναπτυχθεί με χρόνια κατανάλωση, και ένα άτομο μπορεί να φτάσει σε υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα με μηδαμινές συνέπειες στο ΚΝΣ. Οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από το αλκοόλ σε σχέση με τους άνδρες, αφού οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη δραστηριότητα αλκοολικής διυδρογενάσης από τους άνδρες (εκτός από αυτούς με χρόνια αλκοολισμό). Επειδή αυτό το ένζυμο διασπά την αλκοόλη, η ανεπάρκεια έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα του αλκοόλ. Συνεπώς οι γυναίκες υποφέρουν από μακροχρόνιες επίδρασης λήψης αλκοόλ σε αρκετά μικρότερο βαθμό και για λιγότερο χρόνο (Gordon, 2002). Η μέτρια χρήση αλκοόλ μπορεί να προσφέρει ωφέλει στην υγεία με το να εξασφαλίζει ήπια χαλάρωση και να ελαττώνει τη χοληστερόλη ορού.(Abramson 2001), (Matbre 2005)

Το Εθνικό Ίδρυμα για την Κατάχρηση Αλκοόλ και τον Αλκοολισμό (National Institute on Drug Abuse and Alcoholism) ανέφερε βάσει ερευνών πως η μετάδοση του αλκοολισμού από την οικογένεια είναι τουλάχιστον εν μέρει και γενετική και όχι μόνο αποτέλεσμα του οικογενειακού περιβάλλοντος.(Matbre 2005)

- **Ηρωίνη:**

Η ηρωίνη είναι ένα από τα οπιοειδή. Τα οπιούχα περιλαμβάνουν τα φυσικά ναρκωτικά που βρίσκονται στην οπιούχα παπαρούνα, δηλαδή το όπιο, τη μορφίνη, και την κωδεΐνη. Τα οπιοειδή είναι συνθετικά ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη (ημισυνθετική), η μεπεριδίνη, η μεθαδόνη, η οξυκοδόνη και η προποξυφαΐνη, που μιμούνται τις επιδράσεις των φυσικών οπιούχων. (Matbre 2005). Τα οπιοειδή ενεργούν αρχικά στα κέντρα του εγκεφάλου και στη συνέχεια επιβραδύνουν τη δραστηριότητα όλου του ΚΝΣ (Γκούβρα και συν. 2005).

Τα οπιούχα είναι τα πιο δραστικά φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου, περίπου μόνο το 0,1% από τους ασθενείς που τα λαμβάνουν θα αναπτύξουν εθισμό, και γι'αυτό ο φόβος του εθισμού δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για ελλιπή φροντίδα του πόνου.

Η ανοχή αναπτύσσεται εύκολα με τα οπιοειδή και είναι ικανή να φτάσει σε εντυπωσιακά επίπεδα. Η ανοχή σε ένα οπιοειδές διευρύνεται και σε άλλα οπιοειδή και γι'αυτό το λόγο μπορεί να συμβεί διασταυρούμενη ανοχή. Η σωματική ανοχή αναπτύσσεται επίσης γρήγορα..Λιγότερο από δυο εβδομάδες συνεχούς χρήσης μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα στέρησης όταν το ναρκωτικό δεν ελαττωθεί σταδιακά. Η χρόνια κατάχρηση οπιοειδών προκαλεί λίγα σωματικά προβλήματα, εκτός από δυσκοιλιότητα. Οι κύριες αιτίες θανάτων από ηρωίνη είναι αλλεργική αντίδραση με οξύ πνευμονικό οίδημα, αναπνευστική επιβράδυνση με δύσπνοια και οξεία δηλητηρίαση που προκαλείται από ηρωίνη νοθευμένη με μη οπιοειδή (Γκούβρα και συν. 2005).

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ:

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα διεγερτικά για να αισθανθούν μεγαλύτερη εγρήγορση και ενέργεια. Αυτά τα φάρμακα λειτουργούν με το να δραστηριοποιούν ή να διεγείρουν το νευρικό σύστημα. Η αύξηση στην εγρήγορση και την ενέργεια προκαλείται από τη διέγερση των νευρικών ινών

ώστε να εκκρίνουν νοραδρεναλίνη και άλλους νευροδιαβιβαστές. Παρόλα αυτά, αυτές οι ουσίες δεν παρέχουν στο άτομο περισσότερη ενέργεια, κάνουν μόνο το σώμα να ξοδεύει τη δική του ενέργεια γρηγορότερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες απ'ότι θα έκανε φυσιολογικά.

Τα διεγερτικά μπορούν να είναι αποτελεσματικά και να έχουν λίγες αρνητικές συνέπειες αν χρησιμοποιούνται προσεκτικά και κατάλληλα. Στο σώμα πρέπει να παρέχεται χρόνος για να ανανεωθεί μετά τη χρήση του διεγερτικού. Αυτό που έρχεται μετά τη χρήση ενός διεγερτικού, είναι η κατάσταση «πτώσης», δηλαδή ένα αίσθημα τεμπελιάς, πνευματικής κούρασης, υπνηλίας, και πιθανής κατάθλιψης. Πολλά άτομα που κάνουν κατάχρηση διεγερτικών συχνά μπαίνουν σε ένα φαύλο κύκλο για να αποφύγουν το συναίσθημα της πτώσης, παίρνοντας άλλη μια δόση, δημιουργώντας έτσι σωματικό εθισμό προκειμένου να δράσει η διεγερτική ουσία. Τα κοινά διεγερτικά περιλαμβάνουν τη νικοτίνη, την ινδική κάνναβη, τη κοκαΐνη, τη καφεΐνη και τις αμφεταμίνες. (Matbre 2005)

- **Κοκαΐνη:**

Η κοκαΐνη προέρχεται από το θάμνο της κόκας που βρίσκεται στις ανατολικές πλαγιές των Άνδεων και καλλιεργείται από τους Αμερικανούς Ινδιάνους του Νότου για εκατοντάδες χρόνια. Με το τέλος του 19^{ου} αιώνα, κατάχρηση ναρκωτικών και από τις αρχές του 1900, η συνήθης οδός χορήγησης λευκής σκόνης ήταν η ενδορρινική οδός (Weil και Rosen, 1998). Από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 εισήχθη μια άλλη μορφή κοκαΐνης που μπορούσε να καπνιστεί. Η κοκαΐνη διαλυόταν σε νερό, αναμειγνυόταν με μαγειρική σόδα και μετά θερμαινόταν για το σχηματισμό κρυστάλλων το γνωστό «κρακ». (Matbre 2005)

Το «κρακ» είναι πολύ πιο δυνατό από την κοκαΐνη και πολύ πιο φτηνό. Προκαλεί πιο έντονη ευφορία αλλά διαρκεί πολύ λίγο και αυτό το καθιστά εξαιρετικά εθιστικό, εφόσον ο χρήστης αισθάνεται συνεχώς την ανάγκη για επανάληψη της δόσης. Η χρήση του δημιουργεί ταχύτατα ανοχή, αλλά και λόγω

του τρόπου χρήσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. (Χαραλαμπίδης 2003)

Όταν καπνίζεται απορροφάται από τους πνεύμονες και φτάνει γρήγορα στον εγκέφαλο. Το βασικό και πιο σοβαρό χαρακτηριστικό του κρακ είναι ότι δημιουργεί εθισμό στο πολύ σύντομο χρονικό διάστημα των 6- 10 εβδομάδων

Η κοκαΐνη δημιουργεί ένα αίσθημα έντονης ευφορίας, αυξημένης αυτοπεποίθησης και προθυμίας για δουλειά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η χρήση κοκαΐνης προκαλεί αύξηση των σφυγμών και γρήγορη αναπνοή, άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος, διαστολή της κόρης των ματιών, εφίδρωση και χλόμιασμα (Γκούβρα και συν. 2005).

Το κάπνισμα κοκαΐνης δίνει έντονα αποτελέσματα διότι το ναρκωτικό φτάνει γρήγορα στον εγκέφαλο μέσω των αιμοφόρων αγγείων του πνεύμονα. Ο χρήστης κοκαΐνης μπορεί να εγκλωβιστεί σε έναν επικίνδυνο κύκλο απόκτησης υπερβολικά καλής διάθεσης που ακολουθείται από υπερβολικά κακή διάθεση και για να αποφύγει αυτή τη κακή διάθεση καταναλώνει περισσότερη κοκαΐνη. Η εξάρτηση από το κρακ αναπτύσσεται γρήγορα και είναι ακριβή. Η κοκαΐνη που κυκλοφορεί στο δρόμο κυμαίνεται σε καθαρότητα από 5 ως 60% και μπορεί να νοθεύεται με άλλα ναρκωτικά, όπως η αμφεταμίνη, ή με οποιαδήποτε άλλη λευκή σκόνη, όπως η ζάχαρη ή πούδρα για τα μωρά. (Beers και Berkow,1999). (Matbre 2005)

- **Ινδική κάνναβη:**

Η ινδική κάνναβη είναι ένα φυτό που παρουσιάστηκε αρχικά στη Κεντρική Ασία. Από τους αρχαίους χρόνους ο άνθρωπος καλλιεργούσε τη κάνναβη για τις ίνες της, από τις οποίες κατασκεύαζε σχοινιά για τους σπόρους της, από του οποίους έπαιρνε λάδι, για το ρετσίνι και τα φύλλα της από όπου έπαιρνε ναρκωτικά. Η μαριχουάνα, το χασίς και το χασισέλαιο είναι παράγωγα αυτού του φυτού. Η κάνναβη προκαλεί μια ποικιλία βραχυπρόθεσμων

επιδράσεων, όπως απώλεια συγκέντρωσης, ταχυπαλμία, σύγχυση, αναστάτωση, αγωνία, πανικό (Γκούβρα και συν. 2005).

Σε σύγκριση με άλλα ψυχοδιεγερτικά ναρκωτικά, η μαριχουάνα έχει μικρή τοξικότητα και είναι από τις πιο ασφαλείς γνωστές θεραπευτικές ουσίες (National Institute on Drug Abuse, 2005). Παρόλα αυτά, επειδή είναι παράνομη, δεν υπάρχει έλεγχος ποιότητας και ο χρήστης μπορεί να καταναλώσει νοθευμένη μαριχουάνα. Οι χρήστες απολαμβάνουν μια ήπια ευφορία, μια αίσθηση ξεκούρασης και μια διέγερση των αισθητηριακών αντιλήψεων. (Matbre 2005)

ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ:

Τα παραισθησιογόνα είναι μια σειρά από ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν το ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι φυσικές («μαγικά μανιτάρια») ή χημικές (LSD) (Χαραλαμπίδης 2003). Πολλά από αυτά τα ναρκωτικά έχουν χρησιμοποιηθεί από πολλούς πολιτισμούς για την ευφορία που προκαλούν αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί και ως αφροδισιακά. Η βασική συναισθηματική διάθεση και οι προσδοκίες (ιδιοσυγκρασία) μαζί με τον άμεσο περίγυρο (σκηνικό - χώρο) επηρεάζουν τις πνευματικές επιδράσεις που βιώνονται από το χρήστη. Οι σωματικές επιδράσεις είναι περισσότερο συνεχείς και επίμονες και δημιουργούνται από τη διέγερση του ΚΝΣ (Matbre 2005).

- **LSD:**

Το LSD προέρχεται από ένα μύκητα, την ερυσιβώδη ολύρα, που είναι παράσιτο της σίκαλης και άλλων δημητριακών. Το LSD είναι το πιο γνωστό ναρκωτικό στη κατηγορία των παραισθησιογόνων. Το καθαρό LSD είναι μια άσπρη, διαλυτή, κρυσταλλική σκόνη, απίστευτα δραστική, πράγμα που καθιστά απαραίτητη την αραίωση του.

Η επίδραση του LSD ξεκινά περίπου μια ώρα μετά τη λήψη της ουσίας, φτάνει στο απόγειο του μετά από δυο ως τρεις ώρες, και διαρκεί γύρω στις 12 με 15 ώρες. Τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του χρήστη από την εμπειρία του, από τις προσδοκίες του και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση (Χαραλαμπίδης 2003)

- **Μαγικά μανιτάρια:**

Πολλά μανιτάρια αυτού του είδους φυτρώνουν επίσης στη Β. Αμερική και την Ευρώπη. Περιέχουν ψιλοχιμβίνη, μια ουσία με παραισθησιογόνα δράση παρόμοια με αυτή του LSD, αλλά ελαφρότερης μορφής. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν φρέσκα ή αποξηραμένα, να φαγωθούν ή να βραστούν μέσα σε τσάι.

Μετά τη χρήση δημιουργείται εφορία, χαρά και παραισθήσεις, συνήθως οπτικές ή και ακουστικές. Αρχίζουν περίπου μισή ώρα μετά τη χρήση και διαρκούν από 4 έως 9 ώρες. Με τη χρήση τους αναπτύσσεται γρήγορη ανοχή. Δεν έχει διαπιστωθεί σωματική εξάρτηση, αλλά πολλά άτομα εξαρτώνται ψυχικά (Χαραλαμπίδης 2003).

ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:

Πρόκειται για ουσίες οι οποίες παρασκευάζονται από χημική διαφοροποίηση ήδη υπάρχοντων ουσιών που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Τα συχνότερα συνθετικά ναρκωτικά προέρχονται από παράγωγα της αμφεταμίνης που κυκλοφορούν στην αγορά ως «έκσταση», και παράγωγα παραισθησιογόνων.

- **MDMA:**

Ecstasy είναι το χημικό όνομα μίας ουσίας που είναι γνωστή ως MDMA. Είναι ένα ημισυνθετικό ναρκωτικό, που βασικό χαρακτηριστικό του είναι η αμφεταμίνη. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά από ψυχιάτρους και ψυχοθεραπευτές για θεραπευτικούς λόγους, για να διευκολύνουν τη ψυχοθεραπεία. Έχει μπει στη κατηγορία των φαρμάκων που αυξάνουν τη διάθεση και παράγουν αισθήματα συμπάθειας, εξωστρέφειας και ευφορίας. Μπορεί να προκαλέσει αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, του ρυθμού της καρδιάς και της αρτηριακής πίεσης. Όταν λαμβάνεται από το στόμα τα αποτελέσματα του βιώνονται σε 20 με 40 λεπτά, με τη μέγιστη δράση στα 60 με 90 λεπτά, και παύουν σε 3 με 5 ώρες (Byard et al. 1998, Greer & Tolbert 1998).

2.4.2. Αιτίες της συμπεριφοράς αυτής

Εξαιτίας των επικίνδυνων συνηθειών που έχουν κάποιοι νέοι, ο κίνδυνος να μολυνθούν από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι μεγάλος. Αυτές είναι:

- Η μη χρησιμοποίηση του προφυλακτικού για προστασία.
- Οι πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις, διότι το ανοσοποιητικό σύστημα των νεαρών κοριτσιών δεν έχει τελειοποιηθεί.
- Οι πολλαπλοί σύντροφοι, που συνεπάγεται και πολλαπλούς κινδύνους.
- Η έλλειψη υγιεινής
- Το τσιγάρο, γιατί εξασθενίζει το ανοσοποιητικό σύστημα
- Το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, γιατί μειώνουν τις αναστολές και κάθε διάθεση για επαγρύπνηση. (Λαμπροπούλου 2002)

2.5. Αντιμετώπιση – Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών γενικά στην Ευρώπη και ειδικά στην Ελλάδα έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις διότι παραμένει ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της χώρας.

Έτσι λοιπόν η πολιτική για τα ναρκωτικά μπορεί να έχει τρεις στρατηγικές ταυτόχρονα:

- Μείωση της προσφοράς
- Μείωση της ζήτησης και
- περιορισμός των επιβλαβών συνεπειών

Οι βασικοί στόχοι της μπορεί να είναι:

α) η μείωση του συνολικού αριθμού των χρηστών

β) η μείωση των χρηστών συγκεκριμένων τύπων ναρκωτικών

γ) η μείωση των κινδύνων από τη χρήση ναρκωτικών γενικά αλλά και ειδικά, όπως π.χ. κατά τη διασκέδαση

δ) ο περιορισμός της επικίνδυνης συμπεριφοράς η οποία συνδέεται με αυτό το πρότυπο χρήσης

ε) η λήψη μέτρων για συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου

στ) η μείωση των διακινούμενων ποσοτήτων.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών είναι η πρόληψη και η καταστολή. Η καταστολή συνδέεται με το περιορισμό της προσφοράς, ενώ η πρόληψη με τη μείωση της ζήτησης, τον περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών και τη νομιμοποίηση της χρήσης ή καλύτερα τη ρύθμιση της προσφοράς των ναρκωτικών ουσιών.

Η μείωση της προσφοράς επιτυγχάνεται με τον περιορισμό της εξαγωγής ναρκωτικών από τις χώρες παραγωγής, την αύξηση του ορίου ηλικίας που μπορεί κάποιος να προμηθευθεί ναρκωτικά (π.χ. ηρεμιστικά χάπια), τη συνταγογράφηση ορισμένων από αυτά, την επιβολή υψηλής φορολογίας, τον αυστηρό έλεγχο και την κινητοποίηση του μηχανισμού καταστολής. Ο βασικότερος τρόπος περιστολής εφοδιασμού της αγοράς είναι το εκρίζωμα καλλιιεργειών από τις οποίες προέρχονται ναρκωτικές ουσίες και η αντικατάστασή τους με άλλες συμβατικές καλλιέργειες. Η μείωση της ζήτησης επιτυγχάνεται με τη πρόληψη μέσω της πληροφόρησης και της σωστής ενημέρωσης στα σχολεία και γενικά στα εκπαιδευτικά ιδρύματα, στους χώρους απασχόλησης και ψυχαγωγίας των νέων μέσω της έγκαιρης παρέμβασης σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η πολιτική του περιορισμού των επιβλαβών συνεπειών συγχέεται συχνά με τη νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών. Κατευθυντήριοι άξονες όμως αυτής της πολιτικής είναι μόνο οι ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες για την υγεία των χρηστών και γενικότερα τη δημόσια υγεία που προκύπτουν από την απαγόρευση (Λαμπροπούλου 2002).

2.6. Πρόληψη

2.6.1. Στη σεξουαλική συμπεριφορά

Στην Ευρώπη, αλλά και διεθνώς, υπήρξαν αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα στα πανεπιστήμια, τα οποία είχαν ως στόχο να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή πληροφόρηση αναφορικά με τις βλαπτικές επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ουσιών. Παρόμοια προγράμματα δεν έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο. Δεν υπήρξε ποτέ συστηματικός έλεγχος της συνήθειας της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών των φοιτητών και φοιτητριών των Ελληνικών Πανεπιστημίων και μάλιστα των σχολών επαγγελματιών υγείας. (Διομήδους και συν. 2007)

Επιθετική και τεκμηριωμένη πληροφόρηση σε τακτά χρονικά διαστήματα απαιτείται στους φοιτητές των σχολών επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα στους ιατρούς και νοσηλευτές, που επί του παρόντος παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτό το μέτρο είναι τελείως απαραίτητο, γιατί από τη φύση του επαγγέλματός τους οι λειτουργοί υγείας αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς της ομαλής λειτουργίας του συστήματος για τον υπόλοιπο πληθυσμό και ιδιαίτερα για τη νεολαία. Συμπερασματικά, η συνειδητοποίηση των βλαπτικών επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ουσιών και ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσουν οι φοιτητές των επαγγελματιών υγείας, μαζί με την δραστηριοποίηση των ιθυνόντων της πολιτείας, είναι καίριας σημασίας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν τόσο από την αύξηση της συνήθειας του καπνίσματος, όσο και από την υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. (Διομήδους και συν, 2007)

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η γνώση για το AIDS, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις προφυλάξεις είναι αναγκαία προϋπόθεση για την κινητοποίηση συμπεριφοράς προφύλαξης, όμως είναι φανερό ότι δεν είναι επαρκής (Di Clemente 1989, Fisher & Misovich 1990). Αυτό ισχύει για τις αντιλήψεις και στάσεις όταν η σχέση τους με τη συμπεριφορά προφύλαξης εξετάζεται μεμονωμένα και στατικά, χωρίς τη συνδρομή μιας ψυχολογικής θεωρίας που θα μπορούσε να εξηγήσει τη μεγάλη απόσταση μεταξύ του τι γνωρίζω, τι πιστεύω, αφενός, και του αν προστατεύω τον εαυτό μου στην πράξη, αφετέρου (Fisher & Fisher, 1993). Θα έπρεπε να εξετάζονται υποθέσεις για τη δυναμική σχέση των παραγόντων αυτών μεταξύ τους, ακριβέστερα να εξετάζονται ποιες πληροφορίες, ποιοι δημογραφικοί, ψυχοκοινωνικοί και παράγοντες προσωπικότητας εισέρχονται στη εξίσωση της ατομικής απόφασης και με ποιο ειδικό βάρος, ώστε να παραχθεί η απόφαση της χρήσης (Λουμάκου και συν. 2001).

Η διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη συζήτηση του θέματος μεταξύ των συντρόφων αλλά και το χειρισμό της ενδεχόμενης άρνησης του άλλου. Τα ευρήματα ερευνών που έγιναν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν ότι η συζήτηση αυξάνει την

πιθανότητα χρήσης προφυλακτικού μόνο αν ο σύντροφος που παίρνει πρωτοβουλία είναι έμπειρος, έχει την ικανότητα να επιβάλλεται (Cline et al., 1992, Misovich, Fisher & Fisher, 1997) και επίσης βρίσκεται κοινωνικά σε πλεονεκτικότερη θέση (Vanishseni et al., 1993). Το θέμα της διαπραγμάτευσης για τη χρησιμοποίηση προφύλαξης φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ισορροπία της δύναμης ανάμεσα στο ζευγάρι, ισορροπία που συνδέεται με θέματα των στερεοτύπων των φύλων (Bajos & Marquet, 2000) Το να διαπραγματευθεί η γυναίκα ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές προϋποθέτει επιπλέον την ανοιχτή παραδοχή της δικής μας επιθυμίας για ολοκληρωμένη ερωτική επαφή (Lear, 1995) Αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μια γυναίκα στο δικό μας πολιτισμικό πλαίσιο και ακόμα πιο δύσκολο όταν αφορά την πρώτη φορά με έναν καινούριο ερωτικό σύντροφο (Λουμάκου και συν. 2001). Το σεξουαλικό ζήτημα συνεχίζει μέχρι και σήμερα να είναι μπλεγμένο μέσα σε προλήψεις και απαγορεύσεις, παρόλο που συζητείται πιο εύκολα απ' ότι παλιότερα.

Το σεξ είναι κάτι ιδιότυπο και αυτό οφείλεται στη βραδεία ωρίμανση του ενστίκτου. Ειδικοί υποστηρίζουν ότι το σεξουαλικό ένστικτο δεν απουσιάζει από τη παιδική ηλικία. Το σεξουαλικό θέμα πρέπει από την αρχή να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσικό και ευχάριστο. Οι γονείς είναι ανάγκη να φροντίσουν ώστε όλα να γίνουν γνωστά γύρω από το σεξ από την έλευση της εφηβείας.(Russell, 1991).

Η γνώση της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην εφηβική ηλικία προλαμβάνει τραυματικές εμπειρίες και ελαχιστοποιεί κινδύνους, όπως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, και τυχόν μολύνσεις (Ασκητής 2009).

Οι συνηθέστερες μέθοδοι αντισύλληψης είναι:

- Αντισυλληπτικό χάπι: Το αντισυλληπτικό χάπι περιέχει συνθετικές ορμόνες που αναστέλλουν την ωρίμανση του ωαρίου ή αποτρέπουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Δίνεται σε γυναίκες ύστερα από συμβολή του γυναικολόγου. Σήμερα χρησιμοποιείται από περίπου 70.000.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Παρατηρούνται

φαινόμενα, τα οποία μιμούνται τα φαινόμενα ενός φυσιολογικού έμμηνου κύκλου, χωρίς όμως να γίνεται ωρίμανση ωαρίου. Τα αντισυλληπτικά χάπια νέας γενιάς είναι πολύ αποτελεσματικά και έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ελάττωση των παρενεργειών τους. Έτσι θεωρείται ότι συμβάλλουν θετικά στη προστασία από το καρκίνο της μήτρας και των ωοθηκών, καθώς και στη προστασία από την οστεοπόρωση. Εντούτοις πιστεύεται ότι μπορεί να αυξάνουν το κίνδυνο εμφάνιση του καρκίνου του στήθους, ενώ σε γυναίκες άνω των 30 ετών, που καπνίζουν, μπορεί να προκαλέσει αγγειακές θρομβώσεις. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι λόγοι που να απαγορεύουν τη χρήση τους θεωρείται ότι η προστασία που παρέχουν στην υγεία της γυναίκας είναι πολύ μεγαλύτερη από τα μειονεκτήματά τους (Γκούβρα και συν. 2005).

- Σπείραμα: Το σπείραμα είναι ένας σπειροειδής σχηματισμός, που τοποθετείται στη μήτρα της γυναίκας μόνο από το γυναικολόγο. Αυτό εμποδίζει το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευθεί στη μήτρα. Τοποθετείται συνήθως σε γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει. Στα μειονεκτήματά του συγκαταλέγεται το αυξημένο ποσοστό εξωμήτριων κυήσεων και ο κίνδυνος ανάπτυξης πυελικής φλεγμονής.
- Διάφραγμα: Το διάφραγμα είναι ένας ελαστικός σχηματισμός, ο οποίος τοποθετείται στο τράχηλο της μήτρας λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή και εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα. Το διάφραγμα είναι αποτελεσματικότερο όταν χρησιμοποιείται μαζί με σπερματοκτόνο κρέμα ή αφρό.
- Αυχενικό κάλυμμα: Το αυχενικό κάλυμμα είναι ένα ελαστικό κάλυμμα το οποίο τοποθετείται από το γυναικολόγο και καλύπτει το τράχηλο της μήτρας.
- Προφυλακτικό: Το προφυλακτικό είναι ένας λεπτός ελαστικός σωλήνας, το οποίο τοποθετείται πριν από τη σεξουαλική επαφή στο πέος, όταν αυτό βρίσκεται σε στύση. Εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να εισέλθουν

στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Είναι το πλέον διαδεδομένο αντισυλληπτικό μέσο και παράλληλα προστατεύει από τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

- Σπερματοκτόνα: Τα σπερματοκτόνα είναι χημικές ουσίες σε διάφορες μορφές, όπως κολπικά υπόθετα, κρέμες, ζελέ και αφροί, οι οποίες αδρανοποιούν τα σπερματοζώαρια. Εισάγονται στον κόλπο πριν από τη σεξουαλική επαφή (Γκούβρα και συν. 2005).

Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι οι παρακάτω:

- Μέτρηση της θερμοκρασίας της γυναίκας: Η θερμοκρασία της γυναίκας μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας και η μέτρηση της θερμοκρασίας βασίζεται στο γεγονός ότι την ημέρα της ωορρηξίας, η θερμοκρασία του σώματος πέφτει απότομα, ενώ μετά αρχίζει να αυξάνεται σταδιακά μέχρι να επανέλθει στο φυσιολογικό. Με αυτό τον τρόπο, η γυναίκα μπορεί να υπολογίσει την ημέρα της ωορρηξίας, αλλά με δεδομένο ότι αυτή η μέρα μπορεί να ποικίλλει, η πρόγνωση της επόμενης ωορρηξίας μπορεί να είναι λανθασμένη και να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα με δυσάρεστα αποτελέσματα, όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Διακοπτόμενη συνουσία: Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, η οποία είναι αρκετά απλή, αλλά πολύ αναξιόπιστη, ο άνδρας απομακρύνεται από το κόλπο της γυναίκας λίγο πριν την εκσπερμάτωση. Συχνά, όμως, είναι δυνατό να υπάρχουν σπερματοζώαρια και στα υγρά που εκκρίνονται από το πέος κατά τη διάρκεια της συνουσίας και απαιτείται υψηλός αυτοέλεγχος από τη πλευρά του άνδρα.
- Ημερολογιακή μέθοδος: Η μέθοδος αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι η ωορρηξία συμβαίνει μόνο μια φορά το μήνα και μπορεί να προσδιοριστεί μέσα σε ένα κύκλο των 28 ημερών. Υπολογίζοντας αυτή την ημέρα και το χρόνο επιβίωσης των σπερματοζωαρίων στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, γόνιμες θεωρούνται οι ημέρες του κύκλου μεταξύ 10^{ης} και 17^{ης}. Συνεπώς, αποφυγή συνουσίας αυτές τις μέρες σημαίνει αδυναμία

γονιμοποίησης. Η μέθοδος όμως, δεν είναι αξιόπιστη γιατί οι μέρες της ωορρηξίας μπορεί να ποικίλλουν για διάφορους λόγους, ακόμα και στις γυναίκες που έχουν σταθερό κύκλο.

Μέχρι σήμερα καμία μέθοδος αντισύλληψης δεν είναι απόλυτα ασφαλής (Γκούβρα και συν. 2005).

Πίνακας 2. Μέθοδοι αντισύλληψης και ποσοστά αποτυχίας τους	
Μέθοδοι αντισύλληψης	Ποσοστό αποτυχίας της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων
Αντισυλληπτικό χάπι	0,5%
Διάφραγμα σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα	2,5%
Προφυλακτικό σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα / Σπείραμα	2,5%
Φυσικές μέθοδοι	10,0%
Σπερματοκτόνα	25,5%
Καμία προφύλαξη	82,0%

Πίνακας 2. Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται η αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν επί ένα χρόνο από ζευγάρια που δεν επιθυμούσαν να αποκτήσουν παιδιά (Γκούβρα και συν. 2005).

Υπάρχει και μια ακόμα μέθοδος, κυρίως για την αποφυγή εγκυμοσύνης, η οποία όμως δε συγκαταλέγεται στις μεθόδους αντισύλληψης. Στη Γαλλία παρασκευάστηκε σχετικά πρόσφατα ένα χάπι, το οποίο εμποδίζει τη δράση της προγεστερόνης, η οποία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του εμφυτευμένου εμβρύου στη μήτρα, με αποτέλεσμα την αποβολή του εμβρύου. Το χάπι αυτό, το

οποίο ονομάζεται RU 486 ή αλλιώς «το χάπι της επόμενης μέρας», γιατί λαμβάνεται την επόμενη μέρα από τη πιθανή ανεπιθύμητη σύλληψη, είναι δυνατό να προκαλέσει σοβαρότατες παρενέργειες, γι' αυτούς τους λόγους δε πρέπει να θεωρείται ως μέθοδος αντισύλληψης (Γκούβρα και συν. 2005).

Ακόμα οι νέοι πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τα αφροδίσια νοσήματα, πριν προσβληθούν από αυτά, και να μάθουν πώς να τα αποφεύγουν και να τα θεραπεύουν. Δηλαδή η χρήση των μεθόδων αντισύλληψης και ιδιαίτερα του προφυλακτικού έχει διπλό ρόλο προστασίας, την αποφυγή κάποιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και από κάποιο Σ.Μ.Ν. (Russell, 1991)

2.6.2. Στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά

Η πρόληψη που αφορά τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών, δεν αποσκοπεί απλώς στη μείωση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών, αλλά και στη μείωση της ενδοφλέβιας χρήσης, καθώς επίσης στο περιορισμό των κινδύνων που συνδέονται με αυτήν. Τα μηνύματα της πρόληψης πρέπει να ανταποκρίνονται στις διάφορες κουλτούρες (π.χ. εθνικές) και «υποκουλτούρες» (π.χ. νεανικές), και να είναι σαφή. Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να παρακολουθούν τα ποσοστά χρήσης των ουσιών και να ελέγχουν τις αρνητικές συνέπειες από αυτήν, ενώ βασικό τους μέλημα πρέπει να είναι ο περιορισμός της επιβάρυνσης της υγείας των χρηστών.

Έτσι λοιπόν οι παρεμβάσεις μιας προληπτικής πολιτικής για τα ναρκωτικά αφορούν :πρώτον τη βελτίωση της δημόσιας υγείας μέσω της μείωσης της χρήσης και των αρνητικών συνεπειών από αυτή, δεύτερων την ενίσχυση της κοινότητας για να αντιμετωπίσει τις επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία των μελών της που κάνουν χρήση ναρκωτικών και τρίτων τη δημιουργία προγραμμάτων όπου με τη βοήθεια και τη στήριξη ειδικών μπορούν να μεταβάλλουν μόνοι τη συμπεριφορά τους.

Παρακάτω αναφέρονται κάποιοι κατευθυντήριοι άξονες τις πρόληψης που είναι:

- α) Η σωστή πληροφόρηση της κοινότητας για το θέμα των ναρκωτικών και τους κινδύνους που ελλοχεύουν για τους μη χρήστες από τη μη λήψη επαρκών προφυλακτικών μέτρων.
- β) Η παροχή υπηρεσιών σε όσους θα επιθυμούσαν ή θα μπορούσαν να υποκινηθούν να τις χρησιμοποιήσουν. Η εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικό στοιχείο πρόληψης.
- γ) Η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων των χρηστών και η προαγωγή της δημόσιας υγείας, συστατικό στοιχείο της οποίας είναι η ενίσχυση της ατομικής ευθύνης και της ενεργούς συνεργασίας των ενδιαφερομένων.

Οι πάσης φύσεως εξαρτησιογόνες ουσίες είναι πολύ διαδεδομένες στην εποχή μας. Η διαπίστωση ότι η κατανάλωση ουσιών που προκαλούν εθισμό και εξάρτηση αρχίζει σε όλο και μικρότερες ηλικίες και ότι καθημερινά όλο και περισσότεροι άνθρωποι τις δοκιμάζουν, δεν είναι καθόλου ενθαρρυντική. Δείχνει όμως την επιτακτική ανάγκη που προκύπτει για την άμεση εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, από τη σχολική περίοδο του παιδιού. Αυτή η πρόληψη περιλαμβάνει σειρές δραστηριοτήτων, οι οποίες όμως πρέπει να εφαρμοστούν σε μικρές ηλικίες, προτού αρχίσουν οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και καθορισμού στάσεων σχετικά με τη κατανάλωση τους.

Η αγωγή για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών είναι προτιμότερο να αναπτυχθεί στο πλαίσιο ενός γενικότερου προγράμματος Αγωγής Υγείας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και αυτό γιατί οι τακτικές εκφοβισμού και εντυπωσιασμού δεν έχουν αποδειχθεί τόσο αποτελεσματικές όσο οι στρατηγικές πρόληψης. Η Αγωγή Υγείας για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών πρέπει να αποτελεί μέρος ενός προγράμματος που θα περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της προσωπικής, οικογενειακής και κοινωνικής υγείας και θα εστιάζεται στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης, των διαπροσωπικών σχέσεων και της προσωπικής λήψης αποφάσεων. Για την αποτελεσματική ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων πρέπει να επιλέγεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να απευθύνεται στις ανάγκες των συγκεκριμένων ατόμων.

Ο καπνός και το αλκοόλ αναφέρονται ως «ναρκωτικά εισόδου», επειδή συχνά η χρήση τους οδηγεί αργότερα στη χρησιμοποίηση άλλων ναρκωτικών. Αυτό σημαίνει ότι τα προγράμματα αγωγής για τη πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών χρειάζεται να επικεντρώνονται στις νόμιμες ουσίες πριν να ασχοληθούν με τις παράνομες.

Η αγωγή για το αλκοόλ και το καπνό θα ωφελήσει μόνο εάν διεξαχθεί στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου προγράμματος Αγωγής Υγείας, η οποία περιλαμβάνει:

- Πληροφόρηση των νέων για τη χημική σύσταση και τη δράση αυτών των ουσιών
- Εξέταση των φυσικών, ψυχικών και κοινωνικών συνεπειών της χρήσης τους
- Ανάπτυξη των ικανοτήτων λήψης αποφάσεων σχετικά με καταστάσεις ή συνθήκες, κατά τις οποίες οι νέοι μπορεί να καταναλώσουν αλκοόλ ή να καπνίσουν.

Είναι σημαντικό να προσφέρεται η κατάλληλη πληροφόρηση σε μικρή ηλικία, γιατί η επίδραση των εξαρτησιογόνων ουσιών και γενικά ξένων παραγόντων στον ανθρώπινο οργανισμό εξαρτάται από τη βιολογική ηλικία του ανθρώπου. Οι αρνητικές επιπτώσεις τέτοιων ουσιών είναι πολύ μεγαλύτερες μέχρι την ηλικία των 20 ετών, ενώ αυξάνονται όσο μεγαλώνει η ηλικία των ατόμων αυτών (Γκούβρα και συν. 2005).

2.7. Σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών

Οι νέοι είναι πιο ευάλωτοι διότι, είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, πολύ περισσότερο απ'ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό συμβαίνει γιατί:

- Οι νέοι, εξαιτίας και του νεαρού της ηλικίας τους παρουσιάζουν πιο συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, οπότε όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος.

- Οι νέοι σε αυτή την ηλικία και ιδιαίτερα όταν σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους, όπου σπουδάζουν, είναι πιο ανέμελοι, οι περισσότεροι ζουν μόνοι τους, ανεξάρτητοι. Έτσι δε νιώθουν την επιθυμία να προγραμματίζουν μια επαφή, ούτε να αγοράζουν εκ των προτέρων προφυλακτικά. Αισθάνονται υγιείς και αυτό έχει ως συνέπεια πολλές φορές να μη σκέφτονται την άσχημη εξέλιξη των πραγμάτων.(Mimoun & Etienne 2001)

2.8. Επιδημιολογία

- Ανευθυνότητα χαρακτηρίζει της σεξουαλική συμπεριφορά των ελλήνων νέων καθώς έρευνες αποκαλύπτουν διαρκώς ότι μεγάλο ποσοστό ζευγαριών (40%) δεν λαμβάνουν καμιά αντισυλληπτική προφύλαξη κατά τη σεξουαλική επαφή. Το γεγονός αυτό έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη δήλωση 90% των νεαρών γυναικών ότι δεν επιθυμούν να κάνουν παιδί τα επόμενα 2-3 έτη.

Ενδεικτικά είναι και τα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών. Έτσι ενώ στο εξωτερικό το 22% των γυναικών χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό περιορίζεται στο 3% μόνο. Δυστυχώς στη χώρα μας επικρατούν ακόμα λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι λαμβάνοντάς τα θα εμφανίσουν ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. αύξηση σωματικού βάρους κ.α.) ενώ άλλες φοβούνται ότι η λήψη τους αυξάνει τον κίνδυνο για διάφορες κακοήθειες. Η πραγματικότητα είναι εντελώς διαφορετική καθώς τα καινούρια αντισυλληπτικά δεν έχουν καμία σχέση με αυτά που κυκλοφορούσαν 40 χρόνια πριν, οι συγκεντρώσεις των οιστρογόνων έχουν μειωθεί κατά πολύ ενώ πλέον χρησιμοποιούνται και προγεστερόνη 4^{ης} γενεάς με αποτελέσματα τα νεότερα αντισυλληπτικά να εμφανίζουν δράση με εξαιρετική ασφάλεια και ελάχιστες

ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρόλα αυτά οι Ελληνίδες εξακολουθούν να μη χρησιμοποιούν ούτε αντισυλληπτικά ούτε και άλλους τρόπους αντισύλληψης με αποτέλεσμα 1 στις 5 Ελληνίδες να έχει κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση στη ζωή της. (BIKIPAIΔΕΙΑ 2010)

- Η σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της χρήσης προφυλακτικού και γενικότερα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων έχει ερευνηθεί εκτεταμένα, και δε λείπουν οι εμπειρικές έρευνες που εξετάζουν τη σχέση ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας(π.χ., Clift, Wilkins & Davidson,1993, Fisher,1984, Sheer & Cline,1994). Έχει εξεταστεί η σχέση χαρακτηριστικών, όπως, π.χ., ο αυθορμητισμός, η ερωτοφιλία-ερωτοφοβία, η διάθεση για περιπέτεια και η κλίση για ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, χωρίς να βρεθεί συσχέτιση. Το πρότυπο των συσχετίσεων, από την άλλη μεριά, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι ενδιαφέρον, αν και οι ίδιες είναι πολύ μικρές. Η ηλικία και το φύλο έχουν αρνητική συσχέτιση με τη χρήση προφυλακτικού, πράγμα που σημαίνει ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία αναφέρουν χρήση προφυλακτικού συχνότερα από τους μεγαλύτερους και οι άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες. Το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η μόρφωση φαίνεται να έχουν ασθενή θετική σχέση με τη χρήση του προφυλακτικού. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, οι έγγαμοι (σε αντίθεση με τους άγαμους, χωρισμένους ή εν διαστάσει) χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά προφυλακτικά. Ασθενική αρνητική σχέση επίσης έχει γενικά διαπιστωθεί μεταξύ του θρησκευόμενου και της χρήσης (Λουμάκου και συν. 2001)
- Η ίαση πολλών σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων είναι ανέφικτη, με αποτέλεσμα να προκαλούν σοβαρές, μη αναστρέψιμες συνέπειες και, μάλιστα, με τεράστιο κοινωνικό κόστος. Περισσότερα από 1 στα 5 άτομα στις ΗΠΑ ή 56 εκατομμύρια άτομα, προσβάλλονται από ένα ανίατο, ιογενές ΣΜΝ πλην του AIDS (π.χ. έρπητας των γεννητικών οργάνων, HPV λοιμώξεις [ιός ανθρώπινων θηλωμάτων], ηπατίτιδα Β ή C) (Lemone & Jones 1997).
- Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί το πρώτο εθνικό πρόβλημα υγείας, το οποίο προκαλεί περισσότερους θανάτους, ασθένειες και ανικανότητες από οποιοδήποτε άλλο. Από τα 2 εκατομμύρια θανάτων στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, το ένα

τέταρτο αποδίδεται στο αλκοόλ, το καπνό και τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Περίπου 13,6 εκατομμύρια Αμερικανών χρησιμοποιούν παράνομες ουσίες και 51 εκατομμύρια είναι καπνιστές.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ήδη υιοθετήσει ένα μοντέλο μείωσης της βλάβης από το καπνό και το αλκοόλ. Εκπαιδευτικές καμπάνιες χρησιμοποιούνται για να ενημερώσουν το κοινό για τους κινδύνους στην υγεία από τη χρήση του καπνού. Ομοίως η εκπαίδευση άρχισε να αναφέρει τους κινδύνους της κατάχρησης αλκοόλ και να καθιερώνει οδηγίες για την ασφαλή χρήση του (Matbre 2005).

- Από ανασκόπηση ερευνών συνοψίζουμε ότι οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπείς σε αντίθεση με νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι. Όσο αφορά δε τη συμπεριφορά τους παρατηρούμε ότι στις Σκανδιναβικές χώρες τα κορίτσια είναι πιο έμπειρα και σεξουαλικά ενεργά από τα αγόρια, ενώ στις Μεσογειακές χώρες παρατηρούμε το αντίθετο. Επίσης τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, οι νέοι προτιμούν φυσικές και παραδοσιακές μεθόδους αντισύλληψης και επιλέγουν σε μικρότερο βαθμό τις μοντέρνες μεθόδους. Όλες αυτές οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται σε διαφορετικές περιόδους και περιοχές κάνουν επιτακτική την ανάγκη συνεχούς απεικόνισης των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των νέων σε θέματα αντισύλληψης, με σκοπό την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).
- 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 βρέθηκε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μέθης και έναρξης χρήσης οινόπνευματος στη Φιλανδία, Δανία και Βρετανία και μάλιστα από τη μελέτη των Hibel et al, έχει εκτιμηθεί ότι στη Βρετανία η συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης οινόπνευματος και μαριχουάνας είναι υψηλότερη συγκρινόμενη με αυτή άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

- Ακόμα, η πρόωμη έναρξη χρήσης κάθε εθιστικής ουσίας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα μακράς διάρκειας του προβλήματος. Οι ενήλικες που άρχισαν χρήση οινόπνευματος πριν από την ηλικία των 15 ετών είναι 5 φορές περισσότερο πιθανόν να αναφέρουν εξάρτηση από το οινόπνευμα ή κατάχρηση, συγκριτικά με εκείνους που άρχισαν μετά από την ηλικία των 21 ετών ή και αργότερα.
- Σύμφωνα με την έρευνα των Fowler et al, οι συνομήλικοι που κάνουν χρήση ουσιών αποτελούν τον ισχυρότερο περιβαλλοντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για τη χρήση ουσιών από νεαρά άτομα ενώ κυρίως ευθύνεται ενώ κυρίως ευθύνεται κατά το στάδιο της μύησης. Η σχέση συνομηλίκων και χρήσης ουσιών είναι αμφίδρομη. Αφενός οι συνομήλικοι λειτουργούν ως πρότυπο επηρεάζοντας τα νεαρά άτομα με συμπεριφορές, διευκολύνουν τη πρόσβαση σε αυτές τις ουσίες και ενθαρρύνουν τη χρήση, αφετέρου οι ίδιοι οι χρήστες επιλέγουν και κάνουν παρέα άτομα με κοινές συνήθειες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).
- Μελέτες στη Βρετανία, τη Σκανδιναβία και τις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρουν ότι στην ηλικία των 20 ετών η πλειοψηφία των νεαρών αγοριών και κοριτσιών έχει σεξουαλικές σχέσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η σεξουαλική σχέση είναι στη βάση του ένας προς έναν, όμως, τουλάχιστον το ένα πέμπτο των σεξουαλικά ενεργών νέων και των δυο φύλων έχει διαφορετικούς ερωτικούς συντρόφους. Τους ονόμασαν «τυχοδιόκτες του σεξ» και ως τέτοιοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κολλήσουν μια Σ.Μ.Α. απότι οι «καθ'έξιν μονογαμικοί» (Llewellyn & Jones 1985).

2.9. Επιπτώσεις

Τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τις συνήθειες της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ουσιών ενδέχεται να αυξηθούν τα επόμενα χρόνια. Μια σειρά μελετών διερευνά τις μελλοντικές τάσεις εμφάνισης προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τις παραπάνω συμπεριφορές (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

Οι επιστήμονες κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για την κατάχρηση αλκοόλ και τη χρήση ουσιών από τους νέους. Ο αριθμός των νέων που πίνουν συστηματικά όλο και αυξάνεται, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που έχουν πρόβλημα αλκοολισμού μειώθηκε δραματικά την τελευταία δεκαετία

2.9.1. Α. Σωματικές επιπτώσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου

Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ η ναρκωτικών ουσιών σε ορισμένες περιπτώσεις έχει θετικές επιπτώσεις στη λίμπιντο, η κατάχρηση όμως ως επί το πλείστον αποβαίνει καταστροφική. Από την απλούστερη περίπτωση της υπνηλίας κατά τη διάρκεια των προκαταρκτικών μέχρι τα προβλήματα στύσης που συχνά προκαλεί στους άνδρες, το αλκοόλ και οι ναρκωτικές ουσίες δεν ευνοούν τη σεξουαλική ζωή των νέων.

Από τις πιο σοβαρές σωματικές επιπτώσεις της λανθασμένης σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων είναι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Δηλαδή τα νοσήματα που μεταδίδονται αποκλειστικά ή συχνά με τη σεξουαλική επαφή. Αυτές οι ασθένειες χαρακτηρίζονται «σεξουαλικά μεταδιδόμενες». Τα τελευταία 20 έτη έχουν γίνει πολλές αλλαγές στα πρότυπα των ΣΜΝ. Εμφανίζονται νέοι οργανισμοί, υπάρχει αντίσταση στα φάρμακα, ο επιπολασμός πολλών ΣΜΝ είναι αυξανόμενος και αναπτύσσονται επιπλοκές τυπικές των ΣΜΝ (CDC, 1995b). Οι αλλαγές αυτές μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς, κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς, ατομικούς, συμπεριφοριστικούς παράγοντες, όπως : πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, γάμος σε μεταγενέστερη ηλικία, ευρεία διάδοση του διαζυγίου, συχνές εναλλαγές ερωτικών συντρόφων και συνεύρεση με επικίνδυνους ερωτικούς συντρόφους (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών).

Οι στατιστικές δείχνουν, πράγματι, αύξηση στη συχνότητα αυτών των ασθενειών στους νέους και ειδικότερα στις νέες κοπέλες, όμως δεν υπάρχει εξαίρεση στην ηλικία. Οι άνδρες έχουν δυο φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν απ'ότι οι γυναίκες, αυτό όμως συμβαίνει, δυστυχώς, επειδή οι άνδρες τυχαίες ερωτικές συναντήσεις πιο συχνά απ'ότι οι γυναίκες. Είναι αλήθεια, όπως

γράφει και ο Dr Catteral, πως «σε τελική ανάλυση το πρόβλημα είναι ηθικό και εξαρτάται από τους κανόνες της σεξουαλικής συμπεριφοράς, οι οποίοι προέχουν συνολικά μέσα στη κοινότητα». Η συχνή αλλαγή συντρόφων συνεπάγεται την εξάπλωση των Σ.Μ.Α., και αυτές δε μπορούν να περιοριστούν, όταν υπάρχει συνεχώς ο κίνδυνος της μόλυνσης. Αυτό όμως δε λέει τίποτε, αφού οι τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις δεν αποτρέπονται ούτε με παροτρύνσεις ούτε με τη σεξουαλική καταπίεση, που κυριαρχούσε σε ορισμένες περιόδους της ιστορίας (Llewellyn & Jones 1985).

Τα βασικότερα ΣΜΝ είναι τα εξής 5 νοσήματα :

1. *Η σύφιλη*
2. *Το μαλακό έλκος*
3. *Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα*
4. *Η βλεννόρροια (ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα) και*
5. *Το βουβωνικό κοκκίωμα*

Σύμφωνα όμως με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) τα τελευταία χρόνια έχουν συμπεριληφθεί τα εξής νοσήματα :

1. *Τριχομονάδωση*
2. *Καντιτίαση γεννητικών οργάνων*
3. *Μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση και χλαμύδια*
4. *Φθειρίαση του εφηβαίου*
5. *Ψώρα*
6. *Οξυτενή Κονδυλώματα*
7. *Έρπης των γεννητικών οργάνων*
8. *Μολυσματική τέρμινθος*
9. *Ηπατίτιδα Β*

10. AIDS.

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες θα μπορούσαν να διαχωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες: (Πίνακας 2)

- i. Τις σοβαρότερες ασθένειες, οι οποίες, αν δε θεραπευτούν, προκαλούν βλάβη σε όργανα του σώματος που δε σχετίζονται με τη γεννητική περιοχή
- ii. Τις λιγότερο σοβαρές ασθένειες, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται στη γεννητική περιοχή και δεν έχουν μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες
- iii. Τις σπάνιες Σ.Μ.Α., οι οποίες κυρίως προκαλούν βλάβες στην εξωτερική γεννητική περιοχή.

ΟΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕ Σ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑ Ι ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ	ΟΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΟΒΑΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕ Σ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΟΙ ΣΠΑΝΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
Μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση (περιλαμβάνονται η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και οι μολύνσεις από χλαμύδια)	AIDS (ιός ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου, HIV)	Κολπική μυκίτιση	Μαλακό έλκος
Βλεννόρροια	Ιογενής	Κολπική λοίμωξη	Βουβωνική

	Ηπατίτιδα	από τριχομονάδες	λεμφοκοκκιωμάτωσ η
Γεννητικά κονδυλώματα		Μη ειδική κολπική μόλυνση	Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή Βουβωνικό κοκκίωμα
Γεννητικός έρπης		Ηβικές ψείρες	
Σύφιλη		Μολυσματική τέρμινθος	

Πίνακας 2 Διαχωρισμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
(Llewellyn & Jones, 1985)

- **ΣΥΦΙΛΗ:** Οφείλεται στο βακτήριο *Treponema pallidum* ή ωχρά σπειροχαίτη. Η πιθανότητα να κολλήσει κάποιος σύφιλη, αν έχει σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, είναι μια στις δυο, αν έχει κάνει μόνο μια σεξουαλική επαφή ενώ αυξάνεται αν έχει περισσότερες. Τα κυριότερα συμπτώματα και στα δυο φύλα είναι υπεραιμία αμέσως μετά τη λοίμωξη, πυρετός, πονόλαιμος ή εξανθήματα. Πιο αναλυτικά στο πρώτο στάδιο εμφανίζεται στο πέος, στο στον κόλπο ή στο πρωκτό μια σκληρή πληγή 3 εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Η πληγή αυτή είναι ανώδυνη και περιέχει πολλά βακτήρια. Αν και η πληγή εξαφανίζεται σε λίγες εβδομάδες, η νόσος εξελίσσεται και σε τρεις μήνες περίπου φτάνει στο

δεύτερο στάδιο. Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζονται εξανθήματα σε όλο το σώμα. Στο τρίτο στάδιο, μετά από 10- 20 χρόνια η ασθένεια εξελίσσεται και μπορεί να προκαλέσει τύφλωση και θάνατο (Γκούβρα και συν. 2005).

- **ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ:** Οφείλεται στο βακτήριο *Neisseria gonorrhoeae*. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί απ' αυτήν παρουσιάζουν οξεία λοίμωξη της γεννητικό-ουροποιητικής οδού, μπορεί όμως να μολυνθεί και ο λαιμός σε περίπτωση στοματικού σεξ. (Llewellyn & Jones, 1985). Στις γυναίκες σπάνια εμφανίζονται συμπτώματα και όταν αυτά εμφανίζονται είναι μη φυσιολογικά εκκρίματα από το κόλπο ή την ουρήθρα και επώδυνη ούρηση. Σε πιο προχωρημένο στάδιο εμφανίζονται πόνοι στη μήτρα και στις σάλπιγγες. Στους άνδρες εμφανίζεται πυώδες έκκριμα από το πέος και επώδυνη ούρηση 2 έως και 10 μέρες μετά τη μόλυνση. Είναι δυνατό να προκαλέσει στειρότητα ή αρθρίτιδα στους άνδρες, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα (Γκούβρα και συν. 2005).
- **ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΟΣΗ:** Οφείλεται στο πρώτο ζώο *Trichomonas vaginalis*. Τα συμπτώματα στις γυναίκες μπορεί να μην είναι εμφανή ή να παρουσιαστεί κίτρινο έκκριμα, ερεθισμός, δυσάρεστη οσμή και επώδυνη ούρηση. Ενώ στους άνδρες μπορεί να μην υπάρχει κανένα ή προστατίτις. Ακόμα η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί στις γυναίκες σε ουρολοίμωξη. (Shapiro 1999).
- **ΚΑΝΤΙΤΙΑΣΗ:** Οφείλεται σε μύκητες του γένους *Monilla* ή *Candida*. Ονομάζεται και μυκητίαση, κατατάσσεται στα ΣΜΝ αν και συχνά αναπτύσσεται και χωρίς σεξουαλική επαφή. Στις γυναίκες προκαλείται έντονος κνησμός στον κόλπο και στο αιδοίο, ερεθισμός του δέρματος και έκκριση παχύρευστου λευκού και άοσμου κολπικού υγρού. Στους άνδρες εμφανίζονται μικρά επιφανειακά έλκη στο πέος ή στο όσχεο και κνησμός στη βάλανο.

- **ΨΕΙΡΙΑΣΗ:** Οφείλεται στο αρθρόποδο *Phthirus rubis*, ονομάζεται και φθειρίαση. Οι ψείρες του εφηβαίου μπορούν να εξαπλωθούν και στις γειτονικές περιοχές. Το αρθρόποδο και τα αυγά του βρίσκονται στο δέρμα και στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου. Οι γυναίκες και οι άνδρες εμφανίζουν κνησμό στο εφηβαίο, ιδίως τη νύχτα.

- **ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΩΝΔΥΛΩΜΑΤΑ:** Τα κονδυλώματα προκαλούνται από μια οικογένεια ιών, που ονομάζονται Human Papilloma Viruses (HPV). Υπάρχουν περίπου 30 είδη από αυτούς τους ιούς που μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα στο σώμα. Εμφανίζονται 4 έως και 20 εβδομάδες μετά τη μόλυνση στο αιδοίο, στο κόλπο και στο τράχηλο της γυναίκας, και στην ακροποσθία, στη βάλανο ή στο στέλεχος του πέους του άνδρα. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι αρκετά μεγάλα ή αόρατα. Τα γεννητικά κονδυλώματα δεν είναι μόνο αντιαισθητικά, μερικά είδη του ιού μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για τη δημιουργία καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες και στους άνδρες καρκίνο του πέους. Περίπου ένα στα είκοσι σεξουαλικά ενεργά άτομα έχουν γεννητικά κονδυλώματα, που μπορεί όμως να είναι τόσο μικροσκοπικά, ώστε να είναι αόρατα δια γυμνού οφθαλμού. (Llewellyn & Jones, 1985)

- **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β:** Οφείλεται σε ένα ιό ο οποίος μεταδίδεται με το αίμα, το σπέρμα και τις κοιλικές εκκρίσεις. Το άτομο που έχει μολυνθεί μπορεί να μην εμφανίσει ιδιαίτερα σημάδια, και έτσι να είναι οροθετικό χωρίς να το γνωρίζει. Σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο που προσβάλλεται από Ηπατίτιδα Β εμφανίζει ίκτερο και ο ιός μπορεί να εντοπιστεί οροδιαγνωστικά. (Mimoun S., Etienne R., 2001) Μερικοί άνθρωποι που είχαν προσβληθεί στο παρελθόν από ηπατίτιδα Β και έχουν θεραπευτεί, συνεχίζουν να αποβάλλουν μέσα στο έντερό τους τον ιό της ηπατίτιδας. Αυτοί οι άνθρωποι ονομάζονται φορείς. Αν κάποιος άλλο άτομο έχει στενή

σωματική επαφή και ειδικότερα πρωκτικό ή στοματικό σεξ μαζί τους, τότε υπάρχει πιθανότητα να μολυνθεί και αυτό. (Llewellyn & Jones, 1985)

➤ **ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΚΑΙ ΧΛΑΜΥΔΙΑ:** Είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια που συχνά οφείλεται σε ένα μικρόβιο που ονομάζεται χλαμύδιο, το οποίο μολύνει την ουρήθρα του άνδρα και τον τράχηλο της γυναίκας. Η μόλυνση στον άνδρα ονομάζεται μη γονοκοκκική ουρηθρίτις. Στη γυναίκα ονομάζεται μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση. Συνήθως είναι ασυμπτωματική στις γυναίκες, η μόλυνση όμως μπορεί να προχωρήσει στις σάλπιγγες προκαλώντας φλεγμονώδεις ασθένειες της πυέλου. Περίπου 7 με 14 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή ο άνδρας εμφανίζει ένα έκκριμα από την εκβολή του πέους του και μπορεί να αισθάνεται κάψιμο κατά τη διάρκεια της ούρησης. Στις περισσότερες γυναίκες είναι ασυμπτωματική, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της ασθένειας. Λίγες γυναίκες εμφανίζουν πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς και ένα δύσοσμο έκκριμα στο κόλπο. Στον άνδρα μπορεί αρχικά να μολυνθεί ο προστάτης και στη συνέχεια η μόλυνση να εξαπλωθεί στα μάτια προκαλώντας επιπεφυκίτιδα ή στις αρθρώσεις, προκαλώντας διαλείπουσα αρθρίτιδα. Στις γυναίκες η μόλυνση μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδεις ασθένειες της πυέλου, οι οποίες αν δε θεραπευτούν μπορεί να οδηγήσουν σε στειρώση. (Llewellyn & Jones, 1985)

➤ **ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ:** Οφείλεται στον ιό Herpes Virus I ή Herpes Virus II. Είναι πιθανότατα το πιο συχνό ΣΜΝ. Συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Γκούβρα και συν. 2005). Είναι μια οξεία πρωτογενής ή επανεμφανιζόμενη λοίμωξη από τον ιό του έρπη του τραχήλου, του κόλπου, ή των γεννητικών οργάνων προκαλούμενη από τον ιό του απλού

έρπητος. Είναι μια ισόβια νόσος που τείνει να υποτροπιάζει συνεχώς. Η ασθενής ίσως έχει κνησμό και ένα αίσθημα καύσου στο σημείο της μόλυνσης. Ίσως παρατηρηθούν επώδυνα έλκη που μοιάζουν με φυσαλίδες. Συχνά εμφανίζεται αιδοιοκολπικό οίδημα, λευκόρροια και επώδυνη συνουσία. (Shapiro 1999).

- **AIDS** Το AIDS προκαλείται από έναν ιό που ονομάζεται human immunodeficiency virus (HIV), δηλαδή ιός ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου, και η ονομασία του οφείλεται στην ανεπάρκεια που προκαλεί ο ιός στο προστατευτικό ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, η οποία καθιστά το άτομο επιρρεπές στην ανάπτυξη μιας σοβαρής και συχνά θανατηφόρας λοίμωξης. (Llewellyn & Jones,1985) Μετά την πρωτογενή λοίμωξη, ο HIV, παραμένει ασυμπτωματικός (αφανής) για μήνες ή χρόνια. Η λοίμωξη εκδηλώνεται, συνήθως, προοδευτικά με καταστάσεις που επάγονται από την ανεπαρκή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο ιός προσβάλλει βραδέως το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Υπάρχουν ασαφή (αόριστα) συμπτώματα, όπως κόπωση, λεμφαδενοπάθεια, ανορεξία, πυρετός, χρόνια διάρροια και απώλεια βάρους. Με την πάροδο του χρόνου, ο οργανισμός χάνει την ικανότητά του να καταπολεμά τη νόσο και εμφανίζονται ευκαιριακές λοιμώξεις που υποτροπιάζουν.

Ο HIV μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και την ανταλλαγή βιολογικών υγρών (π.χ. κολπικών εκκρίσεων και σπέρματος) με το μολυσμένο άτομο, με μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αυτού, έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή ιστούς μολυσμένου ατόμου, περιγεννητική μετάδοση από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης ή του τοκετού, τον θηλασμό ή την κοινή χρήση βελόνων και συρίγγων με το μολυσμένο άτομο (CDC, 1995c). Τον Ιανουάριο του 1993, αναθεωρήθηκε ο προηγούμενος ορισμός του AIDS και το σύστημα ταξινόμησης εφήβων και ενηλίκων με AIDS διευρύνθηκε πέραν των 23 κλινικών καταστάσεων για να συμπεριλάβει όλα τα άτομα με λοίμωξη HIV με σοβαρή ανοσοκαταστολή (<200 CD4+ T

λεμφοκύτταρα/ml ή ποσοστιαία αναλογία CD4+ λεμφοκυττάρων στο σύνολο των λεμφοκυττάρων <14%), υποτροπιάζουσα πνευμονία, πνευμονική φυματίωση ή διεισδυτικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (CDC, 1992). Παραδείγματα άλλων ευκαιριακών λοιμώξεων ή νόσων δεικτών του AIDS, είναι το σύνδρομο απίσχνασης από HIV, η πνευμονία pneumocystis carinii, το σάρκωμα Kaposi και το λέμφωμα Burkett.

➤ **ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ**

Το μαλακό έλκος είναι ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα επειδή τα έλκη που προκαλεί αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του AIDS. Αρχικά εμφανίζεται στα γεννητικά όργανα ένας μικρός καλόγερος ή πληγή. Αλλά δεν επουλώνεται όπως ένα συνηθισμένο σπυρί. Αργότερα μένει μια ανοιχτή πληγή. Μπορεί να πυορροεί και να πονάει. Οι γυναίκες μπορεί να μην έχουν πληγές, αλλά μπορεί να έχουν πόνο κατά την ούρηση ή κωλικούς εντέρου, πόνο στη επαφή, αίμα από τον πρωκτό ή κολπικά υγρά. Το αθεράπευτο μαλακό έλκος μπορεί να επιμολύνει και να διογκώσει τους βουβωνικούς αδένες. Οι άνδρες μολύνονται πιο συχνά από τις γυναίκες. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μια βδομάδα μετά την μόλυνση. Μεταδίδεται με τη κολπική, στοματική ή πρωκτική σεξουαλική επαφή. Το μαλακό έλκος μπορεί να μπερδευτεί με τον έρπητα, τη σύφιλη και άλλες καταστάσεις. Η μικροσκοπική εξέταση του υγρού των πληγών είναι απαραίτητη. Για τη θεραπεία της νόσου και οι δυο σύντροφοι πρέπει να λάβουν αντιβίωση από το στόμα. (Κατρίνης 2005)

➤ **ΤΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ**

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι αφροδίσιο νόσημα συστηματικό, το οποίο οφείλεται σε ορισμένα είδη Chlamydia trachomatis. Η νόσος συναντάται συχνότερα στην Ινδία, Βόρειο Αμερική, Βόρειο Ασία και Αφρική. Έχει χρόνο επώασης 2 – 5 ημέρες και διακρίνεται σε δύο κλινικούς τύπους : α) το βουβωνικό σύνδρομο και β) το πρωκτογεννητικό σύνδρομο. Το βουβωνικό σύνδρομο προσβάλλει

κυρίως τους άνδρες και χαρακτηρίζεται από την πρωτοπαθή βλάβη, τη λεμφαδενίτιδα και τα γενικά συμπτώματα. Η πρωτοπαθής βλάβη συνίσταται σε βλατιδοφυσαλίδα. Εντοπίζεται συνήθως στο πέος, είναι ανώδυνη και αυτοϊάται μέσα σε λίγες μέρες. Η λεμφαδενίτιδα παρουσιάζεται συνήθως ετερόπλευρα προς τη βλάβη σε 1 – 4 εβδομάδες. Χαρακτηρίζεται από το ότι οι αδένες είναι επώδυνοι, συμπύονται και ορισμένες φορές μπορεί να διογκωθούν και να συριγγοποιηθούν προς το δέρμα. Στους βουβώνες είναι χαρακτηριστική η προσβολή των αδένων άνω και κάτω του βουβωνικού συνδέσμου. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να σχηματισθούν συρίγγια. Τα γενικά φαινόμενα είναι πυρετός, πονοκέφαλος, κακουχία, ναυτία και αρθραλγίες. Το πρωκτογεννητικό σύνδρομο προσβάλλει κατά κανόνα γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες. Στη γυναίκα οι πρωτοπαθείς βλάβες δημιουργούνται στον κόλπο και ακολούθως με τα λεμφαγγεία προσβάλλεται ο υποβλενογόσιος ιστός του ορθού. Οι αιμοραγίες από τον ορθό και οι πυώδεις εκκρίσεις είναι χαρακτηριστικές της νόσου. Κατά την ορθοσκόπηση παρατηρείται φλεγμονή του βλεννογόνου του ορθού με στικτές αιμορραγίες, βλεννοπυώδεις εκκρίσεις, επιπολής ελκώσεις και πολύποδες. Με τον καιρό θα δημιουργηθούν στενώματα ορθού, περιεδρικά αποστήματα και συρίγγια περινέου. Κατά την εξέλιξη των δύο κλινικών τύπων αναπτύσσεται λεμφοίδημα των γεννητικών οργάνων με συρίγγια, ελκώσεις και ουλές.

➤ **ΤΟ ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ**

Οφείλεται στο *Calymmatobacterium granulomatis* (Donovania). Η νόσος έχει χρόνο επώασης 7 – 30 ημέρες. Οι εκδηλώσεις της νόσου συνίσταται σε έλκωση των γεννητικών οργάνων και της πρωκτικής χώρας, η οποία είναι μαλακή με βελούδινη όψη, έντονο ροζ χρώμα και με ερπητοειδή περιφέρεια. Ο πυθμένας καλύπτεται από οροαιματηρό εξίδρωμα. Το έλκος είναι ανώδυνο και εξαπλώνεται βραδέως σε διάστημα μηνών κατά μήκος των πτυχών (μηρογεννητικών, μεσογλουτιαίας αύλακας). Οι

επιχώριοι λεμφαδένες δεν διογκώνονται. Ορισμένες φορές δημιουργείται ουλοποίηση με παραμορφώσεις και λεμφοίδημα. Επίσης μπορεί να έχουμε στένωση ουρήθρας, κόλπου και δακτυλίου. Μπορεί οι ελκώσεις να γίνουν βαθιές και καταστρεπτικές για το πέος. Στις χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να έχουμε ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων.

➤ **ΨΩΡΑ**

Η ψώρα είναι μια κνησμώδης δερματοθεραπεία οφειλόμενη στο ακάρι της ψώρας. Η επίπτωση της ψώρας διεθνώς παρουσιάζει κυκλικές διακυμάνσεις, οι οποίες δεν έχουν διευκρινισθεί απόλυτα. Αν και οι καταστάσεις και οι συνθήκες των πολέμων συμβάλλουν σημαντικά στην εξάπλωση και στις εξάρσεις της νόσου, εντούτοις θεωρείται πιθανό ότι και άλλοι παράγοντες ευθύνονται, όπως ανοσολογικοί. Πάντως τα μεσοδιαστήματα των επιδημικών επεισοδίων υπολογίζονται στα 15 περίπου χρόνια. Μεταξύ των επιδημικών κυμάτων θεωρείται ότι η νόσος παραμένει σε τοπικές εστίες, καθώς επίσης και ότι τα περιστατικά Νορβηγικής ψώρας παριστάνουν τέτοιες εστίες. Η μετάδοση της ψώρας γίνεται κυρίως με άμεση επαφή των ατόμων, ενώ η εξάπλωση με τα ρούχα ή τα κλινοσκεπάσματα θεωρείται ασήμαντη. Πάντως το ακάρι της ψώρας δε μπορεί να ζήσει περισσότερο από λίγες μέρες μακριά από το σώμα. Το κυριότερο υποκειμενικό σύμπτωμα αποτελεί ο κνησμός, ο οποίος γίνεται εντονότερος τη νύχτα. Το σύμπτωμα αυτό, αν και δεν είναι παθολογικό, εντούτοις είναι αρκετά υποδηλωτικό της νόσου. Το παράσιτο προτιμάει να αποικίζει σε ορισμένες δερματικές περιοχές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία του αρρώστου. Έτσι, οι εντοπίσεις της νόσου γενικά στους ενηλίκους είναι : τα χέρια (ιδίως τα μεσοδακτύλια διαστήματα), η καμπτική επιφάνεια των καρπών, οι αγκώνες, η πρόσθια περιοχή των μασχαλών, η περιοχή του ομφαλού, η οσφυϊκή χώρα, οι γλουτοί, η εκστατική επιφάνεια των κνημών και τα πόδια. Επιπλέον υπάρχει ιδιαίτερη εντόπιση και προτίμηση της νόσου στους άνδρες για το πέος και το όσχεο, στις γυναίκες για τους μαστούς και στα βρέφη κάτω

των 2 ετών για τις παλάμες και τα πέλματα. Η νόσος σπάνια εμφανίζεται στη στερνική χώρα και στη ράχη, ενώ εξαιρείται το κεφάλι (εκτός από τα βρέφη).

➤ **ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ**

Η νόσος οφείλεται σε ένα ιό DNA και παρουσιάζει χρόνο επώασης από 14 – 50 ημέρες. Η μετάδοση μπορεί να γίνει με την άμεση επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας, με τη σεξουαλική επαφή ή και εμμέσως σε άτομα που χρησιμοποιούν κοινόχρηστους χώρους λ.χ. πισίνες. Η νόσος παρουσιάζει μεμονωμένες βλατίδες, χρώματος ρόδινου, λευκωπού ή μαργαριτοειδούς, ημισφαιρικές και ομφαλωτές, μπορεί δε να παρουσιάζουν και έναν κεντρικό πόρο. Το μέγεθος των βλαβών μπορεί να είναι από κεφαλής καρφίτσας μέχρι ρεβιθιού ή και μεγαλύτερο. Οι βλάβες οι οποίες πληθαίνουν κατόπιν αυτενοφθαλμισμού, μπορεί να είναι λίγες ή πολυάριθμες. Ο αριθμός των βλαβών μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις σε άτομα που παίρνουν κορτικοστεροειδή ή κυτταροστατικά φάρμακα. Η νόσος αυτοπεριορίζεται μέσα σε 6 – 9 μήνες ή μπορεί να εμμένει για 3 – 4 χρόνια, ενώ έχουν ανακοινωθεί και περιπτώσεις όπου οι βλάβες υποχώρησαν μέσα σε λίγους μήνες. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες θέσεις του σώματος είναι το πρόσωπο, τα βλέφαρα, ο λαιμός, ο κορμός και ιδίως περί της μασχάλης και η περιοχή των γεννητικών οργάνων. Είναι όμως δυνατόν οι βλάβες να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, ακόμα και στους βλεννογόνους. Η διαφορική διάγνωση, όταν οι βλάβες είναι πολλαπλές, δεν είναι δύσκολη.

➤ **ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ**

Είναι η πιο συχνή μορφή ουρηθρίτιδας στους ετεροσεξουαλικούς άνδρες με ποικίλη αιτιολογία. Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μπορεί να αποτελεί συνέχεια της οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας οπότε ονομάζεται και μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Αν και το σύνδρομο της ουρηθρίτιδας μπορεί να συμβεί τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, η μη

γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συνήθως διαγιγνώσκεται μόνο στους άνδρες. Ο ασθενής έχει αίσθημα καύσου ή πόνο κατά την ουρήθρα και έκκριση κυρίως πρωινή ορώδους ή οροπυώδους, διαυγούς ή βλεννώδους, η οποία λερώνει το εσώρουχο.

Τα ΣΜΝ περιλαμβάνουν περισσότερους από 25 λοιμογόνους οργανισμούς που μεταδίδονται, κυρίως, με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Τα ποσοστά των ΣΜΝ στις ΗΠΑ είναι ανάμεσα στα υψηλότερα ποσοστά στις βιομηχανικές χώρες, προσεγγίζοντας εκείνα κάποιων αναπτυσσόμενων χωρών. Παρατηρούνται περίπου 15 εκατ. Περιστατικά ΣΜΝ κάθε έτος στις ΗΠΑ και αντιπροσωπεύουν το 87% των 10 επικρατέστερων λοιμώξεων που αναφέρονται στο (Lemone & Jones 1997).

Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΜΝ συγκριτικά με τους άνδρες, λόγω των ανατομικών διαφορών που ενισχύουν την μετάδοση της νόσου και δυσχεραίνουν τη διάγνωση. Επιπρόσθετα, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα.

Η φυλή και η εθνότητα είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για ΣΜΝ διότι συσχετίζονται με κάποιους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της κατάστασης υγείας, όπως η ένδεια, η χρήση παράνομων ουσιών, η διαβίωση σε κοινότητα με υψηλό επιπολασμό ΣΜΝ, η έλλειψη συμπεριφορών αναζήτησης φροντίδας και η περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ορισμένες λοιμώξεις, κυρίως η γονόρροια και η σύφιλη, απαντώνται συχνότερα σε πληθυσμούς με χαμηλά εισοδήματα και μειονοτικούς πληθυσμούς, ενώ άλλες λοιμώξεις, όπως ο έρπητας των γεννητικών οργάνων, η HPV λοίμωξη και οι χλαμυδιακές λοιμώξεις από τα χλαμύδια του τραχώματος, έχουν γενική κατανομή στον πληθυσμό (Lemone & Jones 1997).

Ορισμένα ΣΜΝ, όπως τα χλαμύδια και η βλεννόρροια, μπορεί να είναι υποκλινικές (ασυμπτωματικές) ή να προκαλούν ήπια συμπτωματολογία και πιθανόν να μην ανιχνεύονται έως ότου αναπτυχθούν σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή προβλήματα. Αυτά τα ΣΜΝ καθώς και άλλα, όπως η σύφιλη, ο έρπητας

των γεννητικών οργάνων και η τριχομονάδωση, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής του ατόμου από τον HIV μετά από έκθεσή του στον ιό (CDC, 1998d)

Επιπλοκές από τα μη διαγνωσμένα ΣΜΝ εμφανίζονται συχνά και είναι σοβαρότερες στον γυναικείο πληθυσμό. Για παράδειγμα, η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (PID), που συχνά είναι απόρροια αδιάγνωστου ΣΜΝ, διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από 1 εκατ. Γυναίκες κάθε έτος.

2.9.1. Β. Σωματικές επιπτώσεις από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά

Σε περίπτωση κατάχρησης αλκοόλ, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά γνωστά ως μέθη. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετικότητα, αδυναμία κριτικής σκέψης, αδυναμία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, ευφορία ή κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια κ.α. (Matbre 2005).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της μέθης είναι η άρση των αναστολών και η επίδοση σε συμπεριφορές που δεν είναι συνηθισμένες για το άτομο. Ιδιαίτερη επιρροή από τη μέθη, ασκείται στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου, με αποτέλεσμα να φέρεται πολλές φορές αυθόρμητα, αγνοώντας πολλούς από τους κινδύνους που μπορεί να διατρέχει από μια σεξουαλική επαφή. (Χαραλαμπίδης 2003)

Τα υπάρχοντα στοιχεία αποδεικνύουν το μέγεθος του προβλήματος : παλαιότερα, τα προβλήματα με το αλκοόλ αφορούσαν άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών. Σήμερα παρουσιάζονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 35 ετών. Την ίδια στιγμή, στους νέους κυριαρχεί η αντίληψη, ότι διασκέδαση χωρίς «σφηνάκια» δεν υπάρχει, ενώ η διαθεσιμότητα του αλκοόλ έχει αυξηθεί σημαντικά. (Τσαρούχας 2000)

Από την άλλη, αυτό που δεν έχει γίνει κατανοητό από τους νέους είναι οι επιπτώσεις που έχει το αλκοόλ στον οργανισμό τους. Η πλέον συνηθισμένη επίπτωση της νοθείας των ποτών ή της κατάχρησης στους νέους, είναι η τοξική δηλητηρίαση. Άλλες επιπτώσεις μετά από ένα hangover είναι πονοκέφαλος,

αδιαθεσία, επιθετικότητα, εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, αλλαγή διάθεσης, ατυχήματα. Και, βέβαια, πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος, η κατάχρηση του αλκοόλ να οδηγήσει στην εξάρτηση. Στατιστικές δείχνουν ότι όσοι νέοι αρχίζουν να πίνουν πριν από την ηλικία των 15 ετών, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αλκοολισμό από εκείνους που αρχίζουν να πίνουν στα 21. (Τσαρούχας 2000).

Το οινόπνευμα επιδρά κυρίως στο νευρικό σύστημα. Αν η συγκέντρωση στο αίμα είναι μικρή, εξασθενεί η μνήμη και η αντίληψη, χάνεται ο ειρμός της σκέψης και διαταράσσεται η ομιλία. Χαρακτηριστική αντίδραση στο οινόπνευμα είναι η απώλεια αυτοελέγχου και η εμφάνιση συναισθηματικών εκρήξεων. (Σπηλιοπούλου 1995)

Απόρροια της χρήσης ναρκωτικών, με οποιαδήποτε μορφή, είναι η διαμόρφωση μιας εσωτερικής σχέσης ανάμεσα στο άτομο και στην προσωπικότητά του, η οποία μπορεί να το κάνει περισσότερο ή λιγότερο επιρρεπές στη κατάχρηση ναρκωτικών. Για να επιτευχθεί αποτελεσματική θεραπεία και πρόληψη, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλοι αυτοί οι παράγοντες, ιδιαίτερα ο τελευταίος (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

2.9.2 Κοινωνικές επιπτώσεις

Τα νεαρά άτομα που ζουν σε μια σε μια κοινότητα και είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας αλληλεπιδρούν σε αυτή. Δηλαδή είναι σημαντικό να είναι υγιείς και χωρίς ιδιαίτερες παρεκκλίσεις στη συμπεριφορά τους για να λειτουργεί ομαλά και η κοινωνία, διότι επηρεάζει και επηρεάζεται από τα μέλη που την απαρτίζουν. Οπότε μια λανθασμένη σεξουαλική συμπεριφορά από τους νέους μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά και να ασκήσει λανθασμένη επιρροή στα άλλα άτομα της κοινωνίας και ως σύνολο και στην ίδια τη κοινωνία.

Με τη χρήση ναρκωτικών από όλο και μικρότερες ηλικίες παίρνει το πεδίο αυτό έναν ιδιαίτερο ρόλο όσο αφορά την ανάπτυξη εξάρτησης.

Οι σεξουαλικές απαιτήσεις της νεαρής ηλικίας, τα προβλήματα και οι δυσκολίες, που παρουσιάζονται στα πρώτα βήματα στον τόσο ευαίσθητο αυτό χώρο, αποτελούν πρόσφορο έδαφος ενδοψυχικών συγκρούσεων που περιμένουν τη λύση τους στην «ευφορία» της τοξικής ουσίας. Τα «μυστήρια» και οι «απαγορεύσεις» δρουν σαν καταλύτες στην ανάπτυξη φοβίας και άγχους για ό,τι έχει σχέση με το χώρο αυτό.

Αλλά ακόμα και η ιδιότητα πολλών τοξικών ουσιών να αυξάνουν τη δυνατότητα βίωσης διάφορων παθητικών εμπειριών, οδηγεί πολλά νεαρά άτομα με σεξουαλικά προβλήματα στη χρήση τους γι' αυτόν μόνο το σκοπό. Ο μύθος και η φαντασία, που συνοδεύει τη χρήση των ουσιών αυτών, είναι ακόμα ένα ερέθισμα για τη δοκιμή τους. (Παπαγεωργίου 1990)

Από μια λάθος σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να προκληθούν δυσάρεστες καταστάσεις, όπως είναι ο βιασμός και η άμβλωση. Είναι γνωστό ότι στις 1000 περιπτώσεις βιασμού οι 1-2 έχουν πιθανότητα να μείνουν έγκυες. Ο αριθμός αυτός αν και μικρός αναγκάζει αυτές τις γυναίκες να λάβουν μια απόφαση που μπορεί να αλλάξει τη ζωή τους με τραγικές πολλές φορές συνέπειες.

Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών από τους νέους μειώνει τα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων με αποτελέσματα, εκτός της μετάδοσης των ΣΜΝ, κάποιας ενδεχόμενης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Έτσι, η Ελλάδα παραμένει μια από τις χώρες της Ε.Ε. με τον υψηλότερο αριθμό εκτρώσεων και το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης. Σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες αλλά και τα αρχεία των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και των μαιευτικών κλινικών, η ελληνική κοινωνία δεν έχει υιοθετήσει τις μοντέρνες μεθόδους αντισύλληψης που πρωτοεμφανίστηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του 1970.(Ταρλάτζης,2001)(Αγραφιώτης 2005)

Έκτρωση ονομάζεται η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν το έμβρυο γίνει βιώσιμο. (Αδαμη και συν 2006)

Η έκτρωση χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης και η χώρα μας παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη με αναλογία 100-120 εκτρώσεις ανά 1000 γυναίκες ετησίως. Χώρες με σχεδόν τον ίδιο πληθυσμό με τη χώρα μας έχουν αντίστοιχα τον εξής αριθμό εκτρώσεων ανά 1000 γυναίκες : η Αυστρία 20-30, η Πορτογαλία 10 και η Ολλανδία 25 (Αγγραφιώτης 2005).

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν μια αυτόματη έκτρωση είναι από το ίδιο το κύημα, από το πατέρα, μεικτής αιτιολογίας, που μπορεί να συνδυάζει διάφορα αίτια καθώς και από τη μητέρα. Ακόμα μπορεί να προκληθεί τεχνητή διακοπή της κύησης, όταν πρόκειται για κυήσεις που είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και κυήσεις από μητέρες φορείς του ιού HIV. (Ανώνυμος (2))

Βιασμός ονομάζεται η τέλεση σεξουαλικής επαφής χωρίς τη συναίνεση του συντρόφου με θύματα κυρίως γυναίκες. Ο βιασμός ορίζεται ως «έγκλημα εχθρότητας και επιθετικότητας. Είναι ύστατη πράξη αντικειμενοποίησης της γυναίκας ως σεξουαλικού πλάσματος και συχνά βιώνεται απ' αυτή σα μια άμεση επίθεση εναντίον της προσωπικότητάς της». Κάθε βιασμός αφήνει ανεξίτηλα σημάδια στην ζωή της γυναίκας που τον υφίσταται: εκτός από τις σωματικές κακώσεις, τα θύματα έχουν να αντιμετωπίσουν για το υπόλοιπο της ζωής τους και τα ψυχικά τραύματα, τα οποία είναι πολύ πιο βαθιά και πολύ δυσκολότερο να ξεχαστούν. Το θύμα τις κουβαλά για μια ζωή και πολλές φορές ο κοινωνικός περίγυρος δεν κάνει τίποτα άλλο από το να υπενθυμίζει στο θύμα αυτή την αποτρόπαια πράξη ξανά και ξανά.

Η συνήθης ηλικία των γυναικών που υπόκεινται σε βιασμό είναι 10-29 ετών. Συχνά τα θύματα εκτός από την κοινωνική κατακραυγή και την εφιαλτική αυτή εμπειρία έχουν να αντιμετωπίσουν και θέματα εγκυμοσύνης καθώς και το δίλημμα και τις συνέπειες που συνοδεύει η απόφαση της άμβλωσης. (Ασκητής 2003-2009)

Ο ρόλος του αλκοόλ στη σεξουαλική επίθεση

Η σεξουαλική επίθεση των εφήβων και ενηλίκων γυναικών είναι μια σιωπηλή επιδημία, επειδή εμφανίζεται σε υψηλά ποσοστά αλλά σπάνια αναφέρεται στις αρχές (Koss, 1988). Πολλοί είναι οι λόγοι που συμβάλλουν στην ελλιπή καταγραφή σεξουαλικής βίας. Πολλά θύματα δε μιλάνε στους άλλους για την επίθεση, διότι φοβούνται ότι δεν θα τους πίστευαν, κάτι το οποίο σύμφωνα και με τα ευρήματα της έρευνας, αποτελεί μια έγκυρη ανησυχία (Abbey et al. 1996b).

Τουλάχιστον το ήμισυ του συνόλου των βίαιων εγκλημάτων περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοόλ από το δράστη, το θύμα ή και τους δυο (Collins and Messerschmidt, 1993). Έτσι, σε όλους τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει με συνέπεια ότι το ήμισυ των σεξουαλικών επιθέσεων διαπράττονται από άνδρες που έχουν πιεί αλκοόλ. Έτσι, η εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ από τους δράστες κυμάνθηκε από 34% ως 74% (Abbey et al., 1994, Crowell and Burgess, 1996). Είναι σημαντικό επίσης να τονίσουμε ότι η κατανάλωση αλκοόλ από το θύμα το θέτει μεν σε υψηλό κίνδυνο σεξουαλικής επίθεσης αλλά σε καμιά περίπτωση δεν ευθύνεται το θύμα για την επίθεση. Οι δράστες είναι ηθικά και νομικά υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά τους (Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (NIAAA), 2001).

2.9.3. Οικονομικές επιπτώσεις

Οι στόχοι που επιλέγονται επηρεάζουν πολλές φορές και όσους δεν επιλέχθηκαν. Δηλαδή οι συλλήψεις ναρκωτικών επηρεάζουν το τομέα της προσφοράς, όμως, λόγω των συλλήψεων, μπορεί να αυξηθούν οι τιμές και να περιορισθούν οι δυνατότητες προμήθειας ναρκωτικών, επηρεάζεται δηλαδή ευθέως ο τομέας της ζήτησης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει, όπως υποστηρίζεται αν και μάλλον δύσκολο, ορισμένους χρήστες στην αποχή και να αποτρέψει τους μη χρήστες από την ιδέα να εμπλακούν στη διαδικασία. Παράλληλα, η αυστηρή επιβολή του νόμου, η ελλιπής προσφορά και οι υψηλές τιμές των ναρκωτικών ουσιών είναι πολύ πιθανό να ωθήσουν τους χρήστες σε παράνομους τρόπους

εξεύρεσης χρημάτων, σε αντικατάσταση του δυσπρόσιτου ναρκωτικού με άλλο πιο φθηνό, κατώτερης ποιότητας, πιο επικίνδυνου για την υγεία.

Τα προβλήματα βέβαια που προκύπτουν είναι πολλά από τη μείωση και απαγόρευση πολλών ναρκωτικών ουσιών για τις χώρες παραγωγής. Αρκεί να αναφερθεί ότι στην Ασία και τη Λατινική Αμερική σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΗΕ, 4 εκατομμύρια άνθρωποι, περίπου 700 χιλ. οικογένειες, ζουν από εισοδήματα που τους αποφέρει η καλλιέργεια ναρκωτικών. Αυτοί οι άνθρωποι ζουν στα όρια της φτώχειας και το 50% των εισοδημάτων τους εξαρτάται από τις συγκεκριμένες καλλιέργειες. (Λαμπροπούλου 2002)

2.9.4. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η πλέον απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθης. Η μέθη δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το οινόπνευμα, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστα επακόλουθα τόσο σε σωματικό όσο και κοινωνικό επίπεδο (Παπαγεωργίου 1990).

Κύρια συμπτώματα της «περαστικής» αυτής «ψυχωτικής κατάστασης» είναι ως γνωστό η εύθυμη διάθεση, η ψυχοκινητική ανησυχία, η «διευκόλυνση» της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, η ασυμβίβαστη συμπεριφορά, «όρεξη για καβγά», μεγαλοϊδέες, κλπ.

Με την παράταση του χρόνου δηλητηρίασης, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινόπνευματος, συνοδευόμενη συνήθως από κατάθλιψη και ελαφρά παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών(δυσκολίες στο βάδισμα, στην ομιλία κλπ.) (Παπαγεωργίου 1990)

2.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια η Νοσηλευτική έχει ξεφύγει από το στενό ρόλο της παροχής φροντίδας σε ασθενείς μόνο στο χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα πολλοί είναι οι Νοσηλευτές εκείνοι που, έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, ασχολούνται με την αγωγή υγείας σε κοινότητες, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Το έργο αυτών των νοσηλευτών είναι αρκετά σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς πόσο δύσκολη είναι η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την αποτροπή μιας νοσογόνου κατάστασης.

Η αγωγή υγείας από τους Νοσηλευτές αρχίζει με τη μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών στο άτομο, αλλά συγχρόνως περιλαμβάνει επεξήγηση και ενσωμάτωση πληροφοριών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει αλλαγή συμπεριφοράς και συνηθειών οι οποίες οδηγούν σε προαγωγή υγείας του ατόμου. Η πρόληψη ενάντια στις εξαρτησιογόνες ουσίες περιλαμβάνει τη παροχή πληροφοριών, όχι μόνο για τις ίδιες τις ουσίες, αλλά κυρίως για τις συνήθειες της ζωής που προωθούν τη καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα.

Κάθε επικοινωνία του επιστήμονα υγείας με το σύνολο (γονείς, καθηγητές, νέοι εξαρτημένοι και μη, ευρύτερο κοινό) αποτελεί μια εκπαιδευτική εμπειρία. Όλες οι εμπειρίες του ατόμου δίνουν σε αυτό την ευκαιρία να αναπτυχθεί διανοητικά, ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά, να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί τις κατάλληλες γνώσεις για τη διατήρηση της υγείας του. Επειδή οι γνώσεις που διαθέτει το άτομο δεν είναι πάντοτε σύγχρονες και αποτελεσματικές, κυρίως για τις πολύπλοκες καταστάσεις υγείας, οι υπεύθυνοι επιστήμονες και οι Νοσηλευτές που ασχολούνται με την πρόληψη έχουν υποχρέωση και καθήκον να είναι ενημερωμένοι και να παρέχουν πρόσφατες, ανανεωμένες και έγκυρες γνώσεις στα άτομα της κοινότητας (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

2.10.1. Στην οικογένεια

Η συμβολή της νοσηλευτικής στην οικογένεια είναι πολύ σημαντική. Η νοσηλευτική στηρίζει την οικογένεια, ώστε να μπορέσει να προσαρμοσθεί στις

αλλαγές που της συμβαίνουν. Επίσης προλαμβάνει επικίνδυνες καταστάσεις και βοηθάει στην ανάπτυξη και διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα ο κοινοτικός νοσηλευτής, μπορεί να προσφέρει στην οικογένεια τα ακόλουθα:

- Αγωγή υγείας για υγιεινές συνήθειες ζωής, όπως διακοπή του καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας της κοινότητας ώστε η οικογένεια να μπορεί να τις χρησιμοποιεί όποτε τις έχει ανάγκη
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες για την ικανοποίηση των αναγκών της οικογένειας

Βοήθεια της οικογένειας να αναγνωρίσει τα προβλήματα της και τις ευθύνες της. (Καρασσαβίδης και συν 2009)

2.10.2. Στη κοινότητα του ΤΕΙ

Στόχος του νοσηλευτή σε αυτό το στάδιο είναι να αναπτύξει προγράμματα για να βοηθήσει τους νέους να αντιμετωπίσουν και να μειώσουν τέτοιου είδους συνήθειες. (Matbre 2005).

Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καθορίσουν το λόγο που οι νέοι κάνουν χρήση κάποιας ουσίας για να αυξήσουν την ικανοποίηση τους στη σεξουαλική τους ζωή. Είναι σημαντική η συμβολή του νοσηλευτή διότι είναι αναγκαίο οι νέοι να ενημερωθούν από κάποιο αρμόδιο, διότι όσο πιο νεαρό είναι ένα άτομο όταν ξεκινάει τον πειραματισμό του με τα ναρκωτικά τόσο το πιθανότερο είναι να αναπτύξει κάποιο είδος εθισμού. (Matbre 2005)

2.10.3. Στη κοινότητα (γενικά)

Η χρήση του όρου «συντηρητικές απόψεις», σύμφωνα με τον Himelein, αναφέρεται σε παραδοσιακές και μάλλον απόλυτες αντιλήψεις για τα σεξουαλικά κίνητρα και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Αντίθετα, οι «φιλελεύθερες» σεξουαλικές αντιλήψεις, κατά τον Wallace, εκφράζονται από άτομα τα οποία συνήθως εμφανίζονται περισσότερο διαλλακτικά και δεκτικά όσον αφορά τις σεξουαλικές εμπειρίες.

Για να είναι ικανοί οι νοσηλευτές/-τριες να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών για πληροφόρηση και συμβουλευτική σε θέματα σεξουαλικής υγείας είναι αναγκαίο να αποκτήσουν επίγνωση των δικών τους πεποιθήσεων, ώστε να μπορούν να υιοθετήσουν μια μη-κριτική προσέγγιση και να αντιμετωπίσουν τις δικές τους αναστολές, όταν συζητούν για σεξουαλικά θέματα. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, είναι σημαντικό να μελετηθούν οι σεξουαλικές αντιλήψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής.

Ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο υπάρχουν ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα στον τομέα αυτόν, κάτι που μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στην ελληνική γλώσσα δεν υπάρχουν έγκυρες και αξιόπιστες κλίμακες για την αξιολόγηση σεξουαλικών αντιλήψεων. (Νακοπούλου 2007)

Η προσέγγιση για μείωση της βλάβης από τη χρήση ουσιών κατά τη σεξουαλική ζωή των νέων επικεντρώνεται στη προαγωγή της υγιούς σεξουαλικής ζωής και στη πρόληψη τυχόν κινδύνων και ασθενειών. Η πρωτογενής πρόληψη για τα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν περιλαμβάνει (1) την προώθηση υγιών τρόπων ζωής και προσαρμοστικών συμπεριφορών και (2) την ενημέρωση σχετικά με τα ναρκωτικά και τις οδηγίες για τη χρήση τους, αλλά και τους τρόπους προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή, ώστε να έχουν μια υγιή σεξουαλική ζωή.

✓ Προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και προσαρμοστικών παραγόντων:]

Η βοήθεια στα άτομα για να αποκτήσουν καλύτερο επίπεδο υγείας περιλαμβάνει και άλλες παρεμβάσεις, εκτός από αυτές που αφορούν

άμεσα τη χρήση ουσιών, όπου αυτό είναι δυνατόν. Η διδασκαλία για την ολοκληρωμένη εκτίμηση των πραγμάτων και τη σωστή λήψη αποφάσεων αυξάνει την αυτό-υπευθυνότητα για την υγεία και βοηθάει τα άτομα να αυξήσουν την επίγνωση τους για τις διάφορες δυνατότητες που έχουν.

✓ Εκπαίδευση για τα ναρκωτικά:

Οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων καταρρίπτοντας το μύθο των καλών και των κακών ναρκωτικών ουσιών. Αυτό σημαίνει (1) ενημέρωση των ατόμων ότι κανένα ναρκωτικό δεν είναι απολύτως ασφαλές και ότι σε κάθε φάρμακό μπορεί να γίνει κατάχρηση και (2) βοήθεια των ατόμων να μάθουν πως να παίρνουν ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τη χρήση των ουσιών για να ελαχιστοποιήσουν τη πιθανή βλάβη.

Επιπλέον η πολυουσιακή χρήση μπορεί να προκαλέσει αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ναρκωτικών που μπορεί να έχουν εθιστικά, συνεργικά ή ανταγωνιστικά αποτελέσματα. Είναι σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα για τα ναρκωτικά που χρησιμοποιούν. Οι νοσηλευτές μπορούν να αξιοποιήσουν τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους για ενημέρωση, να παρέχουν απαραίτητες πληροφορίες και να διευκρινίσουν αυτές τις πληροφορίες με τους νέους (Griffith & Moore, 2002 Rybacki & Long, 2004).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους νέους να ενημερώνονται για τις ουσίες που χρησιμοποιούν για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Αυτό σημαίνει ότι η πιθανή βλάβη από την αυτό-χορήγηση μπορεί να μειωθεί αν τα άτομα έχουν τη κατάλληλη πληροφόρηση, έτσι ώστε να λαμβάνουν πιο ενημερωμένες αποφάσεις.

Οι νοσηλευτές μπορούν να εκτελούν καθήκοντα εκπαιδευτών ή συμβούλων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες για να διασφαλίσουν ότι καλύπτονται όλοι οι τομείς. (Matbre 2005)

2.11. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα

Η σεξουαλική ζωή των νέων επηρεάζεται άμεσα από την κατανάλωση αλκοόλ και από τη χρήση ουσιών. Αυτό φαίνεται και μέσα από έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στα παραπάνω θέματα που αφορούν το αλκοόλ και τις ναρκωτικές ουσίες, αλλά και στη σεξουαλικότητα, τις μεθόδους αντισύλληψης, και τα Σ.Μ.Ν.

I. Οι έρευνες που αφορούν τη σεξουαλικότητα είναι οι εξής:

- Είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα θέματα σεξουαλικότητας αποτελούν μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, οι Davis et al, σε μια μετά-ανάλυση ερευνών σχετικά με τον βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές/-τριες συζητούν τις σεξουαλικές ανησυχίες των ασθενών, βρήκαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εμπλέκεται στην αξιολόγηση της σεξουαλικής υγείας των ασθενών. Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρθηκαν και από τους Matocha & Waterhouse, όπου σε δείγμα 155 επαγγελματιών νοσηλευτών/-τριων μόνο το 12% δήλωσε ότι συζητά για σεξουαλικά προβλήματα με την πλειοψηφία των ασθενών. Επίσης, οι Dattilo & Brewer, σε μελέτη που διεξήγαγαν με ατομικές συνεντεύξεις τελειόφοιτων φοιτητών Νοσηλευτικής, βρήκαν ότι ενώ όλοι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σημαντική την αξιολόγηση της σεξουαλικής υγείας των ασθενών, πολλοί λίγοι δήλωσαν ότι θα ένιωθαν άνετα να την ενσωματώσουν στην επαγγελματική τους πράξη.

Έρευνες σε νοσηλευτές/-τριες από διαφορετικούς επαγγελματικούς χώρους (γυναικολογικές, ογκολογικές, καρδιολογικές κλινικές) έδειξαν ότι οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους αποφεύγονται συζητήσεις για τα σεξουαλικά προβλήματα των ασθενών αφορούν στη έλλειψη γνώσεων και κατάλληλης εκπαίδευσης στον τομέα της σεξουαλικής υγείας, καθώς και στην ύπαρξη συντηρητικών απόψεων σε θέματα σεξουαλικότητας. (Lemone & Jones 1997)

- Στη παρακάτω μελέτη διερευνώνται οι αντιλήψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής για θέματα σεξουαλικότητας στην οποία συμμετείχαν 127 πρωτοετείς και τελειόφοιτοι φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του ΑΤΕΙ Λάρισας, και έδειξε ότι περισσότεροι από τους

μισούς (54,8%) είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή μεταξύ 18 και 22 ετών. Όσον αφορά στη χρήση αντισύλληψης/προφύλαξης, μόνο το 57,7% ανέφερε ότι χρησιμοποιεί πάντα κάποια μέθοδο, ενώ πιο συχνά αναφερόμενη ήταν η χρήση προφυλακτικού (71,4%). Αναφορικά με τις σεξουαλικές τους αντιλήψεις, οι συμμετέχοντες διαμόρφωσαν τρεις ομάδες: 45 άτομα (35,4%) που είχαν συντηρητικές απόψεις, 68 άτομα (53,5%) που είχαν σχετικά φιλελεύθερες απόψεις αλλά με μια τάση συντηρητισμού και 14 άτομα (11%) που εξέφρασαν τις πλέον φιλελεύθερες σεξουαλικές αντιλήψεις. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι οι απόψεις των συμμετεχόντων για θέματα σεξουαλικότητας επηρεάζουν και τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που εξέφρασαν πιο φιλελεύθερες σεξουαλικές αντιλήψεις παρουσίασαν σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές. Επίσης, όσο πιο φιλελεύθερες ήταν οι απόψεις τους, τόσο μεγαλύτερος ήταν και ο αριθμός των σεξουαλικών τους συντρόφων. (Νακοπούλου και συν, 2007)

II. Οι έρευνες που αφορούν τα Σ.Μ.Ν και την αντισύλληψη είναι οι παρακάτω:

- Παράλληλα σε έρευνα που έγινε στη Δανία, φάνηκε ότι τα κορίτσια είναι πιο έμπειρα και σεξουαλικά ενεργά από τα αγόρια, με το 7% αυτών να έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση και το 9% να έχει μολυνθεί από χλαμύδια. Συνολικά φαίνεται ότι το ¼ των νέων δε χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).
- Σε έρευνα που έγινε στην Ισπανία συμμετείχε δείγμα 140 γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία (18-44 ετών) και ερωτήθηκαν για τη χρήση του προφυλακτικού, την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς και για θέματα που αφορούν τη σεξουαλική υγεία και τα κίνητρα που τις ωθούν στην εκάστοτε σεξουαλική συμπεριφορά λανθασμένη ή μη. Διαπίστωσαν ότι το 70% (n=79) των ανύπανδρων γυναικών ανέφεραν χρήση προφυλακτικού με το πιο πρόσφατο άτομο που είχαν σεξουαλικές σχέσεις και το 49%(n=79) των ανύπανδρων γυναικών ανέφεραν περισσότερους από ένα ερωτικούς συντρόφους κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Αυτοεκτίμηση και κίνητρα σχετίστηκαν σε μεγάλο βαθμό, αν και μόνο τα κίνητρα σχετίζονται άμεσα με τη χρήση προφυλακτικού. Οι

γυναίκες που ανέφεραν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ήταν πιο συνεπής είχαν λιγότερες πιθανότητες να αποκτήσουν κάποιο ΣΜΝ ή τον ιό HIV. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, παρά την ενημέρωση του κοινού για τα ΣΜΝ, ένα μέρος από αυτές τις γυναίκες και τους ερωτικούς τους συντρόφους είναι ευάλωτα σε αυτές τις ασθένειες. Έτσι προκύπτουν δυσάρεστες συνέπειες στην προώθηση υγείας. (Abel & Chambers 2004)

- Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι το 51% των αρρένων φοιτητών ΑΕΙ Αθήνας δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια με περιστασιακούς συντρόφους κατά το πιο πρόσφατο δωδεκάμηνο. Επίσης το 75% δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν πράξει με ασυνέπεια με το σταθερό τους σύντροφο το τελευταίο δωδεκάμηνο (Σαραφίδου & Χλιαουτάκης, 1994). Σε άλλη μελέτη με φοιτητές και σπουδαστές ΑΕΙ και ΤΕΙ της Βορείου Ελλάδος, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια στην πιο πρόσφατη σεξουαλική τους επαφή κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών (Kordoutis et al. 2000). Είναι προφανής η ανάγκη για μια περαιτέρω προώθηση της χρήσης προφυλακτικού τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη (Λουμάκου και συν. 2001).
- Δεδομένα του 1995 στην Ισπανία έδειξαν ότι παραπάνω από το ήμισυ (56,5%) του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού δεν είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην πιο πρόσφατη σεξουαλική περιστασιακή ερωτική επαφή. Αντίστοιχα δεδομένα του 1993 στη Γαλλία έδειξαν ότι αυτό το ποσοστό ήταν 35% στους άνδρες και 50% στις γυναίκες (WHO/UNAIDS, 1998). Στη Μεγάλη Βρετανία οι αντίστοιχοι αριθμοί, για το 1991, ήταν 77% για τους άνδρες και 82% για τις γυναίκες (Johnson & Wadsworth, 1994, Bajos et al., 1995). Τα ποσοστά της μη χρήσης για τους βορειοαμερικανικούς πληθυσμούς κυμαίνονται γενικά σε παρόμοιο εύρος: 40%-60% (Dolcini et al. 1993, Λουμάκου και συν. 2001).

- Σε μελέτη που έγινε το 1989 με μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Αθήνας, βρέθηκε ότι 60% των ατόμων που είχαν περιστασιακές σχέσεις, τους τελευταίους 12 μήνες, και 61% αυτών που είχαν σταθερό ερωτικό σύντροφο είτε δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ προφυλακτικό είτε δεν το χρησιμοποίησαν με συνέπεια. Εξάλλου 25% των ανδρών και 30% των γυναικών δεν είχαν ποτέ χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στη ζωή τους (Dubois-Arber & Spencer, 1998). Σε μεταγενέστερη έρευνα μεταξύ φοιτητών στην Αθήνα, βρέθηκε ότι το 42% των ανδρών και 51% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό κατά την πιο πρόσφατη σεξουαλική συνένευση. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι τα ποσοστά συνεπούς χρήσης του προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες ήταν : με περιστασιακό σύντροφο 49% στους άνδρες και 27% στις γυναίκες ενώ με σταθερό σύντροφο 23% στους άνδρες και 22% στις γυναίκες (Σαραφίδου και συν., 1996) Τέλος, στην πιο πρόσφατη έρευνα των Κορδούτης, Λουμάκου και Σαραφίδου (2001), σε νέους από όλη την Ελλάδα, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει ασυνεπώς στην πιο πρόσφατη ερωτική τους σχέση τους τελευταίους 12 μήνες (Λουμάκου και συν. 2001).
- Οι Van Zessen και Sanford (1991) βρήκαν ότι το 95% από ένα δείγμα 1000 ενηλίκων δήλωσαν ότι δε θα δίσταζαν να προτείνουν τη χρήση προφυλακτικού σε νέο σύντροφο, και μάλιστα το 75% το θεωρούσε εύκολο. Όταν όμως ρωτήθηκαν πως θα αντιδρούσαν σε ενδεχόμενη αντίρρηση εκ μέρους του συντρόφου, το 50% των ανδρών και μόνο το 18% των γυναικών ανέφεραν ότι θα επέμεναν. Η χρήση του προφυλακτικού είναι μια δυαδική απόφαση που προϋποθέτει λήψη πρωτοβουλίας, ενδεχόμενη διαπραγμάτευση και τελική συναίνεση των δύο συντρόφων (Λουμάκου και συν. 2001).
- Στις παρακάτω έρευνες παρουσιάζεται η στάση και συμπεριφορά των νέων και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται. Σε έρευνα των Αντωνιάδη και συν διαπιστώνουμε την εκδήλωση της δυσαρέσκειας των νέων

ανθρώπων σε ότι αφορά την αντισυλληπτική στρατηγική των αρμόδιων φορέων (σε ποσοστό 44%) και ταυτόχρονα την απουσία οποιασδήποτε αντισυλληπτικής μεθόδου έστω και για μια φορά (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008)

- Ακόμη σε έρευνα που έγινε σε 836 σπουδαστές της σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελματιών ηλικίας 18-27 ετών, διαπιστώνεται ότι το 66,2% είχε σεξουαλικές επαφές και από αυτούς το 86,8% χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008)
- Σε πανελλαδική έρευνα των Κρεατσά και συν αποδείχθηκε ότι το 13,55% των ερωτηθέντων (1026 κορίτσια) άρχισε τις σεξουαλικές επαφές στην ηλικία των 16 ετών και το 14,04% στην ηλικία των 17 ετών, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό νέων (42,3%) χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης και ένα ποσοστό 27,78 επισκέφτηκε κάποιο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για θέματα αντισύλληψης (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008)
- Όσον αφορά τη σχέση και τις γνώσεις που έχουν οι νέοι με την αντισύλληψη, στην Τουρκία, σε έρευνα του Πανεπιστημίου Ege στη Σμύρνη με δείγμα 2.217 πρωτοετών και τεταρτοετών φοιτητών φάνηκε ότι οι γνώσεις τους για τους τρόπους μετάδοσης των ΣΜΝ, για τα συμπτώματά τους καθώς και για τις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι ελλειμματική. Συνοψίζοντας, βλέπουμε ότι από τις έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα οι γνώσεις των νέων σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα ΣΜΝ είναι ελλιπείς, σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού, όπου οι νέοι φαίνονται πιο ενημερωμένοι (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).
- Στην Ελλάδα, δημοσκοπήσεις με αντιπροσωπευτικά δείγματα surveys 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 τον σύντροφο τους τον τελευταίο μήνα (Αγραφιώτης 2005).

III. Οι έρευνες που αφορούν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ είναι οι παρακάτω:

- Από έρευνα που έγινε σε νεαρά άτομα κυρίως φοιτητές Νοσηλευτικής ηλικίας 18-24 ετών βρέθηκε ότι κάνουν χρήση ή κατάχρηση εθιστικών ουσιών, η οποία οφείλεται στη πολυσύνθετη δομή της σύγχρονης κοινωνίας καθώς και στην αυξημένη διαθεσιμότητα μιας ευρείας ποικιλίας φαρμακευτικών ουσιών από νεαρούς ενήλικες, όπου αυτή η συμπεριφορά έχει υψηλό οικονομικό, κοινωνικό και προσωπικό κόστος.

➤ Από το πληθυσμό της μελέτης το 20,1% ήταν άνδρες και το 79,9% γυναίκες. Το 13,6% έκανε χρήση ινδικής κάνναβης, το 5,4% έκανε χρήση ουσιών και από αυτά τα άτομα το 1,8% δοκίμασε, ενώ συστηματική χρήση έκανε ένα άτομο. Ως προς το είδος των ουσιών, το 2% έκανε χρήση χασίς ή μαριχουάνας και το 2% έχει κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Χρήση οινόπνευματος έχει κάνει το 57,9% (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

- Αυτή η έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής πολιτικών συμπεριφορών που έχουν ακολουθήσει οι ευρωπαϊκές χώρες για τη καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών.

Στα τέλη της δεκαετίας του '90, υπολογίζεται ότι 180 εκατομμύρια άνθρωποι κάνουν χρήση ναρκωτικών, εκ των οποίων 144 εκατομμύρια κάνναβης, 29 εκατομμύρια κοκαΐνης, 9 εκατομμύρια ηρωίνης και 4,5 εκατομμύρια λοιπών οπιούχων. Στην Ελλάδα, το 12,2% του πληθυσμού κάνει χρήση ή έχει δοκιμάσει ναρκωτικά, οι θάνατοι έχουν πενταπλασιασθεί την τελευταία δεκαετία, ο αριθμός των συλληφθέντων αυξάνει και η χώρα έχει μια από τις μεγαλύτερες αναλογίες χρηστών σκληρών ναρκωτικών ανά 100 χιλ. κατοίκους στην Ευρώπη. (Λαμπροπούλου 2002)

- Στη παρακάτω έρευνα αξιολογείται η στάση των φοιτητών απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ στην οποία συμμετείχαν 136

φοιτητές και φοιτήτριες ηλικίας 18-27 ετών που φοιτούν στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και έδειξε ότι το 58,8% των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει αλκοόλ, ενώ χρήστες αλκοόλ δήλωσαν πως είναι 56 άτομα (41,2%). Η μέση κατανάλωση αλκοόλ ήταν 3,2 ποτά ανά βδομάδα. Η μέση ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ ήταν 16,5±1,6 έτη. 39 άτομα (69,6%) δήλωσαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι προσωπική τους επιλογή, ενώ 7 (12,5%) ανέφεραν ότι παρακινούνται από το φιλικό τους περιβάλλον. 49 άτομα (87,5%) δήλωσαν πως δεν αισθάνθηκαν ποτέ την ανάγκη να σταματήσουν την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ 7 (12,5%) ανέφεραν ότι έχουν αισθανθεί αυτή την ανάγκη. 47 άτομα (83,9%) δήλωσαν πως δεν είχαν προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ 9 άτομα (16,1%) ανέφεραν τέτοια προβλήματα. Όλοι όσοι δήλωσαν χρήστες αλκοόλ ανέφεραν ότι δεν έχουν ζητήσει ποτέ βοήθεια για να σταματήσουν την κατανάλωση. Το 49% των ανδρών κατανάλωσαν αλκοόλ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες ήταν αρκετά μικρότερο, φθάνοντας το 37%. Ωστόσο, η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αναφορικά με το επίπεδο φοίτησης το 43,8% των μεταπτυχιακών φοιτητών κατανάλωναν αλκοόλ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους προπτυχιακούς φοιτητές ήταν μικρότερο (38,1%). Η σχέση αυτή επίσης δεν είναι στατιστικά σημαντική (Διομήδους και συν., 2007)

- Το 2002 το 54,9% από όλους τους ενήλικους στις ΗΠΑ (από 18 και άνω) ανέφεραν ότι κατανάλωσαν τουλάχιστον ένα ποτό τον τελευταίο μήνα και ένας στους τρεις ενήλικους που καταναλώνουν αλκοόλ ανέφεραν ότι καταναλώνουν τουλάχιστον ένα ποτό το τελευταίο μήνα και ένας στους τρεις ενήλικους που καταναλώνουν αλκοόλ αναφέρει ότι έκανε σεξ υπό την επίδραση αλκοόλ του τελευταίου μηνός. Επίσης το 2002 5,9% από τους ενήλικους στις ΗΠΑ ανέφεραν βαριά κατανάλωση ποτού τις τελευταίες 30 μέρες, και το 3,7% κατηγοριοποιήθηκαν ως εξαρτημένοι από το αλκοόλ (CDC, 2004b) .(Matbre 2005)

Β. Ειδικό Μέρος

1. Περίληψη

Εισαγωγή: Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως ορόσημο της φυσιολογικής τους εξέλιξης ή ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς, που μπορεί να επηρεαστεί από τη κοινωνία. Η πολυσύνθετη δομή της σύγχρονης κοινωνίας καθώς και η αυξημένη διαθεσιμότητα μιας ποικιλίας ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ ωθούν κυρίως τους νέους στη χρήση τους και ιδιαίτερα στα πλαίσια των σεξουαλικών τους δραστηριοτήτων.

Σκοπός: Η διερεύνηση κατά πόσο οι νέοι χρησιμοποιούν και επηρεάζονται από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και κατά πόσο η χρήση αυτή σχετίζεται με αρνητικές συνέπειες στη σεξουαλική τους συμπεριφορά.

Υλικό- Μέθοδος: Το πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 194 άτομα, φοιτητές στο ΤΕΙ Ηρακλείου σε όλα τα τμήματα, με μεγαλύτερο δείγμα από τους φοιτητές Νοσηλευτικής. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social SCIENCES (SPSS) 17.0 και το πρόγραμμα MS Office Excel 2003 και τη στατιστική δοκιμασία χ^2 , Student & Krustal Wallis.

Αποτελέσματα: Από το πληθυσμό της μελέτης το 47,9% του δείγματος είναι άνδρες και το 52,1% είναι γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας και των δυο είναι τα 22 έτη. Το 69,9% των ανδρών δηλώνει «μόνος», ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 41,6%. Ακόμα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι άνδρες έχουν κάνει σεξ χωρίς τη χρήση προφυλακτικού με ποσοστό 42,9%, και κατά μέσο όρο με τρία άτομα μέσα στο έτος, ενώ οι γυναίκες αντίστοιχα με ποσοστό 34,1% και με ένα ερωτικό σύντροφο στο τελευταίο έτος. Το 40,5% των ανδρών έναντι 78,6% των γυναικών δήλωσαν ότι κάνουν σεξ χωρίς τη χρήση προφυλακτικού, διότι έχουν σταθερή σχέση. Στατιστικά σημαντικό βρέθηκε ότι το 73,6% των ανδρών, έναντι 46,6% των γυναικών, δηλώνει ότι έχει κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση αλκοόλ και ναρκωτικών. Τα άτομα που βρίσκονται στο πτυχίο κάνουν συχνότερα χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών

όταν κάνουν σεξ κατά το τελευταίο έτος, με ποσοστό 78,7% για τα αγόρια και 48,2% για τα κορίτσια αντίστοιχα. Το 27,2% κάνει χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών για να παρατείνει τη σεξουαλική επαφή.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι συχνότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τη κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών πριν τη σεξουαλική επαφή, δεν είναι ξεκάθαροι, ωστόσο οι λόγοι προέρχονται από την ελλιπή ενημέρωση των νέων στα θέματα αυτά.

2. Σκοπός έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα ή υποθέσεις

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε κατά πόσο οι νέοι κάνουν χρήση και επηρεάζονται από διάφορες ουσίες, και κατά πόσο η επιρροή αυτή θα έχει αρνητικές συνέπειες στη σεξουαλική τους συμπεριφορά και στις σχέσεις μεταξύ τους.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Ποιο είναι το ποσοστό των φοιτητών που κάνουν χρήση ουσιών πριν τη σεξουαλική επαφή;
- Τι είδους ουσίες χρησιμοποιούν;
- Για ποιους λόγους το κάνουν;
- Τι επιπτώσεις έχει η χρήση των ουσιών αυτών στη σεξουαλική ζωή των νέων;
- Ποια είναι τα πιθανά αρνητικά αποτελέσματα της χρήσης ουσιών στις σχέσεις που έχουν οι νέοι με το άλλο φύλο;

3. Σημαντικότητα μελέτη

Η σημαντικότητα της μελέτης, είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι διάφορες ουσίες επιδρούν στη σεξουαλική συμπεριφορά μιας συγκεκριμένης ομάδας νέων, και ποιες είναι οι επιπτώσεις τις συμπεριφοράς αυτής.

4. Υλικό και μέθοδος μελέτης

A. Σχεδιασμός (χρονοδιάγραμμα μελέτης)

Είναι μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη κοινότητα των σπουδαστών του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης, στον εξωτερικό χώρο και στις αίθουσες, σε διάστημα τεσσάρων μηνών από Μάιο ως Ιούνιο και Σεπτέμβριο ως Οκτώβριο 2009 στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές από βιβλία και ιστοσελίδες του διαδικτύου. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων ήταν 194, όπου κάθε ερωτηματολόγιο έχει 23 ερωτήσεις. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από σπουδαστές του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης που φοιτούν σε αυτό, απ' όλες τις σχολές. Η ηλικία των σπουδαστών κυμαίνεται από 18 έως 35 ετών.

B. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα και ολοκληρώθηκε με βάση τη μελέτη της σύγχρονης και παλαιότερης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και από πληροφορίες από το internet, ώστε να απαντηθούν ολοκληρωμένα και με σαφήνεια τα ερευνητικά ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο μας βασίστηκε ιδιαίτερα σε ερωτηματολόγιο για την κουλτούρα της νυχτερινής διασκέδασης το οποίο δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος IREFREA, European Institute of Studies on Prevention. Το ερωτηματολόγιο για την κουλτούρα της νυχτερινής διασκέδασης των νέων διαμορφώθηκε και

χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος «Νυχτερινή διασκέδαση των νέων και πρόληψη συμπεριφορών κινδύνου» (“Recreational culture as a tool to prevent risk behaviours”) που υλοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο 2005 – 2008 (<http://contenido.irefrea.org/archivos/sa/Greek%20Questionnaire.PDF>). Στη χώρα μας το πρόγραμμα έγινε από το ΕΠΙΨΥ (για επιπλέον πληροφορίες δείτε: www.epipsi.gr). Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί μεταξύ άλλων από τους Σιάμου και συν. (2008). Άδεια χρήσης των ερωτήσεων από το παραπάνω ερωτηματολόγιο δόθηκε από την Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών κα. Κοκκέβη και παρατίθεται στο Παράρτημα 1 της πτυχιακής.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε αποτελείται από 23 ερωτήσεις, κλειστού και ανοιχτού τύπου και χωρίζονται σε δυο ενότητες (Παράρτημα 2). Η πρώτη ενότητα αποτελείται από επτά ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των σπουδαστών, πιο αναλυτικά αναφέρεται στο φύλλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την αξιολόγηση τους ως φοιτητές και του οικονομικού τους επιπέδου, με ποιόν ζουν, καθώς και σε ποιο τμήμα και εξάμηνο φοιτούν.

Στη δεύτερη ενότητα που αποτελείται από 16 ερωτήσεις και οι περισσότερες ήταν κλειστού τύπου, οι απαντητικές κλίμακες ήταν είτε πολλαπλών επιλογών, είτε «ναι ή όχι».

Περιλαμβάνονται ερωτήσεις για τη σεξουαλικότητα, τη σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών και για την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Καθώς και για τα μέτρα προστασίας που λαμβάνουν στη σεξουαλική τους ζωή, όπως και για τη χρήση ουσιών και αλκοόλ κατά τη διάρκεια του σεξ.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 λεπτά.

Γ. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν σπουδαστές που φοιτούν στις σχολές των ΤΕΙ Ηρακλείου, ηλικίας 18-35 ετών.

Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας και διάρκειας 4 μηνών. Τα ερωτηματολόγια ήταν 194. Τα συμπλήρωσαν άνδρες και γυναίκες. Από τα 194 ερωτηματολόγια απάντησαν το 52,1% γυναίκες και το 47,9% άνδρες.

5. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Για την στατιστική ανάλυση και γραφική αναπαράσταση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0 και το πρόγραμμα MS Office Excel 2003.

Οι μέθοδοι χ^2 , Student t και Kruskal Wallis χρησιμοποιήθηκαν για το έλεγχο των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της μελέτης και των κατανομών συχνότητας που αφορούσαν ερωτήσεις για τις σεξουαλικές τους συνήθειες ή την κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι έλεγχοι έγιναν ως προς το φύλο και το εξάμηνο σπουδών.

6. Αποτελέσματα

Περιγραφικά και συνοπτικά χαρακτηριστικά των σπουδαστών, των συνηθειών σεξουαλικής συμπεριφοράς, κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 194 σπουδαστών και σπουδαστριών του ΑΤΕΙ που συμμετέχουν στην μελέτη. Όπως φαίνεται, το 47,9% του δείγματος αυτού είναι άνδρες έναντι 52,1% που είναι γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 22,5 έτη για τους άνδρες και τα 22,6 έτη για τις γυναίκες. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση βρίσκουμε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, αφού το 69,9% των ανδρών έναντι 42,6% των γυναικών δηλώνει «Μόνος-η» ($P < 0,001$). «Με τη οικογένειά του» αλλά και «μόνο του» δήλωσε ότι ζει το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ($P = 0,016$). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε επίσης και στα τμήματα σπουδών ως προς το φύλο ($P < 0,001$). Τέλος, όσον αφορά το

οικονομικό επίπεδο οι περισσότεροι σπουδαστές και σπουδάστριες δήλωσαν ότι είναι μεσαίο.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 194 σπουδαστών και σπουδαστριών του ΑΤΕΙ που συμμετέχουν στη μελέτη.

<i>Χαρακτηριστικά</i>	Σπουδαστές			
	ΣΥΝΟΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες	
N	194	93(47,9) †	101(52,1)	
Ηλικία (έτη)	22,5±3,1 †	22,5±2,9	22,6±3,2	
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Μόνος-η</i>	106 (55,7)	65 (69,9)	43 (42,6)
	<i>Έχω σχέση</i>	73 (37,6)	28 (30,1)	45 (44,6)
Παντρεμένος\ -η ή συζώ με τον\ την σύντροφό μου	<i>Παντρεμένος\ -η ή συζώ με τον\ την σύντροφό μου</i>	11 (5,7)	--	11 (10,9)
	<i>Διαζευμένος\ -η</i>	2 (1,0)	--	2 (2,0)
Συμβίωση ...	<i>Με την οικογένεια μου</i>	71 (36,8)	36 (38,7)	35 (35,0)
	<i>Τον\ την σύζυγο\ σύντροφό μου</i>	28 (14,4)	7 (7,5)	21 (21,0)
	<i>Τους φίλους μου</i>	16 (8,3)	12 (12,9)	4 (4,0)
	<i>Μόνος μου</i>	66 (34,2)	33 (35,5)	33 (33,0)
	<i>Σε φοιτητική εστία</i>	9 (4,7)	5 (5,4)	4 (4,0)
	<i>Άλλο</i>	3 (1,6)	--	3 (3,0)
Τμήμα Σπουδών	<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</i>	41 (21,1)	9 (9,7)	32 (31,7)
	<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</i>	23 (11,9)	4 (4,3)	19 (18,8)
	<i>ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ</i>	12 (6,2)	9 (9,7)	3 (3,0)

	<i>ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΙΑΣ</i>	24 (12,4)	24 (25,8)	--
	<i>ΔΟΜΙΚΩΝ ΕΡΓΩΝ</i>	13 (6,7)	9 (9,7)	4 (4,0)
	<i>ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ</i>	28 (14,4)	11 (11,8)	17 (16,8)
	<i>ΕΠΠ</i>	14 (7,2)	6 (6,5)	8 (7,9)
	<i>ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ</i>	11 (5,7)	4 (4,3)	7 (6,9)
	<i>ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΑΣ</i>	15 (7,7)	13 (14,0)	2 (2,0)
	<i>ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ</i>	7 (3,6)	3 (3,2)	4 (4,0)
	<i>ΘΕΚΑ</i>	6 (3,1)	1 (1,1)	5 (5,0)
Εξάμηνο σπουδών	<i>Α έως Β</i>	25 (13,0)	14 (15,2)	11 (10,9)
	<i>Γ έως Ζ</i>	60 (31,1)	30 (32,6)	30 (29,7)
	<i>Πτυχίο</i>	108 (56,0)	48 (52,2)	60 (59,4)
Αυτοαξιολόγηση κατά τη διάρκεια της φοίτησης ...	<i>Πολύ καλός\ -ή</i>	16 (8,2)	6 (6,5)	10 (9,9)
	<i>Καλός\ή</i>	72 (37,1)	23 (24,7)	49 (48,5)
	<i>Μέτριος\ -α</i>	91 (46,9)	52 (55,9)	39 (38,6)
	<i>Κακός\ -ή</i>	14 (7,2)	12 (12,9)	2 (2,0)
	<i>Πολύ κακός\ -ή</i>	1 (0,5)	--	1 (1,0)
Οικογενειακό οικονομικό επίπεδο ...	<i>Υψηλό</i>	4 (2,1)	2 (2,2)	2 (2,0)
	<i>Μεσαίο προς υψηλό</i>	41 (21,1)	23 (24,7)	18 (17,8)
	<i>Μεσαίο</i>	118 (60,8)	53 (57,0)	65 (64,4)
	<i>Μεσαίο χαμηλό</i>	24 (12,4)	11 (11,8)	13 (12,9)
	<i>Χαμηλό</i>	7 (3,6)	4 (4,3)	3 (3,0)

† Οι τιμές δίνονται ως "N (%)" και ως "μέση τιμή ± τυπική απόκλιση".

* Έλεγχοι χ^2 και Student t μεταξύ των δύο φύλων.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά με το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης. Οι περισσότεροι σπουδαστές και σπουδάστριες δήλωσαν ετερόφυλοι με ποσοστό 98,9% για τους άνδρες έναντι 98% για τις γυναίκες. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε αφού δήλωσε ότι έχει κάνει σεξ το 98,9% των ανδρών έναντι 87,1% των γυναικών (P=0,001). Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης επαφής είναι τα 16,4 έτη για τους άνδρες και τα 18,2 έτη για τις γυναίκες (P=<0,001). Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στην ερώτηση : «Με πόσα διαφορετικά άτομα έχεις κάνει σεξ (ακόμη κι αν είναι για μια μόνο φορά) τους τελευταίους 12 μήνες;» με 3,2 άτομα για τους άνδρες και 1,8 άτομα για τις γυναίκες(P=<0,001). Τέλος, το 42,9% των ανδρών έναντι 34,1% των γυναικών δήλωσε ότι έχει κάνει σεξ μερικές φορές χωρίς της χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 2. Συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά με το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης.

Ερωτήσεις		Σπουδαστές		
		ΣΥΝΟΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Πώς θα χαρακτήριζες τη σεξουαλικότητά σου;	<i>Ετερόφυλος-η</i>	191 (98,5)	92 (98,9)	99 (98,0)
	<i>Ομοφυλόφιλος-η</i>	--	--	--
	<i>Αμφιφυλόφιλος-η</i>	2 (1,0)	1 (1,1)	1 (1,0)
	<i>Άλλο</i>	1 (0,5)	--	1 (1,0)
Έχεις κάνει ποτέ σεξ;	<i>Ναι</i>	180 (92,8)	92 (98,9)	88 (87,1)
	<i>Όχι</i>	14 (7,2)	1 (1,1)	13 (12,9)

Αν ναι, πόσων ετών ήσουν όταν έκανες σεξ για πρώτη φορά;	17,2±1,7	16,4±1,4	18,2±1,4
--	----------	----------	----------

Με πόσα διαφορετικά άτομα έχεις κάνει σεξ (ακόμη κι αν είναι για μια μόνο φορά) τους τελευταίους 12 μήνες;	2,5±1,9	3,2±2,2	1,8±1,2
--	---------	---------	---------

Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες;	<i>1-10 φορές</i>	45 (25,1)	30 (33,0)	15 (17,0)
	<i>11-50 φορές</i>	62 (34,6)	35 (38,5)	27 (30,7)
	<i>Περισσότερες από 50 φορές</i>	72 (40,2)	26 (28,6)	46 (52,3)

Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς εσύ ή ο σύντροφός να χρησιμοποιήσετε προφυλακτικό;	<i>Καμιά φορά</i>	51 (28,5)	27 (27,9)	24 (27,3)
	<i>Μερικές φορές</i>	69 (38,5)	39 (42,9)	30 (34,1)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	39 (21,8)	20 (22,0)	19 (21,6)
	<i>Όλες τις φορές</i>	20 (11,2)	5 (5,5)	15 (17,0)

Πόσο συχνά έκανες σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς εσύ ή ο ερωτικός σου σύντροφός να χρησιμοποιήσετε κάποια μορφή αντισύλληψης; (π.χ. προφυλακτικό, αντισυλληπτικό χάπι)	<i>Καμιά φορά</i>	71 (39,7)	40 (44,0)	31 (35,2)
	<i>Μερικές φορές</i>	62 (34,6)	30 (33,0)	32 (36,4)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	26 (14,5)	14 (15,4)	12 (13,6)
	<i>Όλες τις φορές</i>	20 (11,2)	7 (7,7)	13 (14,8)

† Οι τιμές δίνονται ως "N (%)" και ως "μέση τιμή ± τυπική απόκλιση". * Έλεγχοι χ^2 και Student t.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς με το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης. Στην ερώτηση : «Αν έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς να χρησιμοποιήσεις προφυλακτικό, γιατί το έκανες;», το 40,5% των ανδρών έναντι 78,6% των γυναικών δήλωσαν ότι κάνουν σεξ με σταθερό σύντροφο, κάτι το οποίο είναι στατιστικά σημαντικό ως προς το φύλο ($P < 0,001$). Επίσης στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε και στις απαντήσεις : «Ξέχασα να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό», «Ήμουν πολύ μεθυσμένος/η ή/και πολύ “φτιαγμένος /η”» και «Δεν είχα μαζί μου προφυλακτικό». Τέλος, το 32,3% των ανδρών έναντι 38,7% των γυναικών δηλώνει ότι έχει τύχει να μη κάνει σεξ λόγω έλλειψης προφυλακτικού και το 10,8% των ανδρών έναντι 25,8% των γυναικών δηλώνει ότι έχει τύχει να μην κάνει σεξ επειδή φοβάται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. ($P = 0,013$).

Πίνακας 3. Συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς με το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης.

	Σπουδαστές		
	ΣΥΝΟΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Ερωτήσεις	N (%)		
<i>Αν έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς να χρησιμοποιήσεις προφυλακτικό, γιατί το έκανες;</i>			
<i>Κάνω σεξ με σταθερό σύντροφο</i>	85 (59,0)	30 (40,5)	55 (78,6)
<i>Εμπιστεύομαι τον/την σύντροφό μου (γνώριζα ότι δεν είχε αρρωστήσει από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια)</i>	67 (46,5)	30 (40,5)	37 (52,9)

<i>Είναι επιλογή μου να μη χρησιμοποιώ προφυλακτικό</i>	27 (18,8)	17 (23,0)	10 (14,3)
<i>Ξέχασα να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό</i>	15 (10,4)	13 (17,6)	2 (2,9)
<i>Ήμουν πολύ μεθυσμένος/η ή/και πολύ "φτιαγμένος/η"</i>	23 (16,0)	17 (23,0)	6 (8,6)
<i>Αισθάνθηκα αμήχανα να ζητήσω ή να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό</i>	14 (9,7)	4 (5,4)	10 (14,3)
<i>Δεν είχα μαζί μου προφυλακτικό</i>	41 (28,5)	29 (39,2)	12 (17,1)
<i>Παρασύρθηκα</i>	24 (16,7)	11 (14,9)	13 (18,6)
<i>Χρήση αντισυλληπτικών</i>	3 (2,1)	--	3 (4,3)
<i>Θέλει να κάνει παιδί</i>	1 (0,7)	--	1 (1,4)

Σε έχει κάνει κάποια /-ες από τις παρακάτω καταστάσεις να αποφασίσεις να μην κάνεις σεξ;

<i>Να μην έχεις προφυλακτικό μαζί σου</i>	66 (35,5)	30 (32,3)	36 (38,7)
<i>Να σκεφτείς ότι δεν είναι κατάλληλος ερωτικός σύντροφος για σένα</i>	90 (48,4)	44 (47,3)	46 (49,5)
<i>Να μην έχεις πρόσβαση σε καθαρό και άνετο χώρο</i>	77 (41,4)	35 (37,6)	42 (45,2)
<i>Να είσαι μεθυσμένος/η ή πολύ "φτιαγμένος/η"</i>	33 (17,7)	20 (21,5)	13 (14,0)
<i>Να σκεφτείς ότι θα μπορούσες να κολλήσεις κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια</i>	56 (30,1)	28 (30,1)	28 (30,1)
<i>Να φοβάσαι για πιθανή εγκυμοσύνη</i>	34 (18,3)	10 (10,8)	24 (25,8)

Έλεγχος χ^2 .

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τη σχέση αλκοόλ & ναρκωτικών με τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς ως προς το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης. Το 73,6% των ανδρών έναντι 46,6% των γυναικών δηλώνει ότι έχει κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών, κάτι το οποίο είναι στατιστικά σημαντικό ($P < 0,001$). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε επίσης στην ερώτηση : «Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ήσουν μεθυσμένος-η;» αφού το 28,6% των ανδρών έναντι 55,7% των γυναικών δήλωσε «Καμία φορά» ($P < 0,001$). Τέλος, οι άνδρες του δείγματος δήλωσαν ότι τις τελευταίες 4 βδομάδες έχουν μεθύσει κατά μέσο όρο 2,1 φορές ενώ οι γυναίκες 0,9 φορές ($P < 0,001$).

Πίνακας 4. Συσχέτιση ερωτήσεων που αφορούν τη σχέση αλκοόλ & ναρκωτικών με τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς ως προς το φύλο των 194 σπουδαστών της μελέτης.

	Σπουδαστές			
	ΣΥΝΟΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες	
Ερωτήσεις	N (%)			
<i>Έχεις κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών;</i>	<i>Ναι</i>	108(60,3)	67 (73,6)	41 (46,6)
	<i>Όχι</i>	71 (39,7)	24 (26,4)	47 (53,4)
<i>Αν ΝΑΙ, για ποιους από τους παρακάτω λόγους το κάνεις αυτό;</i>				
<i>Να παρατείνω τη σεξουαλική επαφή</i>	29 (27,1)	18 (26,9)	11 (27,5)	
<i>Να εντείνω τις αισθήσεις μου και να έχω μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση</i>	24 (22,4)	15 (22,4)	9 (22,5)	

<i>Να με βοηθήσει να συμμετέχω σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες</i>		22 (20,6)	11 (16,4)	11 (27,5)
<i>Να με βοηθήσει να συμμετέχω σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες</i>		23 (21,5)	18 (26,9)	5 (12,5)
<i>Είναι τυχαίο</i>		13 (12,1)	9 (13,4)	4 (10,0)
<i>Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ήσουν μεθυσμένος-η;</i>	<i>Καμιά φορά</i>	75 (41,9)	26 (28,6)	49 (55,7)
	<i>Μερικές φορές</i>	79 (44,1)	44 (48,4)	35 (39,8)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	22 (12,3)	18 (19,8)	4 (4,5)
	<i>Όλες τις φορές</i>	3 (1,7)	3 (3,3)	--
<i>Πόσο συχνά έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση ναρκωτικών;</i>	<i>Καμιά φορά</i>	149(84,7)	70 (77,8)	79 (91,9)
	<i>Μερικές φορές</i>	25 (14,2)	18 (20,0)	7 (8,1)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	2 (1,1)	2 (2,2)	--
	<i>Όλες τις φορές</i>	--	--	--
<i>Θεωρείς ότι το να είσαι κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών σε κάνει να μην παίρνεις μέτρα αντισύλληψης ή προφύλαξης όσον αφορά τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες;</i>	<i>Ναι</i>	131(70,1)	64 (68,8)	67 (71,3)
	<i>Όχι</i>	56 (29,9)	29 (31,2)	27 (28,7)
<i>Πόσες φορές έχεις μεθύσει τις τελευταίες 4 εβδομάδες ...</i>		1,5±2,5	2,1±2,3	0,9±1,4

Έλεγχοι χ^2 και Student t.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η χρήση (αλκοόλ & ναρκωτικών) από τους 194 σπουδαστές της μελέτης (η ηλικία αφορά την πρώτη φορά κατανάλωσης ή χρήσης). Παρατηρούμε ότι το 98,9% των ανδρών κάνουν χρήση αλκοόλ και ο μέσος όρος της ηλικίας της πρώτης κατανάλωσης είναι τα 15,4 έτη ενώ το 94,1% των γυναικών κάνουν χρήση αλκοόλ με μέσο όρο ηλικίας πρώτης έναρξης τα 16,6 έτη ($P < 0,001$). Όσον αφορά την κάνναβη/χασίς κάνει χρήση το 31,2% των ανδρών έναντι 17,8% των γυναικών και ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης χρήσης είναι τα 19,5 έτη και για τους δύο ($P = 0,044$)

Πίνακας 5. Χρήση ουσιών (αλκοόλ & ναρκωτικών) από τους 194 σπουδαστές της μελέτης (η ηλικία αφορά την πρώτη φορά κατανάλωσης ή χρήσης).

		Σπουδαστές		
		ΣΥΝΟΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Αλκοόλ	<i>N (%)</i>	187 (96,4)	92 (98,9)	95 (94,1)
	<i>Ηλικία πρώτης κατανάλωσης</i>	16,0 [12-22]	15,4 [13-17]†	16,6 [15-18]
Κάνναβη, Χασίς	<i>N (%)</i>	47 (24,2)	29 (31,2)	18 (17,8)
	<i>Ηλικία πρώτης χρήσης</i>	19,5 [15-28]	19,5 [18-23]	19,5 [19-22]
Έκσταση, Χάπια, Κοκαΐνη	<i>N (%)</i>	12 (6,1)	7 (7,5)	5 (4,9)
	<i>Ηλικία πρώτης χρήσης</i>	20,3 [17-25]	19,9 [19-25]	20,8 [19-22]

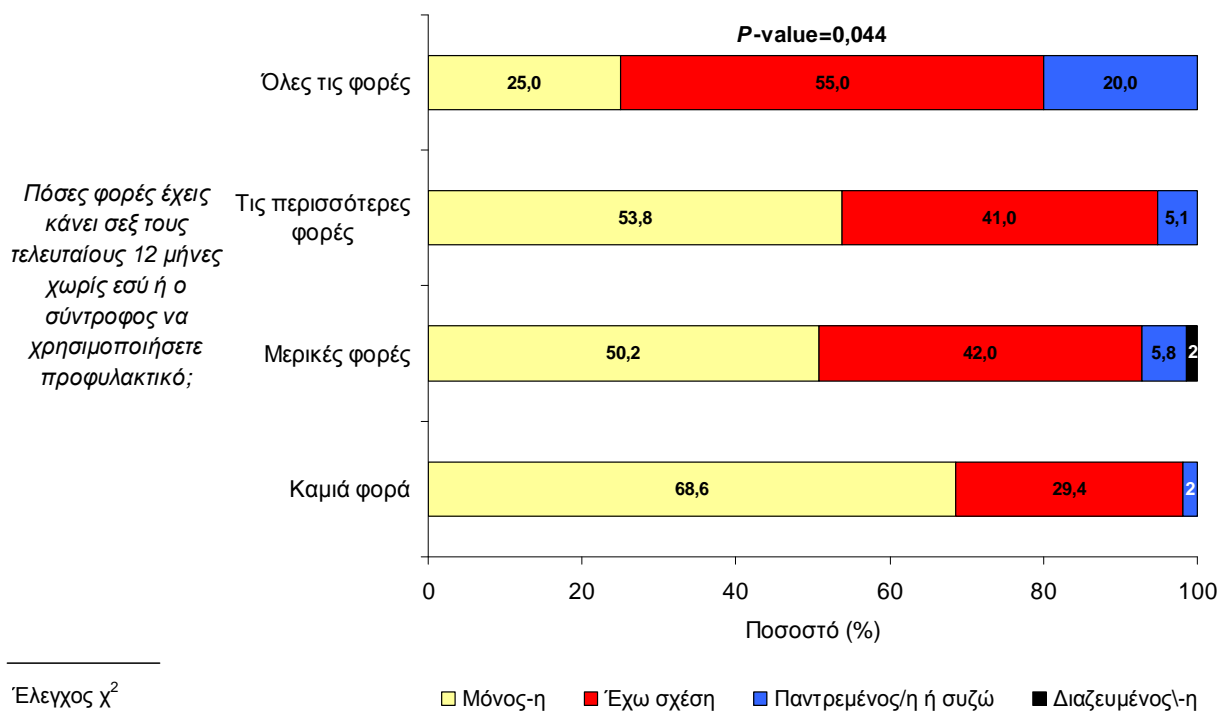
† Οι τιμές δίνονται ως “μέση ηλικία [εύρος]” και ως “N (%)”.

Έλεγχοι χ^2 και Student t.

Συσχετίσεις χαρακτηριστικών των σπουδαστών, των συνηθειών σεξουαλικής συμπεριφοράς, κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

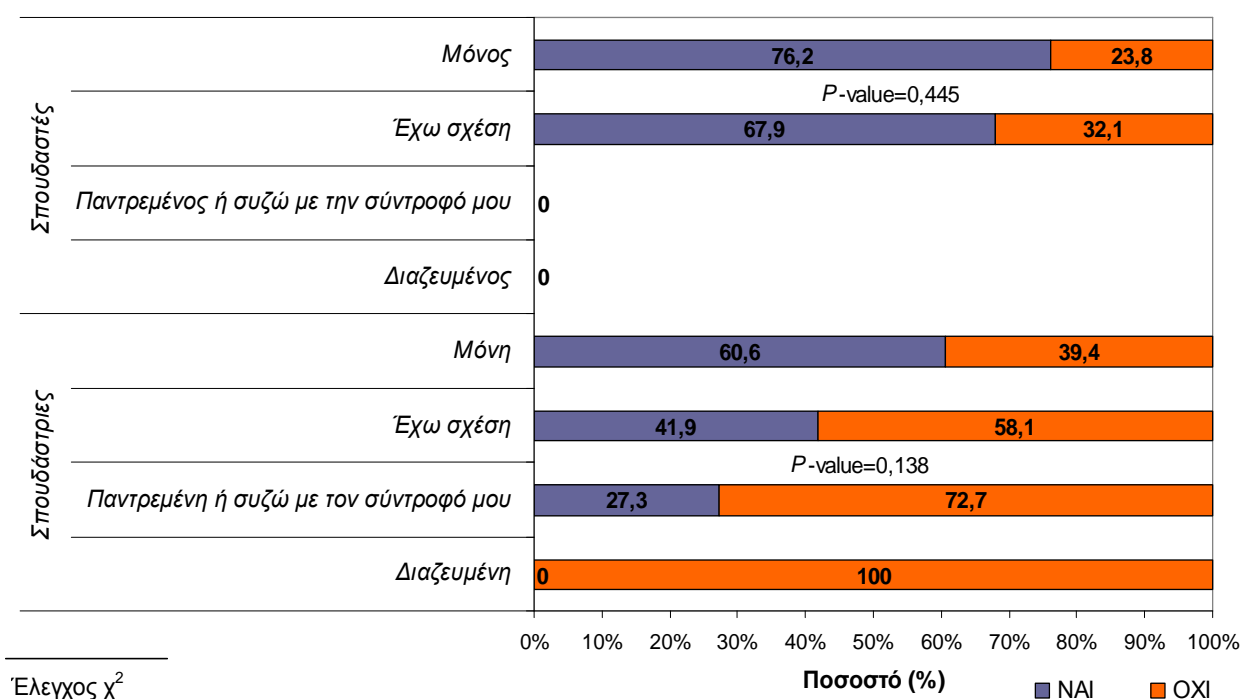
Κατά τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των σπουδαστών και της χρήσης προφυλακτικού το τελευταίο χρόνο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που έχουν σχέση με ποσοστό 55,0% δε χρησιμοποιούν όλες τις φορές, ενώ αυτοί που είναι μόνοι με ποσοστό 68,6% δεν έχουν κάνει σεξ καμία φορά χωρίς προφυλακτικό.

Σχήμα 1. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και χρήσης προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες από τους σπουδαστές της μελέτης.



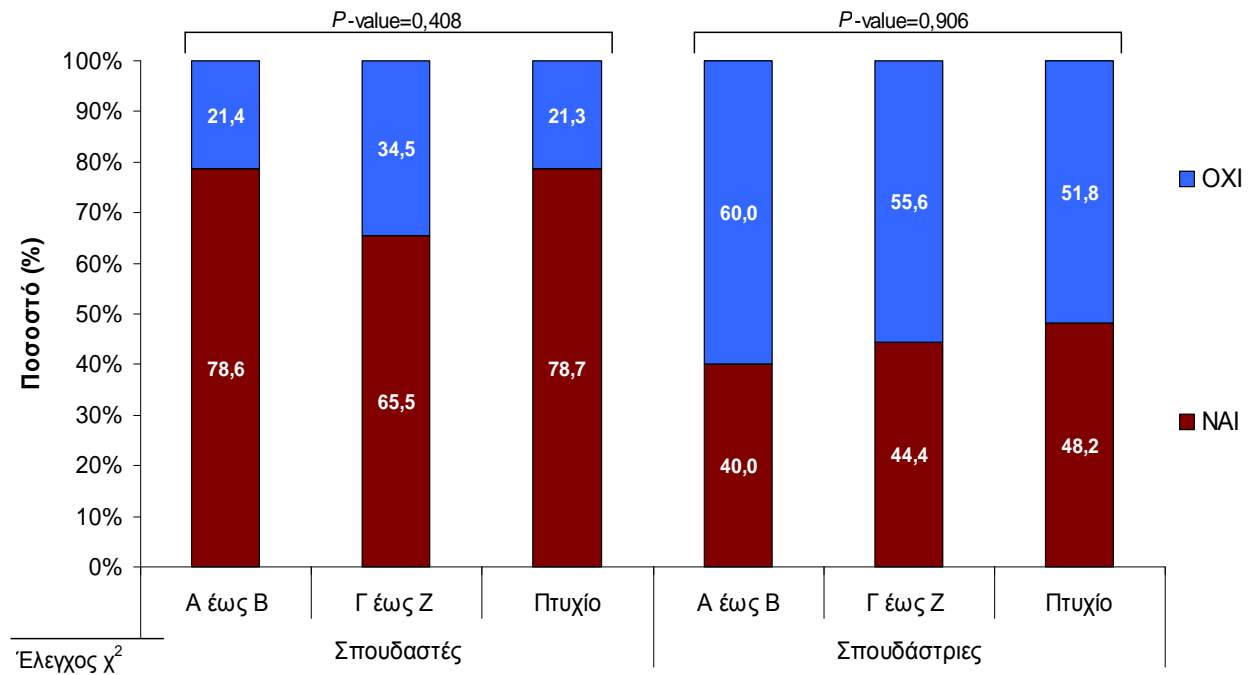
Στη σύγκριση της οικογενειακής κατάστασης των σπουδαστών με το αν έχουν κάνει σεξ υπό την επίδραση ναρκωτικών ή αλκοόλ το τελευταίο χρόνο, τα αγόρια απάντησαν: το 76,2% αυτών που είναι μόνοι θετικά και αντίστοιχα τα κορίτσια το 60,6%.

Σχήμα 2. Οικογενειακή κατάσταση των σπουδαστών της μελέτης ως προς την ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών.



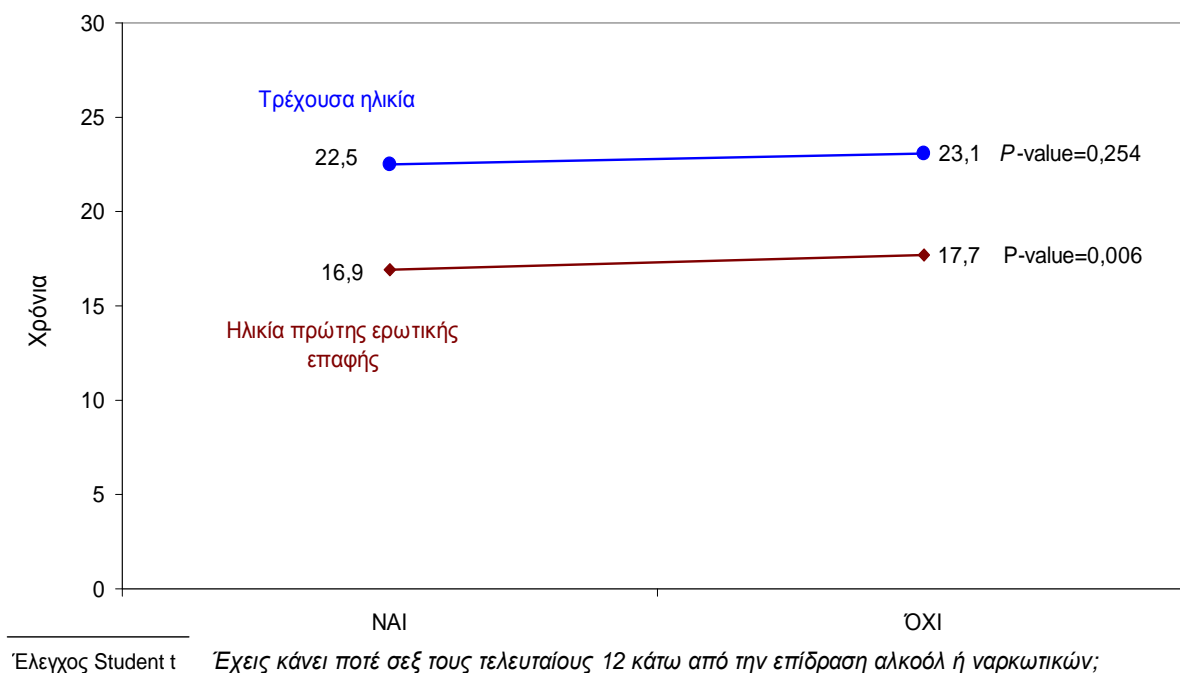
Παρατηρούμε στο σχήμα ότι τα αγόρια κυρίως, αλλά και τα κορίτσια που βρίσκονται στο πτυχίο κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών στο σεξ κατά το τελευταίο χρόνο, με ποσοστό 78,7% τα αγόρια και με 48,2% τα κορίτσια αντίστοιχα. Επίσης τα αγόρια απάντησαν γενικά θετικά σε αυτή την ερώτηση, ενώ τα κορίτσια, το μεγαλύτερο ποσοστό τους απάντησαν αρνητικά, με μεγαλύτερο στα πρώτα εξάμηνα.

Σχήμα 3. Συσχέτιση εξαμήνων σπουδών των σπουδαστών της μελέτης και της ερώτησης αν έχουν κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών.



Στο σχήμα 4 παρουσιάζεται η σύγκριση της τρέχουσας μέσης ηλικίας των σπουδαστών που έχουν κάνει χρήση κάποιας ουσίας το τελευταίο χρόνο και της μέσης ηλικίας της πρώτης ερωτικής επαφής. Όπου φαίνεται ότι σχετίζονται άμεσα αυτά τα δυο χαρακτηριστικά, δηλαδή όσο αυξάνεται η μέση τρέχουσα ηλικία, αυξάνεται και η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής. Πιο αναλυτικά, όταν η μέση τρέχουσα ηλικία είναι στα 22,5 έτη η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής είναι τα 16,9 έτη, ενώ αντίστοιχα όταν η μέση τρέχουσα ηλικία είναι στα 22,5 έτη αυξάνεται και η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής στα 17,7 έτη.

Σχήμα 4. Συσχέτιση μέσης τρέχουσας ηλικίας και μέσης ηλικίας της πρώτης ερωτικής επαφής που είχαν οι σπουδαστές της μελέτης ως προς την ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών.



Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η συσχέτιση εξαμήνων σπουδών των σπουδαστών της μελέτης με την κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς. Το των σπουδαστών που βρίσκονται στο πτυχίο δηλώνουν ότι έχουν κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Βρίσκουμε στατιστική σημαντικότητα στους λόγους για τους οποίους οι σπουδαστές το κάνουν αυτό, αφού το 29,7% των σπουδαστών που βρίσκονται στο πτυχίο δήλωσαν ότι το κάνουν για να τους βοηθήσει να συμμετέχουν σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες, ενώ τα ποσοστά που το δηλώνουν αυτό στα άλλα εξάμηνα είναι αρκετά μικρότερα ($P=0,020$).

Πίνακας 6. Συσχέτιση εξαμήνων σπουδών των σπουδαστών της μελέτης με την κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Ερωτήσεις	Εξάμηνο Σπουδών			
	A έως B	Γ έως Z	Πτυχίο	
<i>Έχεις κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών;</i>				
<i>Ναι</i>	†13 (68,4)	31 (55,4)	64(62,1)	
<i>Όχι</i>	6 (31,6)	25 (44,6)	39(37,9)	
<i>Αν ΝΑΙ, για ποιους από τους παρακάτω λόγους το κάνεις αυτό;</i>				
<i>Να παρατείνω τη σεξουαλική επαφή</i>	--	9 (29,0)	20(31,2)	
<i>Να εντείνω τις αισθήσεις μου και να έχω μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση</i>	1 (8,3)	5 (16,1)	18(28,1)	
<i>Να με βοηθήσει να συμμετέχω σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες</i>	2 (16,7)	4 (12,9)	16(25,0)	
<i>Να με βοηθήσει να συμμετέχω σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες</i>	1 (8,3)	3 (9,7)	19(29,7)	
<i>Είναι τυχαίο</i>	2 (16,7)	5 (16,1)	6 (9,4)	
<i>Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ήσουν μεθυσμένος-η;</i>	<i>Καμιά φορά</i>	9 (47,4)	24 (42,9)	41(39,8)
	<i>Μερικές φορές</i>	8 (42,1)	27 (48,2)	44(42,7)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	2 (10,5)	5 (8,9)	15(14,6)
	<i>Όλες τις φορές</i>	--	--	3 (2,9)
<i>Πόσο συχνά έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12</i>	<i>Καμιά φορά</i>	19(100,0)	48 (87,3)	81(80,2)

<i>μήνες κάτω από την επίδραση ναρκωτικών;</i>	<i>Μερικές φορές</i>	--	6 (10,9)	19(18,8)
	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	--	1 (8,1)	1 (1,0)
	<i>Όλες τις φορές</i>	--	--	--
<i>Θεωρείς ότι το να είσαι κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών σε κάνει να μην παίρνεις μέτρα αντισύλληψης ή προφύλαξης όσον αφορά τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες;</i>	<i>Ναι</i>	13 (61,9)	45 (77,6)	72(67,3)
	<i>Όχι</i>	8 (38,1)	13 (22,4)	35(32,7)
<i>Πόσες φορές έχεις μεθύσει τις τελευταίες 4 εβδομάδες ...</i>		0,9±1,1	1,5±2,0	1,7±2,2
<i>Με πόσα διαφορετικά άτομα έχεις κάνει σεξ (ακόμη κι αν είναι για μια μόνο φορά) τους τελευταίους 12 μήνες;</i>		1,9±0,9	2,3±1,8	2,7±2,1

† Οι τιμές δίνονται ως “N (%)” και ως “μέση τιμή±τυπική απόκλιση”.

Έλεγχοι χ^2 (linear-by-linear association) και Kruskal Wallis test.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η συσχέτιση εξαμήνων σπουδών των σπουδαστών της μελέτης με ερωτήσεις που αφορούν τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς. Παρατηρούμε στατιστική σημαντικότητα σε σχέση με το εξάμηνο στην ερώτηση «Αν έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς να χρησιμοποιήσεις προφυλακτικό, γιατί το έκανες;» αφού απάντησαν ότι ξέχασαν να χρησιμοποιήσουν το 30,8% των φοιτητών που βρίσκονται στο Α-Β εξάμηνο, το 11,4% των φοιτητών που βρίσκονται στο Γ-Ζ εξάμηνο και το 7% των φοιτητών που βρίσκονται στο πτυχίο (P=0,019).

Πίνακας 7. Συσχέτιση εξαμήνων σπουδών των σπουδαστών της μελέτης με ερωτήσεις που αφορούν τις συνήθειες σεξουαλικής συμπεριφοράς.

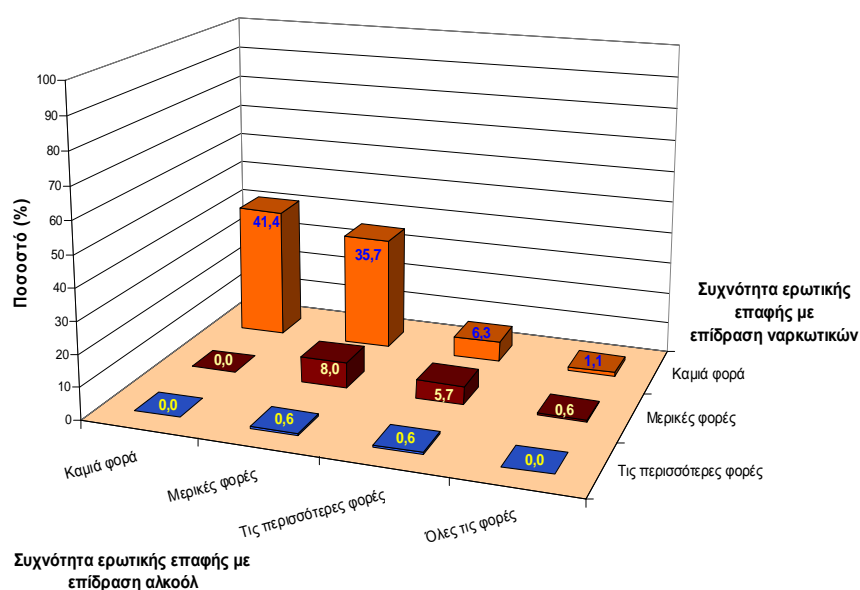
	Εξάμηνο Σπουδών		
	A έως B	Γ έως Z	Πτυχίο
Ερωτήσεις	N (%)		
Αν έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς να χρησιμοποιήσεις προφυλακτικό, γιατί το έκανες;			
<i>Κάνω σεξ με σταθερό σύντροφο</i>	7 (53,8)	32 (72,7)	46 (53,5)
<i>Εμπιστεύομαι τον/την σύντροφό μου (γνώριζα ότι δεν είχε αρρωστήσει από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια)</i>	8 (61,5)	22 (50,0)	36 (41,9)
<i>Είναι επιλογή μου να μη χρησιμοποιώ προφυλακτικό</i>	3 (23,1)	9 (20,5)	15 (17,4)
<i>Ξέχασα να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό</i>	4 (30,8)	5 (11,4)	6 (7,0)
<i>Ήμουν πολύ μεθυσμένος/η ή/και πολύ "φτιαγμένος/η"</i>	1 (7,7)	4 (9,1)	18 (20,9)
<i>Αισθάνθηκα αμήχανα να ζητήσω ή να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό</i>	2 (15,4)	4 (9,1)	8 (9,3)
<i>Δεν είχα μαζί μου προφυλακτικό</i>	1 (7,7)	11 (25,0)	29 (33,7)
<i>Παρασύρθηκα</i>	--	8 (18,2)	16 (18,6)
<i>Χρήση αντισυλληπτικών</i>	--	1 (2,3)	2 (2,3)
<i>Θέλει να κάνει παιδί</i>	--	1 (2,3)	--
Σε έχει κάνει κάποια /-ες από τις παρακάτω καταστάσεις να αποφασίσεις να μην κάνεις σεξ;			

<i>Να μην έχεις προφυλακτικό μαζί σου</i>	10 (50,0)	15 (25,9)	41 (38,3)
<i>Να σκεφτείς ότι δεν είναι κατάλληλος ερωτικός σύντροφος για σένα</i>	8 (40,0)	27 (46,6)	54 (50,5)
<i>Να μην έχεις πρόσβαση σε καθαρό και άνετο χώρο</i>	8 (40,0)	27 (46,6)	42 (39,3)
<i>Να είσαι μεθυσμένος/η ή πολύ "φτιαγμένος/η"</i>	2 (10,0)	9 (15,5)	22 (20,6)
<i>Να σκεφτείς ότι θα μπορούσες να κολλήσεις κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια</i>	6 (30,0)	17 (29,3)	32 (29,9)
<i>Να φοβάσαι για πιθανή εγκυμοσύνη</i>	4 (20,0)	11 (19,0)	19 (17,8)

Έλεγχοι χ^2 (linear-by-linear association).

Κατά τη σύγκριση των ερωτικών επαφών το τελευταίο έτος υπό την επίδραση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, βρίσκουμε ότι απάντησαν αρνητικά το 41,4%.

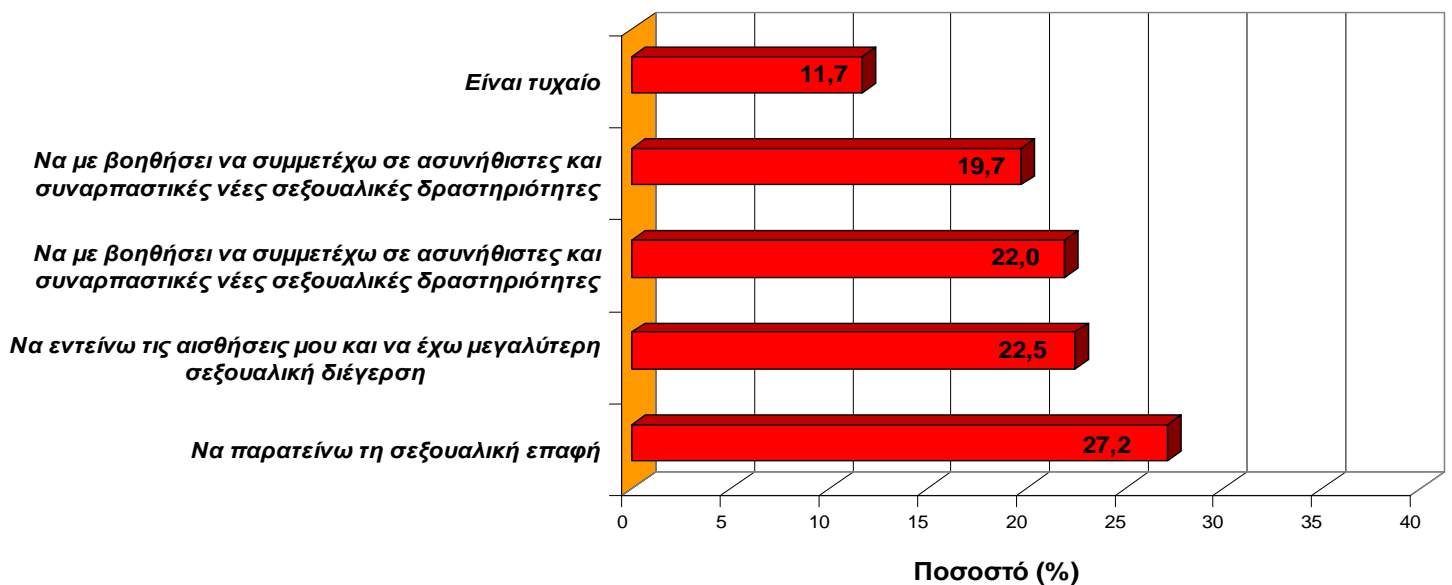
Σχήμα 5. Ποσοστιαία συχνότητα ερωτικής επαφής τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση αλκοόλ σε σχέση με την επίδραση ναρκωτικών, στο σύνολο των σπουδαστών της μελέτης.



Η παραπάνω συσχέτιση αφορά τις ερωτήσεις "Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ήσουν μεθυσμένος-η;" σε σχέση με "Πόσο συχνά έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση ναρκωτικών;".

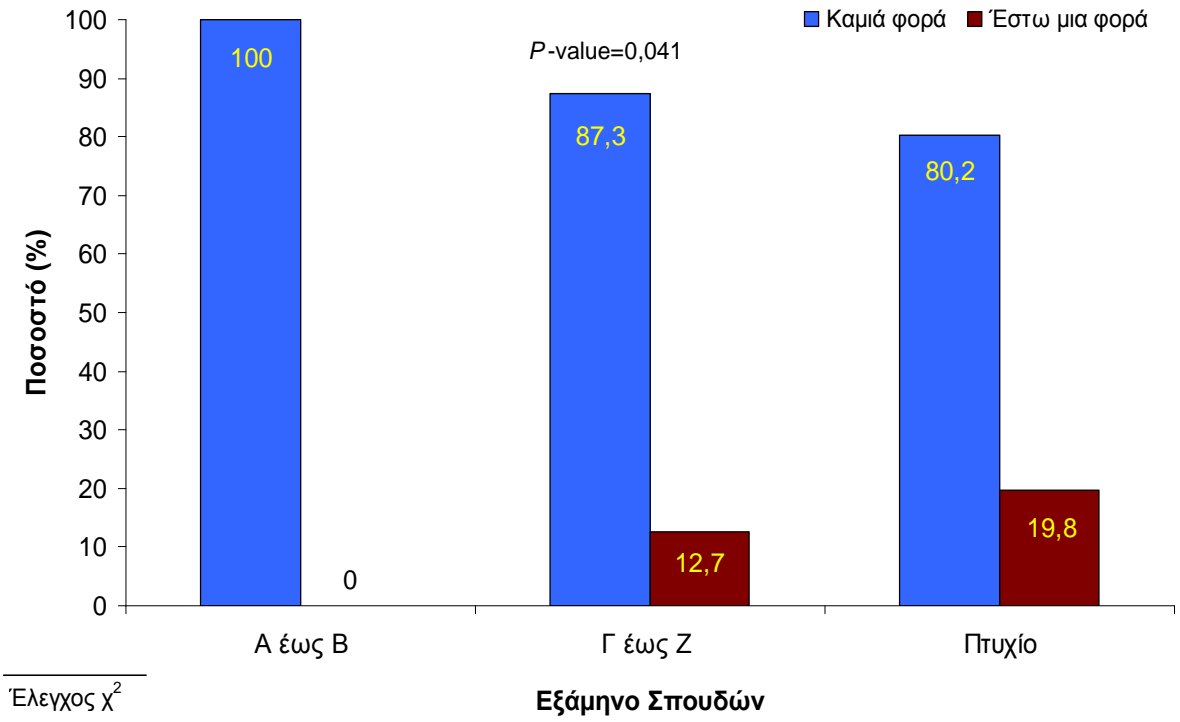
Κατά την αιτιολόγηση της χρήσης ουσιών και αλκοόλ κατά τη σεξουαλική επαφή, απάντησε θετικά το μεγαλύτερο δείγμα με ποσοστό 27,2%, ότι θέλει να παρατείνει τη σεξουαλική επαφή. Ενώ το 11,7 θεωρεί ότι ήταν τυχαίο.

Σχήμα 6. Ποσοστιαία συχνότητα απαντήσεων που δίνουν οι σπουδαστές της μελέτης στο ερώτημα γιατί κατά την ερωτική επαφή τους τελευταίους 12 μήνες καταναλώνουν αλκοόλ ή κάνουν χρήση ναρκωτικών.



Παρατηρούμε ότι οι σπουδαστές όσο μεγαλώνουν τα εξάμηνα αυξάνουν και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά τη σεξουαλική επαφή. Χαρακτηριστικά το ποσοστό των 19,8% που βρίσκονται στο πτυχίο κάνει χρήση, όπως και το 12,7% που είναι στο Γ έως το Ζ, ενώ στο Α και Β δεν κάνει καθόλου χρήση.

Σχήμα 7. Ποσοστιαία συχνότητα ερωτικής επαφής τους τελευταίους 12 μήνες υπό την επίδραση ναρκωτικών ουσιών, ως προς τα εξάμηνα σπουδών των σπουδαστών της μελέτης.



7. Συζήτηση- Συμπεράσματα

Από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου προκύπτουν διάφορα δημογραφικά και άλλα δεδομένα όσον αφορά τις σεξουαλικές συνήθειες των νέων, οι οποίες συμφωνούν με άλλες έρευνες και μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και στο εξωτερικό και είναι σχετικές με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων και ιδιαίτερα των φοιτητών.

Οι γυναίκες είναι αυτές που υπερτερούν στο δείγμα, διαφέροντας στην οικογενειακή κατάσταση, επιλέγοντας να ζουν περισσότερο με την οικογένεια ή να είναι σε σχέση, σε αντίθεση με τους άνδρες που οι περισσότεροι είναι μόνοι. Όπως διαφορές υπάρχουν ανάλογα με το φύλο και στα τμήματα σπουδών. Ενώ όσον αφορά το οικονομικό επίπεδο οι περισσότεροι δήλωσαν ότι βρίσκονται στο μεσαίο, χωρίς ιδιαίτερες αποκλίσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, προκύπτουν κάποια συμπεράσματα που αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων. Τα περισσότερα άτομα, αγόρια και κορίτσια δήλωσαν ετεροφυλόφιλα και ενεργά σεξουαλικά. Τα αγόρια φαίνεται να είναι περισσότερο ενεργά σεξουαλικά, ξεκινώντας από πιο μικρή ηλικία τη σεξουαλική τους ζωή και έχοντας κάνει σεξ με περισσότερα άτομα μέσα στο έτος απ' ότι τα κορίτσια. Ακόμα σημαντική είναι η διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά τη χρήση αυτού.

Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε σε φοιτητές νοσηλευτικής, διερευνώντας τις αντιλήψεις τους πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας στην οποία συμμετείχαν 127 πρωτοετείς και τελειόφοιτοι φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του ΑΤΕΙ Λάρισας, έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς (54,8%) είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή μεταξύ 18 και 22 ετών, χωρίς όμως να προσδιορίζεται το φύλο (Νακοπούλου και συν, 2007)

Σε έρευνα που έγινε στην Ισπανία συμμετείχε δείγμα 140 γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία (18-44 ετών) και ερωτήθηκαν για τη χρήση του προφυλακτικού, την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς και για

θέματα που αφορούν τη σεξουαλική υγεία και τα κίνητρα που τις ωθούν στην εκάστοτε σεξουαλική συμπεριφορά λανθασμένη ή μη. Διαπίστωσαν ότι το 70% (n=79) των ανύπανδρων γυναικών ανέφεραν χρήση προφυλακτικού με το πιο πρόσφατο άτομο που είχαν σεξουαλικές σχέσεις και σε αντίθεση με τις ελληνίδες το 49% (n=79) των ανύπανδρων γυναικών ανέφεραν περισσότερους από ένα ερωτικούς συντρόφους κατά τους τελευταίους 12 μήνες (Abel & Chambers 2004).

Η χρήση προφυλακτικού παρατηρούμε ότι έχει σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των νέων, δηλαδή αυτοί που βρίσκονται σε σχέση προτιμούν να μη χρησιμοποιούν, ενώ το 68,6% που είναι μόνοι κάνουν χρήση.

Τα κορίτσια εμπιστεύονται περισσότερο το σύντροφο τους όταν έχουν μια σταθερή σχέση με ποσοστό 78,6% να μη κάνει χρήση προφυλακτικού. Ενώ φαίνεται να προσέχουν πιο πολύ επειδή φοβούνται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και όχι κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια και αυτό το αποτέλεσμα δυστυχώς οφείλεται στην ημιμάθεια κ την ελλιπή ενημέρωση από την οικογένεια και άλλους φορείς.

Αυτό φαίνεται και στην Ελλάδα, μέσα από δημοσκοπήσεις με αντιπροσωπευτικά δείγματα (surveys) αθηναϊκού πληθυσμού που έχουν δείξει ότι το 60,7% όσων είχαν σταθερή σχέση δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό με τον σύντροφο τους τον τελευταίο μήνα (Agrafiotis, 1990, Stefanis, 1991, Dubois-Arber & Spencer, 1998).

Επίσης, πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι το 75% των αρρένων φοιτητών ΑΕΙ Αθήνας δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια με το σταθερό τους σύντροφο το τελευταίο δωδεκάμηνο (Sarafidou & Chliaoutakis 1994).

Σε άλλη μελέτη με φοιτητές και σπουδαστές ΑΕΙ και ΤΕΙ της Βορείου Ελλάδος, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια στην πιο πρόσφατη σεξουαλική τους επαφή κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών (Κορδούτης και συν. 2000).

Στο εξωτερικό, δεδομένα του 1995 στην Ισπανία έδειξαν ότι παραπάνω από το ήμισυ (56,5%) του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού δεν είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην πιο πρόσφατη σεξουαλική περιστασιακή ερωτική επαφή. Αντίστοιχα δεδομένα του 1993 στη Γαλλία έδειξαν ότι αυτό το ποσοστό ήταν 35% στους άνδρες και 50% στις γυναίκες (WHO/UNAIDS, 1998). Στη Μεγάλη Βρετανία οι αντίστοιχοι αριθμοί, για το 1991, ήταν 77% για τους άνδρες και 82% για τις γυναίκες (Johnson & Wadsworth 1994, Λουμάκου και συν. 2001).

Τέλος, σε πανελλαδική έρευνα των Κρεατσά και συν (αναφέρεται από τις Ηλιάδου & Παλάσκα 2008) αποδείχθηκε ότι το 13,55% των ερωτηθέντων (1026 κορίτσια) άρχισε τις σεξουαλικές επαφές στην ηλικία των 16 ετών και το 14,04% στην ηλικία των 17 ετών, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό νέων (42,3%) χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης και ένα ποσοστό 27,78 επισκέφτηκε κάποιο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για θέματα αντισύλληψης (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

Σε μελέτη που έγινε το 1989 με μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Αθήνας, βρέθηκε ότι 60% των ατόμων που είχαν περιστασιακές σχέσεις, τους τελευταίους 12 μήνες, και 61% αυτών που είχαν σταθερό ερωτικό σύντροφο είτε δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ προφυλακτικό είτε δεν το χρησιμοποίησαν με συνέπεια. Εξάλλου 25% των ανδρών και 30% των γυναικών δεν είχαν ποτέ χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στη ζωή τους (Dubois-Arber & Spencer, 1998). Σε μεταγενέστερη έρευνα μεταξύ φοιτητών στην Αθήνα, βρέθηκε ότι το 42% των ανδρών και 51% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό κατά την πιο πρόσφατη σεξουαλική συνεύρεση. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι τα ποσοστά συνεπούς χρήσης του προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες ήταν : με περιστασιακό σύντροφο 49% στους άνδρες και 27% στις γυναίκες ενώ με σταθερό σύντροφο 23% στους άνδρες και 22% στις γυναίκες (Σαραφίδου και συν. 1996) Τέλος, στην πιο πρόσφατη έρευνα των Κορδούτη και συν. (2000), σε νέους από όλη την Ελλάδα, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν

χρησιμοποιήσει ασυνεπώς στην πιο πρόσφατη ερωτική τους σχέση τους τελευταίους 12 μήνες (Λουμάκου και συν. 2001)

Οι άνδρες ιδιαίτερα σε αυτοί την ηλικία κάνουν συχνά σεξ κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών με ποσοστό 73,6%, και φαίνεται να έρχονται σε κατάσταση μέθης τις διπλάσιες φορές μέσα στο μήνα από τις γυναίκες. Το 55,7% των κοριτσιών δήλωσε ότι δεν έχει κάνει σεξ ενώ βρισκόταν υπό την επίδραση αλκοόλ και ναρκωτικών, και διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στα δυο φύλα, με τους άνδρες να βρίσκονται στη πρώτη θέση.

Ανάλογα ποσοστά για τη χρήση αλκοόλ έχουμε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 136 φοιτητές και φοιτήτριες ηλικίας 18-27 ετών που φοιτούν στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και αξιολογεί τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ και η οποία έδειξε ότι το 58,8% των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει αλκοόλ, ενώ χρήστες αλκοόλ δήλωσαν πως είναι 56 άτομα (41,2%) (Διομήδους και συν., 2007).

Σε έρευνα που έγινε το 2002, το 54,9% από όλους τους ενήλικους στις ΗΠΑ (από 18 και άνω) ανέφεραν ότι κατανάλωσαν τουλάχιστον ένα ποτό τον τελευταίο μήνα και ένας στους τρεις ενήλικους που καταναλώνουν αλκοόλ αναφέρει ότι έκανε σεξ υπό την επίδραση αλκοόλ το τελευταίο μήνα. Επίσης το 2002 5,9% από τους ενήλικους στις ΗΠΑ ανέφεραν βαριά κατανάλωση ποτού τις τελευταίες 30 μέρες, και το 3,7% κατηγοριοποιήθηκαν ως εξαρτημένοι από το αλκοόλ (CDC, 2004) (Matbre 2005).

Σε έρευνα που έγινε σε νεαρά άτομα κυρίως φοιτητές Νοσηλευτικής ηλικίας 18-24 ετών βρέθηκε ότι κάνουν χρήση ή κατάχρηση εθιστικών ουσιών, η οποία οφείλεται στη πολυσύνθετη δομή της σύγχρονης κοινωνίας καθώς και στην αυξημένη διαθεσιμότητα μιας ευρείας ποικιλίας ουσιών από νεαρούς ενήλικες, όπου αυτή η συμπεριφορά έχει υψηλό κίνδυνο για τη ζωή τους, αλλά και των νέων που συναναστρέφονται σε ερωτικό και κοινωνικό επίπεδο.

- Από το πληθυσμό της μελέτης το 20,1% ήταν άνδρες και το 79,9% γυναίκες. Όπως βλέπουμε στο δείγμα αυτό υπερτερούν οι γυναίκες όπως και στο δικό μας δείγμα. Το 13,6% έκανε χρήση ινδικής κάνναβης, το 5,4% έκανε χρήση ουσιών

και από αυτά τα άτομα το 1,8% δοκίμασε, ενώ συστηματική χρήση έκανε ένα άτομο. Ως προς το είδος των ουσιών, το 2% έκανε χρήση χασίς ή μαριχουάνας και το 2% έχει κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Χρήση οινοπνεύματος έχει κάνει το 57,9%. Τα ποσοστά στη δική μας έρευνα φαίνονται αρκετά υψηλότερα ιδιαίτερα στη κατανάλωση αλκοόλ αφού το 98,9% των ανδρών και το 94,1% των γυναικών του δείγματος έχει κάνει χρήση. Ενώ 31,2% των ανδρών και 17,8% των γυναικών έχει κάνει χρήση ινδικής κάνναβης. Τέλος, ένα 6,1% των ανδρών και ένα 7,5% των γυναικών έχει κάνει χρήση έκσταση (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο προκύπτουν από τα αποτελέσματα διάφορα ενδιαφέροντα στοιχεία, όσον αφορά στη σεξουαλικότητα των ερωτηθέντων. Αξίζει να σημειωθεί ότι από όλο το δείγμα κανένας δε δήλωσε ότι είναι ομοφυλόφιλος, ενώ μόλις δυο απάντησαν ότι είναι αμφιφυλόφιλοι και ένας ότι ανήκει κάπου αλλού, χωρίς να το προσδιορίσει. Αποδεικνύεται έτσι ότι ακόμα και στη σημερινή κοινωνία, παρ' όλο που οι απαντήσεις δόθηκαν ανώνυμα, είναι πολύ δύσκολο να παραδεχτεί κάποιος τη πραγματική σεξουαλική του ταυτότητα, αν αυτή παρεκκλίνει από τα αποδεκτά πρότυπα.

Δυστυχώς πολλοί νέοι και ιδιαίτερα αυτοί που είναι μόνοι κάνουν σεξ υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες για τυχόν κινδύνους, όπως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μια πιθανή εγκυμοσύνη, ή παρενέργειες από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά

Γενικά τα αγόρια στη περίοδο της φοιτητικής τους ζωής και ιδιαίτερα προς το τέλος, η σεξουαλική τους συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη καθώς πολλοί από αυτούς δηλώνουν ότι κάνουν σεξ υπό την επίδραση αλκοόλ ή μέθης, διότι θέλουν να παρατείνουν τη σεξουαλική επαφή και για να βιώσουν καινούργιες και πιο ασυνήθιστες σεξουαλικές εμπειρίες.

Τα άτομα νεαρής ηλικίας λειτουργούν πιο αυθόρμητα, χωρίς να σκέφτονται ιδιαίτερα τις συνέπειες των πράξεων τους τις περισσότερες φορές. Έτσι και οι σπουδαστές των μικρότερων εξαμήνων φαίνεται από τα αποτελέσματα ότι ο λόγος που πολλοί δε χρησιμοποιούν προφυλακτικό είναι ότι

δεν είχαν μαζί τους, χωρίς όμως αυτό να τους εμποδίσει να προχωρήσουν στη σεξουαλική πράξη.

Παράλληλα και σε έρευνα που έγινε στη Δανία παρατηρήθηκε ότι το ¼ των νέων δε χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης, για τους παραπάνω λόγους (Ηλιάδου & Παλάσκα 2008).

8. Προτάσεις

Με δεδομένο ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, επηρεάζεται σημαντικά από τα κοινωνικά και θρησκευτικά ήθη, η σεξουαλική αγωγή εμπίπτει σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια διαμόρφωσης. Η εμφάνιση του AIDS αύξησε πολύ τη συνειδητοποίηση του κοινού για την ανάγκη καλά σχεδιασμένων προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η σεξουαλική αγωγή, όμως, δε θεωρείται μόνο ένα προληπτικό μέτρο για την αντιμετώπιση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, αλλά μπορεί να συνεισφέρει στην ατομική ανάπτυξη και στη καλλιέργεια ισορροπημένων σχέσεων (Γκούβρα και συν. 2005).

Ωστόσο η εκτίμηση των μεταβολών στη σεξουαλική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τις αξιολογήσεις όλων των άλλων τομέων της ανθρώπινης λειτουργίας. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για το προσδιορισμό της σεξουαλικότητας και για τη παροχή παρεμβάσεων για τη προώθηση της σεξουαλικής υγείας.

Επομένως όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα στην ενημέρωση, την εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη και τις υπηρεσίες που προωθούν, τη διατήρηση, την αποκατάσταση και τη σεξουαλική υγεία, όλα αυτά παρέχονται από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Lemone & Jones 1997).

1. Μπορούμε να θέσουμε τουλάχιστον οκτώ γενικούς στόχους στην ανάπτυξη ενός προγράμματος σεξουαλικής αγωγής:

- Να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αυξηθεί η κατανόηση
- Να μειωθεί η ενοχή και η ανησυχία
- Να προαχθεί υπεύθυνη συμπεριφορά
- Να καταπολεμηθεί η σεξουαλική εκμετάλλευση
- Να καλλιεργηθεί η κατανόηση να παίρνει κανείς αποφάσεις, αφού προηγηθεί σωστή ενημέρωση
- Να διευκολυνθεί η επικοινωνία σχετικά με σεξουαλικά ζητήματα
- Να προαχθεί η κατανόηση της σπουδαιότητας του αυτοσεβασμού και του σεβασμού των άλλων στα πλαίσια διαφόρων σχέσεων (Γκούβρα και συν. 2005).

➤ Η ενημέρωση που σχετίζεται με τη πρόληψη πρέπει να αρχίζει από νωρίς στην εφηβική ηλικία ενώ η συστηματική αντιμετώπιση των ατόμων που είναι χρήστες ουσιών πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα της πολιτείας και των υπηρεσιών υγείας (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

2. Γενικοί στόχοι των προληπτικών μέτρων που θα εμπόδιζαν την εμφάνιση της εξάρτησης είναι οι εξής:

- Τα κρατικά μέσα πληροφόρησης μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του κοινού, όχι μόνο με τη τύπωση αφισών και τη παρουσίαση κάποιων ομιλιών, αλλά κυρίως προβάλλοντας ένα πρότυπο ενεργητικού τρόπου ζωής, απομακρυσμένου από τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Οπότε είναι σημαντικό να ενημερώνεται ο πληθυσμός, γενικότερα για τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση τοξικών ουσιών-συμπεριλαμβανομένων του οινοπνεύματος, καπνού και φαρμακευτικών σκευασμάτων.

- Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί και στην ενημέρωση των καθηγητών, πάνω στα προβλήματα της εξαρτημένης συμπεριφοράς. Η ενημέρωση αυτή θα απαλλάξει και τους ίδιους από το βάρος της άγνοιας που συνοδεύεται συνήθως από το άγχος της συζήτησης τέτοιων δύσκολων προβλημάτων. Φυσικά η ενημέρωση αυτή πρέπει να είναι εμπεριστατωμένη και να έχει σχέση με το πρόβλημα της λανθασμένης συμπεριφοράς και όχι με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες των εξαρτησιογόνων ουσιών. Δηλαδή είναι αναγκαία η ενημέρωση των καθηγητών, ώστε να έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες να επισημάνουν τη λανθασμένη συμπεριφορά των νέων, και ίσως να την αντιμετωπίσουν σε πρώτη φάση.
- Η σωστή εκπαίδευση των νέων, που προϋποθέτει και σωστή εκπαίδευση των καθηγητών, είναι αναγκαίο να αρχίζει από τη παιδική ηλικία, όταν δηλαδή τα παιδιά έχουν ακόμα ουδέτερη στάση απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες. Μαζί δηλαδή με τη διαπαιδαγώγηση στον κώδικα οδικής κυκλοφορίας, τον αθλητισμό ή τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, μπορεί να γίνει και ένα είδος διαπαιδαγώγησης όσον αφορά ουσίες επικίνδυνες για την υγεία των νέων.
- Η λειτουργία των συμβουλευτικών σταθμών είναι ένα θέμα ιδιαίτερα πολύπλοκο, μια και οι υποχρεώσεις τους μπορούν να απλωθούν, ανάλογα με τις συνθήκες και προϋποθέσεις σε ολόκληρο το φάσμα της πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης από τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Έτσι με τη δημιουργία ειδικών συμβουλευτικών σταθμών, εκτός των άλλων υποχρεώσεων τους θα μπορούν να «διευκολύνουν την επικοινωνία» με το εξαρτημένο άτομο.
- Εξαιτίας της εύκολης πρόσβασης που έχουν οι νέοι σήμερα σε διάφορες ουσίες, η χρήση και η εξάρτηση από αυτές είναι πολύ αυξημένη. Είναι λοιπόν ανάγκη η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διακίνησης παράνομων ουσιών και ο έλεγχος της αγοράς για την ύπαρξη εξαρτησιογόνων- τοξικών ουσιών.

Όλοι αυτοί οι στόχοι είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν, όχι όμως και αδύνατο. Η δυσκολία βρίσκεται στο γεγονός ότι απουσιάζουν τα κατάλληλα μέσα. Πρέπει όμως και να συνειδητοποιήσουμε ότι η ανάπτυξη μιας ώριμης προσωπικότητας δεν είναι οπωσδήποτε υποχρέωση μόνο των άλλων, αλλά και δικό μας πρόβλημα (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου 2000).

3. Τι μπορούν να κάνουν οι νοσηλεύτές:

- Αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας του ατόμου και των σεξουαλικών του ανησυχιών ως αναπόσπαστο μέρος της υγείας, της φροντίδας και των κατάλληλων παρεμβάσεων ή διαθέσιμων πόρων.
- Αναγνώριση της σημασίας της σεξουαλικής υγείας σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και τρόπων ζωής.
- Κατανόηση των διακυμάνσεων στο τομέα της υγείας , όπως κάποια ασθένεια, εγκυμοσύνη, φάρμακα, που μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα του ατόμου (Lemone & Jones 1997).

4. Προτάσεις στα πλαίσια της Νοσηλευτικής

- Κάθε άτομο, ετεροφυλόφιλο ή ομοφυλόφιλο, που έχει σεξουαλικές σχέσεις με αρκετό αριθμό ερωτικών συντρόφων, πρέπει να εξετάζεται από γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα, για να μπορέσουν να ανιχνευτούν και να θεραπευτούν τυχόν μη συμπτωματικές σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Για τις περισσότερες Σ.Μ.Α. η θεραπεία δεν είναι επώδυνη ούτε δύσκολη. Είναι όμως απαραίτητη η συνεργασία του ασθενούς (Liewellyn & Jones 1985).
- Στη σημερινή εποχή λόγω της αύξησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς από τους νέους, κάνοντας χρήση αλκοόλ και διαφόρων ουσιών και αδιαφορώντας πολλές φορές για τους τρόπους προφύλαξης, όπως είναι η χρήση προφυλακτικού, είναι απαραίτητη η παρέμβαση των φορέων

υγείας, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της εξάπλωσης τους. Η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα καθαρά προσωπικό και η συμπεριφορά που περικλείει περισσότερο κίνδυνο αποδοκιμάζεται από την κοινωνία, η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο το πληθυσμό, ώστε να φθάνει σε όλους εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους έφηβους και στους νεαρούς ενήλικες, που μπαίνουν στην ηλικία της έντονης σεξουαλικής δραστηριότητας. Τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά από το ακροατήριο, ακριβή, συνεχή και ευαίσθητα, όσον αφορά το κοινωνικό-πολιτιστικό υπόβαθρο. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες που να βοηθούν τα άτομα να καταλάβουν τις συνέπειες από μια λανθασμένη συμπεριφορά, όπως της λοίμωξης από HIV και κατ' αυτόν τον τρόπο, να τα ωθούν να τροποποιήσουν ή να ελαττώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης από κάποια ασθένεια, όπως είναι η λοίμωξη από HIV με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Έμφαση πρέπει να δίνεται, ώστε τα μηνύματα να είναι ευκρινή, απλά και εφαρμόσιμα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση και εξάσκηση στις διαπροσωπικές δεξιότητες, όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή των κινδύνων και διεκδίκηση του δικαιώματος των προσωπικών προτιμήσεων σε μια σεξουαλική σχέση (αποφυγή σεξουαλικής επαφής, χρήση προφυλακτικού).

- Πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σχετικά με τα προφυλακτικά, συμπεριλαμβανομένης της σωστής φύλαξης, χρήσης και διάθεσης. Προφυλακτικά καλής ποιότητας και σε προσιτή τιμή για τους χρήστες.
- Ενημερωθείτε και ευαισθητοποιηθείτε για τις σεξουαλικές συμπεριφορές που θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο για λοιμώξεις από διάφορες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.
- Είναι σημαντικό να παίρνετε ιστορικό σε ρουτίνα για τη σεξουαλική ζωή του ατόμου.

- Εκπαιδεύστε τα άτομα που έχουν έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, κυρίως νεαρής ηλικίας, για την προφύλαξη τους από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβάνοντας στην εκπαίδευση τη σημασία αποφυγής συντρόφων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ιερόδουλες, άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με ιερόδουλες, άτομα που προτιμούν σεξουαλικές πρακτικές με αυξημένο κίνδυνο) και δώστε οδηγίες για τη σωστή χρήση των προφυλακτικών. (ΠΟΥ, AIDS, 1991)

Επίλογος

Η σεξουαλική ζωή των νέων αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη ζωή του ανθρώπου. Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής του ατόμου και επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του. Ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε νεαρή ηλικία, είναι πιο ευάλωτο και εκτεθειμένο σε κινδύνους όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω της μη σωστής χρήσης μέτρων πρόληψης και της μεγαλύτερης ανεξαρτησίας που βιώνει.

Οι περισσότεροι νέοι, αν και έχουν επίγνωση του κινδύνου και των τρόπων προφύλαξης και παρότι έχουν τις σωστές, κατά την αγωγή υγείας στάσεις και αντιλήψεις, δε φαίνεται, να χρησιμοποιούν, σε απόλυτους αριθμούς, συχνά προφυλάξεις, ή αν τις χρησιμοποιούν, δε γίνονται με συνέπεια. Οι αρνητικές επιπτώσεις της έκφρασης της σεξουαλικότητας των νέων έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για σεξουαλική αγωγή. Για τη στάση των γονέων και γενικά του κοινού δε ξέρουμε να υπάρχουν στοιχεία βασισμένα στη διερεύνηση του θέματος στη χώρα μας. Είναι όμως γνωστό πως η ελλιπής διαπαιδαγώγηση αφήνει το μέσο Έλληνα στην άγνοια ή στην ημιμάθεια. Δυστυχώς η ενημέρωση των νέων είναι αρκετά ελλιπής σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τις εξαρτησιογόνες ουσίες και την υγιή σεξουαλική συμπεριφορά, για όλα αυτά είναι υπεύθυνοι οι νοσηλευτές μαζί με τους υπόλοιπους αρμόδιους, που αποτελούν μια οργανωμένη ομάδα, για να

αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις δυσκολίες προερχόμενες από τη λανθασμένη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου.

Ένας από τους λόγους που οι νέοι παίρνουν ναρκωτικά είναι διότι θέλουν να ζήσουν καινούργιες εμπειρίες και να πειραματιστούν στο τομέα του σεξ. Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών γενικά στην Ευρώπη και ειδικά στην Ελλάδα έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις διότι παραμένει ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της χώρας.

Από ανασκόπηση ερευνών συνοψίσαμε ότι οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπής σε αντίθεση με τους νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι.

Η δραστηριότητα των νοσηλευτών όπως διαπιστώσαμε από παραπάνω είναι αναγκαία και έξω από το χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα πολλοί είναι οι νοσηλευτές, που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και ασχολούνται με την αγωγή υγείας σε κοινότητες, τη πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Ο κοινοτικός νοσηλευτής στοχεύει με την επέμβαση του στη μείωση της βλάβης από τη χρήση ουσιών στη σεξουαλική ζωή των νέων και επικεντρώνεται στη προαγωγή της υγιούς σεξουαλικής ζωής και στη πρόληψη από κινδύνους και ασθένειες.

Συμπεραίνουμε ότι είναι ανάγκη να ενημερώνονται καλύτερα οι νέοι πάνω σε αυτά τα θέματα με ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα που θα αρχίζουν από το σχολείο. Έτσι με τη συχνή και συνεχόμενη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου από ειδικούς θα βελτιωθεί το επίπεδο γνώσεων των γονέων και των νέων.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αγραφιώτης Δ. (2005). Σεξουαλικότητα (ες) στα χρόνια της αβεβαιότητας και του AIDS, η νέα Ερωτική Σχέση Ελλήνων και Ευρωπαίων – Συγκριτική προσέγγιση, Πολύτροπον, , σελ. 107.

Ασκητής Θ. (1995). Σεξ: Ο Μύθος, τα Προβλήματα και η Προσέγγιση του σήμερα, ΤΥΠΩΘΥΤΩ Δαρδάνος Γ.

Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε. (2005). Αγωγή Υγείας και Σχολείο, Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση, ΤΥΠΩΘΗΤΩ Δαρδάνος Γ.

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

Ηλιάδου Μ., & Παλάσκα Π. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. Νοσηλευτική, 47(4):497-506

Λαμπροπούλου Ε. (2002). Νομική Βιβλιοθήκη, Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, ΕΚΔΟΣΗ.

Λουμάκου Μ., Κορδούτης Π., Σαραφίδου Ε. (2001). Ερωτική Επαφή και Προφύλαξη-Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των νέων, ΤΥΠΩΘΗΤΩ Δαρδάνος Γ., ΑΘΗΝΑ.

Νακοπούλου Ε., Καστράνη Θ., Κιούση Δ., Παραλίκας Θ., Κοτρώτσιου Ε., Παπαχαρίτου Σ. (2007). Διερεύνηση σεξουαλικών αντιλήψεων σε φοιτητές Νοσηλευτικής με την εφαρμογή της κλίμακας DSFI, Νοσηλευτική, 46(1):109-115

Ομάδα Γυναικών Βοστώνης (1981). Εμείς και το Σώμα μας, Εκδόσεις Υποδομή.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991). Πρόληψη της Σεξουαλικής Μετάδοσης του Ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ.

Παπαγεωργίου Γ. Ε. (1990). Εξαρτήσεις στη ζωή μας, Β' έκδοση Πασχαλίδη, Αθήνα

Παπαθανασίου Ι., Κοτρώτσιου Ε. (2000). Πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες- ο ρόλος της Νοσηλευτικής, Νοσηλευτική, 4: 407-412

Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βασιλείου Δ., Αραγιάννης Δ., Καρυώτη Π., Γυμνοπούλου Ε., Κυρίτση Ε. (2009). Κατάχρηση Ουσιών από Φοιτητικό Πληθυσμό, Νοσηλευτική, 48(4):403-411

Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1983). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική 2^{ος} τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Σιάμου Ι, Σπυροπούλου Μ, Κοκκέβη Α. (2008). Η μέθη στους Αθηναίους θαμώνες νυχτερινών κέντρων διασκέδασης και η σχέση της με άλλες συμπεριφορές κινδύνου, Ιατρική, 94 (2):155-166.

Σπηλιοπούλου Χ. (1995). Οινόπνευμα: μια κοινωνικά αποδεκτή τοξικομανία, ΤΥΠΩΘΥΤΩ Δαρδάνος Γ.

Σταυρόπουλος Α.Μ. (1979). Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση, Ελληνική Εταιρία Ευγονικής και Γενετικής του Ανθρώπου, Διεπιστημονικό Συμπόσιο, Αθήνα 31 Μαρτίου- 1 Απριλίου.

Τσαρούχας Κ. (2000). Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό, Άγκυρα - Έρευνα - Επικοινωνία, Αθήνα, , σελ. 204,205

Χαραλαμπίδης Ε. (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Εκδόσεις ΕΠΙΨΥ - ΟΚΑΝΑ, Αθήνα.

Βιβλιογραφία από ξενόγλωσσους συγγραφείς

Abel E., Chambers, Factors that influence vulnerability to STDs and HIV/AIDS among Hispanic woman. (2004) Health Care for Women International, 8(25):761-780.

- Ford, C. S. and Beach, F. (1952). *Patterns of Sexual Behavior*. London: Methuen.
- Goldmann D. R., MD FACP, American College Of Physicians, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ, σελ. 716
- Kordoutis P., Sarafidou J.O., Loumakou M. (2005). The social representation of the condom amongst greek students: an object drawn from social obscurity into the spotlight. *Hellenic Journal of Psychology*, 2:260-286.
- Lemone P, Jones D. (1997). Nursing assessment of altered sexuality: a review of salient factors and objective measures, *Nursing Diagnosis*, 3(8):120-128.
- Levine M. I., Τι να λέτε στα παιδιά σας για το σεξ, Εκδόσεις: Αρσενίδη, 1987, Αμερικανική Εταιρεία Μελετών για το παιδί.
- Llewellyn D.-Jones, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ, 1985.
- Matbre M.L., Αλκοόλ, καπνός και άλλα σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών στη κοινότητα, ΤΥΠΩΘΥΤΩ Δαρδάνος Γ.2005, σελ. 609-629
- Mimoun S., Etienne R., Εφηβεία, Έρωτας και σεξουαλικότητα για αγόρια, Σαβάλλας, 2001, σελ. 142-143
- Russell, Bertrand, Ανατροφή και εκπαίδευση των παιδιών, Μετάφραση: Ανδρικόπουλος Ν., Εκδόσεις Αρσενίδης, 1991, σελ.15
- 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
- Shapiro P. J., Επιμέλεια Ανδρέας Γεωργιόπουλος, Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ» 1999, σελ.45-46,162,164-165
- Tiefer L. (1982). Η Ανθρώπινη Σεξουαλικότητα, Ο κύκλος της ζωής, Εκδόσεις ΨΥΧΟΓΙΟΣ, σελ.,65,99-103

Διαδίκτυο

Ανώνυμος (1). Υγεία: Σεξ και Σεξουαλική Συμπεριφορά, (2002-2010). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: www.neo.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=5292, (30/5/2010)

Ανώνυμος (2). Αποβολές Εκτρώσεις, Embio medical center (2008), Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.ivf-embryo.gr/apovoles-ektroseis.htm> (2/9/2010)

Ανώνυμος (3). Σεξουαλικός προσανατολισμός, επιλογή για σεξ και κοινωνικές επιδράσεις. (2008), Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2656, (22/8/2010)

Άδαμη Ι., Σοφιανού Μ., Τζάνη, Η εγκυμοσύνη μετά από βιασμό και οι επιπτώσεις που επιφέρει η διακοπή της κύησης στη γυναίκα (2006), Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://benl.primedu.uoa.gr/ptde/database-ptde/egkymosynh.pdf> (5/9/2010)

Ασκητής Θ. , Ινστιτούτο σεξουαλικής και ψυχικής υγείας, Σεξ και Σεξουαλική Συμπεριφορά, Βιασμός (2003-2009). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.askitis.gr/index.php/site/topicshow/sex_kai_sexoyalik_symp_erifor/ (25/6/2010)

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, 2010, Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://el.wikipedia.org>, (15/9/2010)

Καρασσαβίδης Σ., Μηνασίδου Ε., Μπελλάλη Θ., (2009). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην οικογένεια. Πτυχιακή Εργασία. ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/1379/AVENIDOY1.pdf?sequence=2> (10/9/2010)

Κατρίνης Μ., Μαλακό Έλκος, (2005). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=333, (10/7/2010)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Αγαπητέ κύριε Κριτσωτάκη,

Το ερωτηματολόγιο που σας ενδιαφέρει μπορείτε να το κατεβάσετε από το διαδίκτυο στην ελληνική του μετάφραση και να το χρησιμοποιήσετε κάνοντας αναφορά στην έρευνα για τους σκοπούς της οποίας χρησιμοποιήθηκε.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο για την κουλτούρα της νυχτερινής διασκέδασης των νέων διαμορφώθηκε και χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος «Νυχτερινή διασκέδαση των νέων και πρόληψη συμπεριφορών κινδύνου» (“Recreational culture as a tool to prevent risk behaviours”) που υλοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο 2005 – 2008. Στη χώρα μας το πρόγραμμα έγινε από το ΕΠΙΨΥ (για επιπλέον πληροφορίες δείτε: www.epipsi.gr). Επίσης στο επιστημονικό περιοδικό ΙΑΤΡΙΚΗ [2008, 94 (2):155-166] περιλαμβάνεται άρθρο μας με θέμα «Η μέθη στους Αθηναίους θαμώνες κέντρων διασκέδασης και η σχέση της με άλλες συμπεριφορές κινδύνου» στο οποίο παρουσιάζονται στοιχεία, η συλλογή των οποίων βασίστηκε στο εν λόγω ερωτηματολόγιο.

Με εκτίμηση,

Άννα Κοκκέβη

Anna Kokkevi, Ph.D.

Associate Professor

Department of Psychiatry

Athens University Medical School

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγιο

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών και τη σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών. Πραγματοποιείται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας εργασίας στο τμήμα νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης με τίτλο: Η επίδραση της χρήσης ουσιών στη σεξουαλική ζωή των νέων. Θα θέλαμε να αφιερώσεις λίγο από το χρόνο σου και να το συμπληρώσεις.

Το ερωτηματολόγιο είναι αρκετά εκτενές και περιέχει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα. Θέλουμε να σε διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις σου είναι εμπιστευτικές και δεν πρόκειται να γνωστοποιηθούν σε κανέναν. Αν παρόλα αυτά δεν θέλεις να απαντήσεις σε μερικές ερωτήσεις, δεν πειράζει. Είναι προτιμότερο από το να απαντήσεις ψέματα.

Τελειώνοντας, θέλουμε να σε διαβεβαιώσουμε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σε ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σου.

Οι σπουδάστριες : Περβολαράκη Κατερίνα και Τζουτζομήτρου Ουρανία.

Προσωπικά στοιχεία

1. Ηλικία ετών

2. Φύλο

2.1. Αγόρι

2.2. Κορίτσι

3. Οικογενειακή κατάσταση

- 3.1. Μόνος-η
- 3.2. Έχω σχέση
- 3.3. Παντρεμένος\ -η ή συζώ με τον\ την σύντροφό μου
- 3.4. Διαζευμένος\ -η

4. Με ποιόν ζεις;

- 4.1. Με την οικογένεια μου
- 4.2. Τον\ την σύζυγο\ σύντροφό μου
- 4.3. Τους φίλους μου
- 4.4. Μόνος μου
- 4.5. Σε φοιτητική εστία
- 4.6. Άλλο

5. Σε ποιο τμήμα του ΤΕΙ σπουδάζεις;

5.1. Σε ποιο εξάμηνο σπουδών;

6. Πως αξιολογείς (ή αξιολογούσες) τον εαυτό σου ως φοιτητή;

- 6.1. Πολύ καλός\ -ή
- 6.2. Καλός\ ή
- 6.3. Μέτριος\ -α
- 6.4. Κακός\ -ή
- 6.5. Πολύ κακός\ -ή

7. Πως θα αξιολογούσες το οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς σου;

- 7.1.Υψηλό.....
- 7.2.Μεσαίο προς υψηλό.....
- 7.3.Μεσαίο.....
- 7.4.Μεσαίο προς χαμηλό.....
- 7.5.Χαμηλό.....

Σεξουαλική συμπεριφορά

1.Πώς θα χαρακτήριζες τη σεξουαλικότητά σου;

- Ετερόφυλος-η
- Ομοφυλόφιλος-η
- Αμφιφυλόφιλος-η
- Άλλο Διευκρίνισε.....

2.Έχεις κάνει ποτέ σεξ;

- 1.Ναι 2.Όχι

3.Αν ναι, πόσων ετών ήσουν όταν έκανες σεξ για πρώτη φορά; Ετών

4.Αν έχεις κάνει σεξ στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, παρακαλούμε απάντησε τις επόμενες ερωτήσεις για τη σεξουαλική σου δραστηριότητα όσον αφορά στο διάστημα αυτό.

4.1 Με πόσα διαφορετικά άτομα έχεις κάνει σεξ (ακόμη κι αν είναι για μια μόνο φορά) τους τελευταίους 12 μήνες; άτομα

4.2 Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες;

1. 1-10 φορές 2. 11-50 φορές 3. Περισσότερες από 50 φορές

4.3 Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς εσύ ή ο σύντροφος να χρησιμοποιήσετε προφυλακτικό;

1.Καμιά φορά 2. Μερικές φορές 3. Τις περισσότερες φορές 4.Όλες τις φορές

4.4 Πόσο συχνά έκανες σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς εσύ ή ο ερωτικός σου σύντροφος να χρησιμοποιήσετε κάποια μορφή αντισύλληψης; (π.χ. προφυλακτικό, αντισυλληπτικό χάπι) ;

1.Καμιά φορά 2.Μερικές φορές 3.Τις περισσότερες φορές 4.Όλες τις φορές

4.5 Πόσες φορές έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ήσουν μεθυσμένος-η;

1.Καμιά φορά 2.Μερικές φορές 3.Τις περισσότερες φορές 4.Όλες τις φορές

4.6 Πόσο συχνά έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες κάτω από την επίδραση ναρκωτικών;

1.Καμιά φορά 2.Μερικές φορές 3.Τις περισσότερες φορές 4.Όλες τις φορές

4.7. Αν έχεις κάνει σεξ με τη χρήση κάποιας ουσίας, σε τι συχνότητα έγινε (πόσες φορές), και σε τι ηλικία άρχισε;

5. Αν έχεις κάνει σεξ τους τελευταίους 12 μήνες χωρίς να χρησιμοποιήσεις προφυλακτικό, γιατί το έκανες; (σημείωσε όλα όσα ισχύουν)

5.1 Κάνω σεξ με σταθερό σύντροφο.....

5.2 Εμπιστεύομαι τον/την σύντροφό μου (γνώριζα ότι δεν είχε αρρωστήσει από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια).....

5.3 Είναι επιλογή μου να μη χρησιμοποιώ προφυλακτικό.....

5.4 Ξέχασα να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό.....

5.5 Ήμουν πολύ μεθυσμένος/η ή/και πολύ 'φτιαγμένος/η'

5.6 Αισθάνθηκα αμήχανα να ζητήσω ή να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό.....

5.7 Δεν είχα μαζί μου προφυλακτικό.....

5.8 Παρασύρθηκα.....

5.9 Άλλη αιτία.....

6. Σε έχει κάνει κάποια /-ες από τις παρακάτω καταστάσεις να αποφασίσεις να μην κάνεις σεξ; (σημείωσε όλα όσα ισχύουν)

6.1 Να μην έχεις προφυλακτικό μαζί σου.....

6.2 Να σκεφτείς ότι δεν είναι κατάλληλος ερωτικός σύντροφος για σένα.....

6.3 Να μην έχεις πρόσβαση σε καθαρό και άνετο χώρο.....

6.4 Να είσαι μεθυσμένος/η ή πολύ 'φτιαγμένος/η'.....

6.5 Να σκεφτείς ότι θα μπορούσες να κολλήσεις κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια.....

6.6 Να φοβάσαι για πιθανή εγκυμοσύνη.....

7. Έχεις κάνει ποτέ σεξ τους τελευταίους 12 κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών;

1. Ναι 2. Όχι

7.1. Αν ναι, για ποιους από τους παρακάτω λόγους το κάνεις αυτό;

(σημείωσε σε κάθε λόγο για ποια ουσία ισχύει αυτός: αλκοόλ, κάνναβη, κοκαΐνη, έκσταση, άλλο ναρκωτικό)

- Να παρατείνω τη σεξουαλική επαφή.....
- Να εντείνω τις αισθήσεις μου και να έχω μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση.....
- Να διευκολύνω την ερωτική επαφή.....
- Να με βοηθήσει να συμμετέχω σε ασυνήθιστες και συναρπαστικές νέες σεξουαλικές δραστηριότητες.....
- Άλλοι λόγοι και ποιοι.....

8. Θεωρείς ότι το να είσαι κάτω από την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών σε κάνει να μην παίρνεις μέτρα αντισύλληψης ή προφύλαξης όσον αφορά τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες;

1. Ναι 2. Όχι

9. Πόσες φορές έχεις μεθύσει τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Χρήση ουσιών

Σε περίπτωση που έχεις κάνει χρήση κάποιας ουσίας, παρακαλούμε ανάφερε ποια ουσία χρησιμοποίησες, πόσο συχνά κάνεις χρήση καθώς και σε ποια ηλικία έκανες χρήση για πρώτη φορά:

1. Αλκοόλ _____ Ηλικία: _____
2. Κάνναβη / Χασίς _____ Ηλικία: _____
3. Έκσταση / χάπια _____ Ηλικία: _____
4. Άλλο _____ Ηλικία: _____